

**АКТУАЛЬНІ
ПРОБЛЕМИ
ПРАКТИЧНОЇ
ПСИХОЛОГІЇ**

Збірник наукових праць

Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції

16 травня 2025 р., м. Одеса

**MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
STATE INSTITUTION "SOUTH UKRAINIAN NATIONAL PEDAGOGICAL
UNIVERSITY NAMED AFTER K.D. USHYNsky"
MOLDOVA STATE UNIVERSITY
UNIVERSITY OF THE NATIONAL EDUCATION COMMISSION, KRAKOW
VILNIUS UNIVERSITY
JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
ODESA NATIONAL ECONOMIC UNIVERSITY
KHARKIV NATIONAL PEDAGOGICAL
UNIVERSITY NAMED AFTER H. S. SKOVORODA
CLASSICAL PRIVATE UNIVERSITY
VASYL' STUS DONETSK NATIONAL UNIVERSITY**

**ACTUAL PROBLEMS
OF PRACTICAL PSYCHOLOGY**

Collection of scientific works
International Scientific and Practical Internet Conference

May 16, 2025

Odesa – 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЛДОВИ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ КОМІСІЇ НАРОДНОЇ ОСВІТИ В КРАКОВІ
ВІЛЬНЮСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ
УНІВЕРСИТЕТ ДЖОНСА ГОПКІНСА
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА**

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

Збірник наукових праць
Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції

16 травня 2025 року

Одеса – 2025

UDK 001+159.9 (063)
ВБК 72+88.4

It is printed by the decision of the Academic Council of the State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (protocol No. 17 dated 06/26/2025).

ORGANIZING COMMITTEE

Heads of the organizing committee

Krasnozhon Andriy Vasylyovych – Doctor of Historical Sciences, Professor, Rector of the State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Myzichenko Hanna Vyacheslavivna – Doctor of Political Sciences, Professor, Vice-Rector for Research of the State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Rafał Abramciów – **Doctor PhD in Psychology, Professor UKEN, Director of the** Institute of Psychology, University of the National Education Commission (Krakow)

Potang Angela – Associate Professor, PhD in Psychology, Faculty of Psychology, Education Sciences, Sociology and Social Work, Moldova State University (Kishenev).

Alfredas Laurinavičius – Associate Professor, PhD, Deputy Director of Psychology Institute, Vilnius University (Lithuani).

Bedny Marina – Assistant Professor, Department of Psychological and Brain Sciences Johns Hopkins University (USA).

Deputy Heads

Bondarenco Olga – PhD in Psychology, Faculty of Psychology, Education Sciences, Sociology and Social Work, Moldova State University (Kishinev).

Asieieva Yuliia Oleksandrivna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Language and Psycho-Pedagogical Training, Odesa National Economic University (Odesa).

Vdovichenko Oksana Volodymyrivna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Dean of the Social and Humanitarian Faculty, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Zaritska Valentyna Vasylivna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Practical Psychology Department, Classical Private University (Zaporizya).

Kazanzhy Maria Yosypivna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of General and Differential Psychology, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Overchuk Victoria Anatolivna – Doctor of Economic Sciences, Candidate of Psychological Sciences, Professor, Acting Director of the Educational and Scientific Institute of Psychology, Vasyl Stus Donetsk National University (Vinnytsia).

Savenkova Irina Ivanivna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Medical and Special Psychology, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Sitnik Svitlana Volodymyrivna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Theory and Methodology of Practical Psychology, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Fomenko Karina Ihorivna – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Professor of the Psychology Department, Kharkiv National Pedagogical University named after H. S. Skovoroda (Kharkiv).

Members of the organizing committee:

Kondratieva Iryna Pavlivna – PhD in Psychology, Associate Professor of Department of Clinical Psychology and Mental Health, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Kosianova Olena Yuriivna – PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Theory and Methodology of Practical Psychology, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Grek Olena Mykolaivna – PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Theory and Methodology of Practical Psychology, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Golovska Iryna Georgivna – PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Theory and Methodology of Practical Psychology, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Melnychuk Iryna Valentinivna – PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology and Mental Health, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Maistrenko Tetiana Mykolaivna – PhD student in Psychology, State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky» (Odesa).

Actual problems of practical psychology: Collection of scientific works of International Scientific and Practical Internet Conference(16 May 2025, m. Odessa). Odessa, 2025. 505 P.

The collection contains materials from an international scientific and practical conference dedicated to addressing current issues in practical psychological science. The scientific works primarily focus on theoretical and practical aspects of modern psychological science.

Attention to all applicants, post-graduate students, and young scientists from psychological and pedagogical universities.

УДК 001+159.9 (063)

ББК 72+88.4

З-41

Друкується за рішенням Вченої ради Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (протокол № 17 від 26.06.2025 року).

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голови організаційного комітету

Красножон Андрій Васильович – доктор історичних наук, професор, ректор Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Музиченко Ганна В'ячеславівна – доктор політичних наук, професор, проректор з наукової роботи Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Rafał Abramciów – Doctor PhD in Psychology, Associate Professor, Director of the Institute of Psychology, University of the National Education Commission (Krakow).

Potang Angela – Associate Professor, PhD in Psychology, Faculty of Psychology, Education Sciences, Sociology and Social Work, Moldova State University (Kishenev).

Alfredas Laurinavičius – Associate Professor, PhD, Deputy Director of Psychology Institute, Vilnius University (Lithuani).

Bedny Marina – Assistant Professor, Department of Psychological and Brain Sciences Johns Hopkins University (USA).

Заступники голів

Prof. Krzywoszański Łukasz – Doctor PhD in Psychology, Associate Professor at the Institute of Psychology, Director of the Centre for Research on Neurocognitive Functions and Self-Regulation. Head of the Neurocognitive Psychology Department, University of the National Education Commission (Krakow).

Bondarenco Olga – PhD in Psychology, Faculty of Psychology, Education Sciences, Sociology and Social Work, Moldova State University (Kishenev).

Cerlat Raisa – Associate Professor, PhD in Psychology, Faculty of Psychology, Education Sciences, Sociology and Social Work, Moldova State University (Kishenev).

Асєєва Юлія Олександрівна – доктор психологічних наук, завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки, Одеський національний економічний університет (м. Одеса).

Bondarenco Olga – PhD in Psychology, Faculty of Psychology, Education Sciences, Sociology and Social Work, Moldova State University (Kishenev).

Асєєва Юлія Олександрівна – доктор психологічних наук, завідувачка кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки, Одеський національний економічний університет (м. Одеса).

Вдовіченко Оксана Володимирівна – доктор психологічних наук, професор, декан соціально-гуманітарного факультету, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Зарицька Валентина Василівна – доктор психологічних наук, професор, завідувачка кафедри практичної психології, Класичний Приватний Університет (м. Запоріжжя).

Казанжи Марія Йосипівна – доктор психологічних наук, професор, завідувачка кафедри загальної та диференціальної психології, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Оверчук Вікторія Анатоліївна – доктор економічних наук, кандидат психологічних наук, професор, професор, в.о.директора навчально-наукового інституту психології Донецького національного університету імені Василя Стуса (м. Вінниця).

Савенкова Ірина Іванівна – доктор психологічних наук, професор кафедри клінічної психології та психічного здоров'я, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Ситнік Світлана Володимирівна – доктор психологічних наук, професор, завідувачка кафедри теорії та методики практичної психології, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м.Одеса).

Фоменко Карина Ігорівна – доктор психологічних наук, професор кафедри психології, Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди (м. Харків).

Члени організаційного комітету

Кондратьєва Ірина Павлівна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології та психічного здоров'я, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Косьянова Олена Юріївна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри теорії та методики практичної психології, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Грек Олена Миколаївна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри теорії та методики практичної психології, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Головська Ірина Георгіївна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри теорії та методики практичної психології, Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Мельничук Ірина Валентинівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри клінічної психології та психічного здоров'я, Державний

заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Майстренко Тетяна Миколаївна – стажер-викладач, здобувачка третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 Психологія ОНП «Психологія», Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (м. Одеса).

Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф. (16 травня 2025 року, м. Одеса). Одеса, 2025. 505 с.

В збірник увійшли матеріали Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів, яка присвячена актуальним проблемам практичної психологічної науки. Тематика наукових праць присвячена переважно теоретичним та практичним аспектам сучасної психологічної науки.

Для здобувачів, аспірантів, молодих науковців психологічних та педагогічних вузів.

ЗМІСТ

Секція І.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА В ПСИХОАНАЛІЗІ Ж. ЛАКАНА	
Азарова Ю. О.....	23
ПСИХОЛОГІЧНА РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ТА КОГНІТИВНА ГНУЧКІСТЬ: ТОЧКИ ПЕРЕТИНУ І ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Беляєвська Т.В.....	28
ВПЛИВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ У МОЛОДІ	
Корнієнко А. С., Чебикін О. Я.....	31
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ДО ЗМІН СЕРЕДОВИЩА	
Гвоздкова І. В.	35
ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ЖІНОК ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ У ПОЛІЦЕЙСЬКИХ	
Желтова А. О., Карпич І. А.	37
ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОГРАМ ПІДТРИМКИ РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Козлова Г.С., Велитченко Л. К.	40
МЕНТАЛІЗАЦІЯ ЯК ПРОЦЕС ІНТЕГРАЦІЇ АФЕКТИВНОГО ДОСВІДУ ТА КОГНІТИВНОЇ РЕФЛЕКСІЇ У ФОРМУВАННІ ЦІЛІСНОГО САМОВІДЧУТТЯ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, ПОРУШЕННЯ ТА ШЛЯХИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ	
Конатовська-Манакова Я. Ф., Фрунзе О.В.....	44
АРТТЕРАПІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ SOFT SKILLS МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ	
Черненко О. М., Кочерга Є. В.	47
ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИГОРАННЯ МОЛОДІ	
Посенко Т. О.	50
ЗМІЦНЕННЯ СИСТЕМИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ЯК НАПРЯМ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	
Захарченко Л.А., Поспелова І.Д.	52
ВПЛИВ ТИПОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	
Путнокі І. О., Полунін О. В.....	56

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ЯВИЩ У ДИТИНСТВІ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛИХ	
Савіцька Ю.О., Мітіна С.В.	59
ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ КОНСТРУКТИВ АЛЕКСИТИМІЇ. ДЕПРЕСИВНОСТІ ТА ТЕМПЕРАМЕНТУ	
Скідан О.В., Савенкова І.І.	62
ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОГО ІНСТИНКТУ	
Славіогло І.А., Савенкова І.І.	65
СОЦІАЛЬНИЙ ЗМІСТ ВИКЛАДАННЯ НЕЙРОПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНСЬКИХ УНІВЕРСИТЕТАХ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ	
Спиця Н.В.	68
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ЇЇ НАСЛІДКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ	
Баранова В.І., Таран О.П.	71
ДЕТЕРМІНАНТИ КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ ЛЮДИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ І УМОВ ЖИТТЯ	
Калініна А.О. Головська І.Г.	73
КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ЯК МЕХАНІЗМ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Зуєв О.В., Поспелова І.Д.	77
ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ФАКТОР ВИБОРУ КОПІНГ- СТРАТЕГІЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	
Зуєва С.Ф., Поспелова І.Д.	81
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДІАЦІЇ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНИЙ СПОСІБ ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ	
Писар О.М., Сизоненко О.В.	84
ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ДОНОШЕНОЮ ВАГІТНІСТЮ НАПЕРЕДОДНІ ПОЛОГІВ	
Побережник Т. О., Венгер Г.С.	87
ПСИХОСИМПТОМАТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК УШКОДЖЕННЯ АБО ДИСФУНКЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Фугалевич Д.О., Мельничук І. В.	90
ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА АДАПТИВНОСТІ У ПОПЕРЕДЖЕННІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ	
Березюк П.Б., Головська І.Г.	94
ІШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ У ПРАКТИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ: МОЖЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ ДЛЯ ФАХІВЦЯ	
Бекчив М. П.	99
ПСИХОСИМПТОМАТИКА НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ	
Коренькова О.А.	100

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВПЛИВ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДОСВІДУ СУСПІЛЬСТВА ПІСЛЯ КРИЗИ	
Костецька Л., Лазоренко Т. М.	102
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНОСТІ	
Цевух Ю. О., Цевух Л. Б.	105
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПСИХОПАТІЮ ТА ПРИЧИНИ ЇЇ ВИНИКНЕННЯ	
Мельничук І. В., Тодорова Л. О.	108
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ТА РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	
Шадт Д.О., Симоненко С.М.	111
PECULIARITIES OF PERFECTIONISM AND TENDENCIES TOWARD SELF-HARM	
Taraniuk A.M., Kondratieva I.P.	115
METHODS OF PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND DIAGNOSIS OF EMOTIONAL STATE	
Fastykovska A.S.	118
THE RELATIONSHIP BETWEEN GENDER IDENTITY AND LIFE SATISFACTION IN YOUNG WOMEN	
Glavan A., Bondarenco O.	121
THE PSYCHOLOGICAL ESSENCE OF A PERSON'S ATTITUDE TOWARD SUCCESS	
Bykova S.V.	124
ПРОЯВ АДАПТИВНИХ ТА ДЕЗАДАПТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ	
Поспелова І.Д., Канюка О.Є.....	126
ПРОЯВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ У ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ	
Денисенко А.О., Шувалова О.І.....	130
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ	
Рошиор К.О., Розіна І.В.....	134
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТРИВОЖНОСТІ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ	
Шимбарьов В.Р., Розіна І.В.....	140

Секція II.
**ЕКСТРЕМАЛЬНА ТА КРИЗОВА ПСИХОЛОГІЯ:
ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ**

СТРЕСОВІ ПЕРЕЖИВАННЯ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ПАРАЛЕЛІ З ЯПОНСЬКИМ ДОСВІДОМ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ МОДЕРНІЗАЦІЇ	
Адашкевич В.О., Денисенко А.О.	143
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НАСЛІДКІВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ЇХ ПОДОЛАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ	
Галузинська О.І., Мельничук І.В.	146
КРИЗОВА СИТУАЦІЯ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГА	
Хінцицька Н.О., Головська І.Г.	152
ДЕТЕРМІНАНТИ КОРЕКЦІЇ АУТОАГРЕСІЇ В КРИЗОВОМУ СТАНІ	
Скріннік В.Г.	156
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ	
Бондаренко А.Д.	159
ЕКСТРЕМАЛЬНА ТА КРИЗОВА ПСИХОЛОГІЯ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ	
Панькова Т. О.	162
ФЕНОМЕН ІНТУЇЦІЇ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ КРИЗОВОГО ПСИХОЛОГА	
Мазеплюк О.О.	165
РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ЯК ФАКТОР ПОПЕРЕДЖЕННЯ КРИЗОВОГО СТАНУ	
Дудзяк М.О., Ситнік С.В.	168
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ФАХІВЦІВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ	
Мальцева І.С., Ситнік С.В.	172
СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ЯК ЧИННИК ЕФЕКТИВНОГО ПОДОЛАННЯ КОНФЛІКТІВ У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ	
Медведева Т.А., Ситнік С.В.	176
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗДІБНОСТЕЙ ДО МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З УСПІШНІСТЮ ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ КРИЗИ	
Бахчиванжи В.О., Ситнік С.В.	181
КОГНІТИВНА СТІЙКІСТЬ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЧИННИК СТРЕСОСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Сороченко О.С.	185

Секція III.
**МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: ВЕКТОРИ
ДОСЛІДЖЕННЯ, ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ**

ПРОЯВИ РЕАКЦІЙ НА ВАЖКИЙ СТРЕС ТА ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ ДОРОСЛИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ	
Івченко Л. І., Мельничук І.В.	193
ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЙОГО ПОДОЛАННЯ	
Бернадзіковська Л.О., Фрунзе О.В.	196
ВИРАЗНІСТЬ ПСИХІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
Другаль К.І., Савенкова І.І.	200
ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У КОНТЕКСТІ ВІЙНИ	
Жданова Г. В., Венгер Г. С.	202
МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: СТОНС ЯК КЛЮЧ ДО РОЗУМІННЯ ПСИХОГЕННИХ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ	
Заморока А. А.	205
ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ	
Ігнатенко Е.В., Садова М.А.	207
ПРИКОРДОННИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ТА ЙОГО ЕТИОЛОГІЯ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ	
Кандалова Д.В., Венгер Г. С.	210
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ ТА ГОРЮВАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Крисак А.О., Онищенко О.О.	213
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ НАРКОЗАЛЕЖНИМИ ПАЦІЄНТАМИ	3
Лахута Л.П., Савенкова І.І.	216
ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС: АДАПТИВНІ ТА ДЕЗАДАПТИВНІ МЕХАНІЗМИ В УМОВАХ ВІЙНИ	
Богдан Ж.Б., Логвиненко Л.І.	219
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПРИХИЛЬНІСТЮ ТА РОЗЛАДАМИ КОНСТРУКТУ «ОБРАЗУ ТІЛА»	
Маринюк Г.О., Савенкова І.І.	223
РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЗДОБУВАЧІВ МИСТЕЦЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ	
Новська О. Р.	226
ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ КОГНІТИВНИХ ЧИННИКІВ КОПІНГ- ПОВЕДІНКИ ВИМУШЕНИХ МІГРАНТІВ	
Сивоконь О.Ю.	229
ВІЙНА ЯК СТРЕСОВИЙ ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ПІДЛІТКОВУ МОТИВАЦІЮ ДО НАВЧАННЯ	
Цимбалюк І.В., Головська І.Г.	231

МЕТОДИ ОПРАЦЮВАННЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВИХ ТА ЇХ СІМЕЙ	
Нетребя О. О., Розіна І. В.	236
ТИПОЛОГІЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ: КОРЕЛЯЦІЯ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ	
Тараненко О.П., Савенкова І.І., Павлова І.Г.	240
ПОРУШЕННЯ УВАГИ У КОНТЕКСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ	
Проняєва К.В., Астремська І. В.	242
ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВЧИТЕЛІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ	
Аветісян К. А., Чебикін О.Я.	245
ОСОБЛИВОСТІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВІЙНИ	
Келеш Т.О., Мельничук І. В.	249
ПІДЛІТКОВИЙ СУЇЦИД В УМОВАХ ВІЙНИ	
Діденко Г.М., Денисенко А.О.	252
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ДІЯЛЬНОСТІ КАПЕЛАНІВ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВИХ	
Ходаківський О.І.	255
ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ЯК ПРЕДИКТОРИ РОЗЛАДІВ СНУ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ ПРОБЛЕМИ	
Тітова О.М., Венгер Г.С.	258
КЛІНІЧНА ТИПОЛОГІЯ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ	
Трофімова Т. А., Венгер Г.С.	261
ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ УКРАЇНЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СЛОВЕНІЇ ЧЕРЕЗ ВІЙНУ	
Толмачева М. А., Мельничук І. В.	263
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ КОМПЛЕКСНОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДОРΟΣЛИХ ВНАСЛІДОК НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВ ЖИТТЯ	
Шумілова С.Д., Садова М.А.	266
ВПЛИВ ОСОБИСТІСНИХ РИС І КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ НА ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	
Яременко К. С., Савенкова І. І.	270
КОГНІТИВНИЙ, ЕМОЦІЙНИЙ ТА ОСОБИСТІСНИЙ РІВНІ ПРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ	
Ясинська Т.В., Полунін О.В.	274
THE ROLE OF PERSONALITY TRAITS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN SUBJECTIVE WAR EXPERIENCE AND CHANGES IN EATING BEHAVIOR	
Holubenko A.S.	277

THE PROBLEM OF FAITH: METHODOLOGICAL SUPPORT AND ORGANIZATION OF EMPIRICAL RESEARCH

Simov D.O. 279

FEELINGS OF GUILT AMONG INTERNALLY DISPLACED PERSONS DURING THE WAR

Vakarchuk D.O. 282

EMPIRICAL ANALYSIS OF THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF UKRAINIANS' RESILIENCE DURING THE MILITARY CONFLICT

Ivanova D.V., Kondratieva I.P. 284

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF STUDYING PARENTHOOD AS A SOCIAL ROLE

Stanishevskaya E.V., Kondratieva I.P. 287

A STUDY OF THE IMPACT OF WAR-RELATED UNCERTAINTY ON REPRODUCTIVE INTENTIONS

Kyrylova N.V. 290

METHODOLOGICAL EXPLICATION OF THE STUDY OF THE IMPACT OF LATENT AGGRESSION ON THE ANXIOUS VULNERABILITY OF PERSONALITY

Topalova I.V. 294

Секція IV.

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ В РОБОТІ ПСИХОЛОГА- КОНСУЛЬТАНТА В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

Гайденок О.В., Онищенко О.О. 297

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ БАТЬКІВ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Пундєв В.В., Петрова К.В. 302

МОДЕЛЬ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Рибалко О.О. 305

ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ У СТУДЕНТІВ

Городник А.А., Грек О.М. 307

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ІНТЕРНЕТ-ПРОСТОРУ НА ЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Гурман Т.В., Грек О.М. 310

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВНУТРІШНЬО ОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Синіченко В.О. 312

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Чебаненко І.О. 315

ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ	
Бойків А. С.	317
МОДЕЛЬ ОПИТУВАННЯ ПРО ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН «ТРИ ЦЕНТРИ ЛЮДИНИ» В ПРОЦЕСІ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ/УЧАСНИЦЬ БОЙОВИХ ДІЙ	
Борисова О.О.	321
ОСОБЛИВОСТІ РАННІХ СЕКСУАЛЬНИХ СТОСУНКІВ У СТАРШОМУ ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	
Панченко М. О., Денисенко А.О.	324
ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ТА ТРИВОЖНОСТІ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	
Набока О. О.	327
<i>Секція V.</i>	
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ – ВЗАЄМОДІЯ ПСИХОЛОГА, УЧИТЕЛЯ І БАТЬКІВ.	
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПРОЯВУ КОНФЛІКТНОСТІ У ПІДЛІТКІВ	
Багулова В., Оверчук В.	330
РОЛЬ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ	
Бичко К.А., Таран О.П.	336
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПІДЛІТКІВ У СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ	
Гончаренко І. О., Макаренко Н. М.	339
БАТЬКІВСЬКА ЛЮБОВ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКІ ВЗАЄМИНИ	
Калюжна П.І., Денисенко А.О.	341
РЕАКЦІЯ НА ВАЖКИЙ СТРЕС І ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	
Кириченко В. А., Мітіна С. В.	344
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВІВ ТА ПРОЯВІВ СХИЛЬНОСТІ ДО БРЕХНІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	
Ліпецька Л.О.	346
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ І ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ ПЕРШОКУРСНИКІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО ЧАСУ	
Панасюгіна В., Оверчук В.	351
ВПЛИВ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ	
Пестерева К.С., Чугуєва І.Є.	357
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АВА-ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ДІТЬМИ З РАС	
Погрібний Г.С., Грек О.М.	359

**СИНДРОМ ДЕФЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ:
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА НАПРЯМКИ КОРЕКЦІЙНОЇ
РОБОТИ**

Рибчинська А. М.	361
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ АГРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ НЕФОРМАЛЬНИХ ОБ'ЄДНАНЬ	
Лазоренко Т. М., Карпич І. А., Слівінський Л. О.	363
ЕМОЦІЙНА ЗРІЛІСТЬ ЯК ПРЕДИКТОР СТРЕСОСТІЙКОСТІ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ	
Жежер І.М., Поспелова І.Д.	365
СІМЕЙНИЙ ВПЛИВ У ДИТИНСТВІ ЯК ЧИННИК ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	
Томашевська Ю.Б., Бабаян Ю.О.	370
ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ У ДИТИНСТВІ НА РОЗВИТОК ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	
Тума С. М., Шевченко Р. П.	373
ОСОБЛИВОСТІ НЕВЕРБАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ДІТЕЙ З ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ (ЗПР) ТА ЇЇ ЕВОЛЮЦІЯ	
Федоренко Н.В., Венгер Г.С.	376
STRUCTURE AND METHODOLOGICAL FRAMEWORK OF THE STUDY OF EMOTIONAL INTELLIGENCE AND PROFESSIONAL SELF- DETERMINATION	
Sorochynska S. B.	380

Секція VI.

***ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ЄВРОПЕЙСЬКІ ПРАКТИКИ ТА
ДОСВІД УКРАЇНИ***

**ДИЗАДАПТОВАНІСТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ПРОЯВАМИ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УМОВАХ
ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ**

Андрійченко А.Г., Мельничук І.В.	383
РОЗЛАД ДЕФЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ	
Білоус Л.М., Мельничук І.В.	386
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ РЕАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ	
Воронецька О. В. , Онищенко О. О.	389
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ	
Гаврилюк Л. А., Богдан Ж. Б.	391
РОЛЬ ДЕПРЕСИВНО-ТРИВОЖНОГО ДИСТРЕСУ У ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ	
Гарбарук Г.Ю., Фрунзе О.В.	396

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ РАНЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ: ШЛЯХИ ТА МЕТОДИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ

Гелеїшвілі Ю. Ю. Фрунзе О.В. 399

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ У ПОСТПАНДМІЧНИЙ ПЕРІОД: ВИКЛИКИ ДЛЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Голуб Н.М., Мельничук І.В. 402

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ У ВІЙСЬКОВИХ З ПОСТКОМОЦІЙНИМ СИНДРОМОМ

Голубенко О.А., Мельничук І. В. 405

ПСИХОЛОГІЧНА КАРТИНА ПСИХОСОМАТИЧНОГО ХВОРОГО ТА ШЛЯХИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОДОЛАННЯ У ЖІНОК, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСИЛЬСТВА

Гуменна З.Т., Мельничук І. В. 409

ПСИХОСОМАТИЧНІ ЕКВІВАЛЕНТИ ПРОЯВУ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО - КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ШЛЯХИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Дмитрук Н.О., Венгер Г.С. 413

СЕНСОРНА СФЕРА У СТРУКТУРІ РАС: КОРЕКЦІЙНО – РЕАБІЛІТАЦІЙНІ АСПЕКТИ

Дуднік А. О., Венгер Г. С. 415

ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ СТАТЕВОГО ПОТЯГУ ПСИХОГЕННОГО ГЕНЕЗУ ТА ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Дякова А.М., Мітіна С.В. 418

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕМДР-ТЕРАПІЇ

Колесник Т.Ю., Венгер Г.С. 422

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

Кравчук Н.В. 425

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

Криванич С.В., Мельничук І.В. 427

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ

Мельничук І.В., Кучер З.С. 431

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ ТА ШЛЯХИ ЙОГО РЕАБІЛІТАЦІЇ

Палабугіна О.А., Мельничук І. В. 435

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В РОБОТІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

Семеній Т.О., Савенкова І.І. 438

П'ЯТИЕТАПНИЙ ІНТЕГРАТИВНИЙ МЕТОД НЕЙРОКОГНІТИВНОЇ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
Сєвцов С.В., Савенкова І. І.	442
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ НАСЛІДКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ	
Сисоєва О.Г., Мельничук І. В.....	446
ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ: СУЧАСНИЙ НАУКОВИЙ ОГЛЯД	
Варчук А.І., Мельничук І. В.....	450
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СПЕЦИФІЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ	
Вінтерголлер О.В., Савенкова І.І.	452
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В ЕКСТРИМАЛЬНИХ УМОВАХ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	
Гіда А.С., Мельничук І.В.	454
ПОЗИТУМ-ПІДХІД ЯК ДІЄВА ТЕХНІКА ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ	
Дедух Л.Г.,Савенкова І. І.	457
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ БАЗОВИХ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ	
Комарова А.І., Савенкова І.І.	460
ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА СПОСОБИ ЇХ ПОДОЛАННЯ	
Коротушенко Б.М., Книш А. Є.	463
РОЗЛАДИ СНУ НЕОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ ТА ШЛЯХИ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
Шварцман Я.В.	464
ІНСОМНІЯ ЯК ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЯВИЩЕ: СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ	
Сульдїна Л. М. Фрунзе О. В.	467
ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ УКРАЇНИ	
Табунчик О.Д., Шевченко Р. П.	470
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
Гільман А. Ю., Кулеша Н. П.....	474
ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ ЗАСОБАМИ АНАЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ К. Г. ЮНГА	
Овчаренко С. Ю., Савенкова І. І.....	477
СУЧАСНІ ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ	
Спиридонова Т.В., Савенкова І.І.....	481

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ В РОБОТІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ
РОЗЛАДАМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ**

Бондарева К. Г., Савенкова І.І.....485

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ТА ЇХ
НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ**

Бабко Ю.В., Штученко І.Є.....488

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЩОДО НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВИХ**

Цимбалюк А.Є., Мельничук І.В.....492

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ДЕПРЕСИВНИМ СИНДРОМОМ
ПРИ ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ**

Цюпак Н.В., Мельничук І. В.....496

**НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА
НЕЙРОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА ЩОДО ПОДОЛАННЯ МОВЛЕННЄВИХ
ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В
ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ**

Чепуренко Г.В., Бабаян Ю.О.....499

**ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НАРКОЗАЛЕЖНИХ: РОЛЬ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХООСВІТНІХ
ПРОГРАМ**

Усатенко О.М., Венгер А.С.....502

Секція І.
КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА В ПСИХОАНАЛІЗІ Ж. ЛАКАНА

Азарова Ю. О.

*(Лабораторія психології особистості ім. П. Р. Чамати,
Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України)*

Жак Лакан – один з провідних психоаналітиків ХХ ст., автор теорії «структурного психоаналізу». Засновник «Французького психоаналітичного товариства» («*Société Française de Psychanalyse*») (1954) й керівник «Фройдістської школи Парижу» («*Ecole Freudienne de Paris*») (1964), Лакан вніс вагомий внесок в розвиток сучасного психоаналізу.

Лакан добре відомий як блискучий теоретик і досвідчений практик. Багаторічна робота в «Лікарні Святої Анни», навчальні семінари, які він проводив щотижня в 1954 – 1980 рр., оригінальний підхід до діагностики і лікування психічних розладів, принесли Лакану заслужену славу в професійному середовищі.

За тривалу медичну кар'єру Лакан розробив власний підхід до діагнозу і запропонував нові методи терапії. Його підхід є дуже продуктивним, але він дещо відрізняється від нозологічної системи DSM¹. З одного боку, підхід Лакана є значно простішим, ніж традиційна система класифікації хворіб; з іншого боку, він є більш специфічним та ефективним.

Діагностична схема Лакана є доволі лаконічною: вона включає в себе лише три основні категорії психічних розладів (невроз, психоз, перверсія) та відповідні їм підкатегорії. Ці три клінічні структури обумовлені трьома механізмами психічного захисту індивіда.

Зазначена схема спирається на нозологію Зігмунда Фрейда. Він виділяв три базові клінічні структури, кожна з яких пов'язана з певним механізмом психічного захисту. Невроз пов'язаний з витісненням (*Verdrängung*) [5, с. 153]. Психоз пов'язаний з відкиданням (*Verwerfung*) [3, с. 204]. Перверсія пов'язана з запереченням (*Verleugnung*) [6, с. 143].

Всі захисні механізми апелюють до тих ідей і бажань, реалізація яких викликає моральний осуд в суспільстві або символічну кастрацію. Нормальна людина успішно долає Едипів комплекс, обмежує власні інстинкти і приймає

¹ DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів. DSM – прийнята в США багато-осьова нозологічна система, яка окреслює критерії психічних розладів та визначає методи їх лікування. DSM розробляє «Американська психіатрична асоціація» (*American Psychiatric Association*) (APA).

Питання про створення такої системи постало ще на початку ХХ ст., але на той момент серед лікарів не було єдиної думки щодо загального методу класифікації психічних розладів. Діючі класифікації акцентували різні моменти: етіологію, перебіг хвороби, симптоматику, тощо. Крім того, одні класифікації включали лише кілька основних діагностичних категорій; інші – десятки і сотні. Також класифікації різнилися через те, де вони застосовувалися – в медичних або адміністративно-правових установах.

Розробка DSM у 1950-ті рр. сприяла уніфікації критеріїв. Ця робота знайшла своє відображення у створенні DSM I (1952–1968); DSM II (1968–1980); DSM III (1980–1994); DSM IV (1994–2013); DSM V (2013 – поточний час).

символічну кастрацію. Але «для хворого уявлення про кастрацію таке нестерпне, що він постійно позбавляється його через захисний процес» [1, с. 72].

У випадку неврозу пацієнт *витісняє* заборонену ідею чи бажання зі свідомості у несвідоме. У випадку психозу він *відкидає* цю ідею і поводить себе так, ніби вона до нього ніколи не приходила і не турбувала. У випадку перверсії він *заперечує* цю ідею, хитко балансуючи між визнанням і невизнанням.

Отже, *витіснення* забороненої ідеї чи бажання стає причиною неврозу; *відкидання* – причиною психозу; *заперечення* – причиною перверсії. Кожний психічний розлад генерує свій патологічний продукт: симптом – у невротика, галюцинації – у психотика, фетиш – у перверта. (Див. Табл. 1).

Структури	Процес (механізм)	Продукт
Невроз	Витіснення (<i>Verdrängung</i>)	Симптом
Психоз	Відкидання (<i>Verwerfung</i>)	Галюцинація
Перверсія	Заперечення (<i>Verleugnung</i>)	Фетиш

Табл. 1. Клінічні структури.

Ретельно вивчаючи цю схему, ми побачимо ще один ключовий момент: усі механізми психічного захисту генерують *загальну форму негачії (negation)* [4], завдяки якій людина *відмовляється* від забороненої ідеї чи бажання; тобто витісняє, відкидає або заперечує певні думки та дії.

Таким чином, *провідним критерієм діагностики в психоаналізі є принцип негачії (відмови), що дозволяє диференціювати пацієнтів за різними нозологічними групами на підставі того засобу, за допомогою якого суб'єкт нівелює ту думку, бажання чи реальність, яка його турбує.*

Патологічним утворенням (неврозу, психозу, перверсії), які викликані різними формами психологічного захисту (витісненням, відкиданням, запереченням), Фройд протиставляє *нормальний процес адаптації психіки, який здійснюється завдяки сублімації.* (Див. Табл. 2).

Структура	Процес (механізм)	Продукт
Сублімація	Прийняття символічної кастрації	«Запис» (нотатка) у несвідомому

Табл. 2. Нормальна структура.

Лакан дотримується тих само принципів діагностики, які запровадив Фройд, але доповнює їх новими аспектами та інтерпретаціями. Зокрема, замість терміну «*Verwerfung*» Лакан застосовує термін «*Forclusion*», який він впроваджує в науковий обіг в Семінарі III «Психози» у 1956 р. [19, с. 321].

Крім того, Лакан розширює та уточнює деякі положення Фрейда. Він встановлює, що механізми психологічного захисту не просто створюють певні

патологічні продукти, але й формують різну диспозицію суб'єкта. Тому Лакан *вводить ще один діагностичний критерій – позицію суб'єкта*, яка пояснює зміну наявної поведінки та психосоматики.

Проблематику неврозу Лакан детально обговорює в працях: «Функції психоаналізу в кримінології: теоретичний вступ» (1950) [10, с. 149], «Варіанти типового лікування» (1955) [20, с. 333], «Ситуація психоаналізу та підготовка аналітика» (1956) [18, с. 464], «Навчання психоаналізу» (1957) [15, с. 451-454], «Напрямок лікування та принципи його дії» (1961) [14, с. 597-598].

Питання психозу він висвітлює в Семінарі III «Психози» (1956–1957) [19] і в доповідях: «По той бік принципу реальності» (1936) [7, с. 73-92], «Нотатки про психічну причинність» (1946) [17, с. 168-170, 177, 187], «Про питання, що передує будь-якому можливому лікуванню психозу» (1957), [9, с. 531-583], «Про наших попередників» (1966) [8, с. 65-72].

Темі перверсії Лакан присвячує такі дослідження, як: «Функція і дія мови та мовлення в психоаналізі» (1953) [11, с. 264-265], «Важливі нотатки до конгресу з жіночої сексуальності» (1958) [16, с. 730-731, 734-736], «Молодість Андре Жида, або письмо і бажання» (1958) [12, с. 746-751], «Кант і Сад» (1962) [13, с. 756-90].

Ініційований Фройдом, і далі розвинутий Лаканом підхід, має суттєву перевагу перед іншими діагностичними підходами (в тому числі – DSM). Він «дозволяє психоаналітику вийти за рамки окремих клінічних характеристик і зосередити свою увагу на головному механізмі, тобто на *одній визначальній характеристиці (single determinant characteristic)*» [2, с. 77].

Отже, сутність зазначеного підходу полягає в лаконізмі: є три (лише три!) основні категорії психічних розладів. Звісно, що гіпотетично можна припустити існування 4 (або більше) основних клінічних структур, але «за даними сучасних практичних досліджень, саме ці три базові нозологічні структури повністю охоплюють усе коло психологічних феноменів» [2, с. 77].

Лакан підкреслює, що зазначені категорії мають *структурний характер*. Їх діагностичні критерії окреслені доволі чітко. Вони не пропонують «проміжні стани», не стирають усталені взаємозв'язки і не зводять складні симптоми і синдроми до нових розладів психіки².

² В цьому сенсі, на думку відомого американського психоаналітика Брюса Фінка, діагностичний підхід Лакана є більш коректним, ніж підхід DSM III або DSM IV. Наприклад, «американські психіатри, психоаналітики та психологи прагнуть у рамках неврозу виділити дедалі більше класифікацій і діагностичних категорій (депресія, біполярний розлад, панічні атаки, гіперактивність, дистімія, гіпноїдний стан, полісубстанціальна залежність, etc. – але всі ці категорії є лише маркерами симптомів, які проявляються у поведінці людини тільки в певний час. Кожна така категорія відповідає лише мікро-симптому або міні-патерну із загальної психологічної картини індивіда» [2, с. 115-116].

«Американська психологія і психіатрія займається лише тим, що формально доступно зору, відмовляючись від ідеї про *більш глибокі структури*, – від позиції, з якій починається саме психоаналітичне дослідження. Тому вона піддається банальній простоті типової американської наукової думки. Вона ділить кожний патерн на окремі ізольовані частини, дає їм назви та намагається лікувати їх (медикаментозно або за допомогою “терапевтичних технік”) як логічно окремі “розлади”» [2, с. 116].

Натомість «Лакан акцентує загальні психоаналітичні категорії, показуючи, що вони можуть бути визначені більш фундаментальним, структурним чином» [2, с. 116]. Розвиваючи основні

Цей момент має суттєве значення для психоаналізу Лакана. Він особливо актуальний в контексті сучасної дискусії про «межові стани». Лакан вважає, що «межовий стан» пацієнта – це не нозологічна ознака, але скоріше показник складності діагностичної роботи лікаря.

Наприклад, аналітик фіксує наявність у пацієнта психотичних рис, але він не переконаний, що тут має місце справжній психоз (базова психотична структура). Отже, коли аналітик сумнівається в тому, який поставити діагноз, то мова йде не про «межовий стан» пацієнта, а про складність діагностики.

У складній ситуації, – наголошує Лакан, – ми розуміємо, що не пацієнт перебуває на кордоні між двома клінічними структурами (психозом і неврозом), а скоріше аналітик коливається між ними у своїх діагностичних висновках або міркуваннях.

«Межовий стан не конституює окрему діагностичну категорію в лаканівському психоаналізі, оскільки не має специфічного механізму захисту, який би відповідав їй» («Borderline does not constitute a genuine diagnostic category in Lacanian psychoanalysis, as no specific mechanism of defense that corresponds to it») [2, с. 77].

Лакан визнає, що питання діагностики є вкрай складним і дискусійним. Незважаючи на високий ступінь опрацювання клінічних ознак усіх нозологічних структур, постановка діагнозу (в кожному конкретному випадку) потребує від лікаря пильної уваги, великих наукових знань і професійного досвіду.

Зокрема, є ситуації, де дуже складно диференціювати невроз і психоз. Тому Лакан ніколи не ставить діагноз відразу, при першому візиті пацієнта. Іноді лікарю потрібно декілька зустрічей, щоб спочатку переконатися, ким є пацієнт: невротиком чи психотиком, і тільки потім відповідально поставити діагноз.

Таке переконання є надзвичайно важливим для Лакана тому, що діагноз – не просто «штамп» в справі пацієнта. Діагноз обумовлює практичні дії аналітика (манеру поведінки, спілкування, спосіб ведення розмови). Діагноз також суттєво впливає на стратегію лікування і програму реабілітації пацієнта.

На відміну від представлених у DSM категорій, які не передбачають будь-яких вказівок щодо того, як терапевт повинен працювати з пацієнтами, Лакан вважає, що постановка діагнозу також визначає позицію аналітика і спрямовує його подальші дії.

Наприклад, досвідчений аналітик знає, що багато медичних процедур і терапевтичних технік, які успішно застосовуються у випадку неврозу, не годяться у випадку психозу, тому що можуть спровокувати агресію пацієнта і призвести до «зриву» або загострення психозу.

Первинна диференціація між психозом і неврозом важлива для Лакана ще з іншої причини: психоз дуже важко піддається терапії. Безумовно, «Лакан не розглядає психоз як протипоказання для аналізу, але він зазначає, що підхід аналітика в роботі з психотиком має бути зовсім іншим, ніж в роботі з невротиком» [2, с. 243].

тези психоаналізу, окреслені Фройдом, Лакан чітко і аргументовано закладає основу сучасного структурного розуміння нозології. Тому не випадково теорія Лакана кваліфікована як «структурний психоаналіз».

Аналіз допомагає психотику скоригувати свою поведінку, але не може повністю змінити психотичну структуру. Ретельно проведена аналітична робота з дітьми, зазвичай, має успіх. Але у дорослого пацієнта навіть великий обсяг аналітичної роботи радикально не змінить психотичну структуру.

Аналіз помітно знижує психотичні прояви в клінічній картині пацієнта, запобігає психотичним зривам, добре заспокоює, проте «не існує чудодійних ліків від психозу в сенсі радикальної зміни психотичної структури (наприклад, в сенсі перетворення психотика в невротика)» [2, с. 82].

Висновок. Клінічна діагностика Лакана значною мірою спирається на нозологію Фрейда. «Проект Лакана є, по суті, фрейдистським в своєму дусі, і продовжує його роботу з визначення базових відмінностей між психічними структурами (*Lacan's project is essential Freudian in inspiration and continuous his work in direct efforts to discern the most basic differences among psychical structures*)» [2, с. 76].

В методиці Лакана центральна увага приділяється особистості пацієнта. Діагностика спрямована на первинну диференціацію між неврозом, психозом і перверсією. Діагноз обумовлює не тільки терапію і процедури лікування. Він впливає на функцію аналітика і окреслює ту позицію, яку аналітик повинен зайняти в трансфері (переносі).

Безумовно, тонкі відмінності між неврозом, психозом і перверсією не позбавляють аналітика від труднощів діагностики. Однак Лакан детально описав специфічні клінічні ознаки цих розладів. Зазначені нозологічні характеристики дозволяють аналітику поставити діагноз з високим ступенем надійності.

Література::

1. Рус А. Лакан: вступ до структурного психоаналізу. К.: Комубук, 2022. 232 с.
2. Fink B. A Clinical Introduction to Lacanian psychoanalysis: theory and technique. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1997. 297 p.
3. Freud S. An Outline of Psychoanalysis // Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. In 24 vol. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1964. Vol. XXIII. P. 141–207.
4. Freud S. Negation // Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. In 24 vol. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1961. Vol. XIX. P. 235–242.
5. Freud S. Neurosis and Psychosis // Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. In 24 vol. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1961. Vol. XIX. P. 149–153.
6. Freud S. The Infantile Genital Organization: An Interpolation into the Theory of Sexuality // Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. In 24 vol. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1961. Vol. XIX. P. 141–145.
7. Lacan J. Au-delà du «Principe de réalité» // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 73–92.
8. Lacan J. Des nos antécédents // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 65–72.
9. Lacan J. De'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 531–583.
10. Lacan J. Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 125–149.
11. Lacan J. Fonctions et champ de la parole et du langage en psychanalyse // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 237–321.
12. Lacan J. Jeunesse de André Gide ou la lettre et désir // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 739–364.

13. Lacan J. Kant avec Sade // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 765–790.
14. Lacan J. La direction de la cure et les principes de son pouvoir // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 585–645.
15. Lacan J. La psychanalyse et son enseignement // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 437–458.
16. Lacan J. Propos directifs pour un Congrès sur la sexualité féminine // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 725–736.
17. Lacan J. Propos sur la causalité psychique // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 151–193.
18. Lacan J. Situation de la psychanalyse et formation du psychoanalyste // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 459–491.
19. Lacan J. The Seminar. Book III. The Psychoses (1955–1956). London: Routledge, 1993. 342 p.
20. Lacan J. Variantes de la cure-type // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 323–362.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ТА КОГНІТИВНА ГНУЧКІСТЬ: ТОЧКИ ПЕРЕТИНУ І ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Бєляєвська Т.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Анотація: У тезах розглянуто зв'язок між когнітивною гнучкістю та психологічною резильєнтністю як здатністю особистості адаптуватися до стресових ситуацій, зберігати внутрішню цілісність і функціональність. Проаналізовано сучасні підходи до трактування когнітивної гнучкості та її роль у формуванні адаптивної поведінки. Окреслено наукові підстави для подальшого вивчення цього феномену в контексті психологічної стійкості.

Ключові слова: резильєнтність, когнітивна гнучкість, адаптація, психологічна стійкість, смислотворення.

У періоди суспільної нестабільності та зростання психологічного навантаження зростає науковий інтерес до вивчення внутрішніх механізмів, які допомагають людині пристосовуватись до складних умов. Одним із таких механізмів є психологічна резильєнтність – загальна здатність особистості адаптуватися до змін, зберігати психологічну рівновагу та підтримувати життєву активність у відповідь на стресові впливи. Серед чинників, що сприяють розвитку стійкості, значну увагу дослідники приділяють когнітивній гнучкості – здатності перебудовувати уявлення, переосмислювати події та шукати нові підходи до взаємодії з реальністю. Останні дослідження демонструють, що когнітивна гнучкість пов'язана з ефективністю подолання труднощів, зниженням рівня дистресу та збереженням адаптивного функціонування.

Когнітивна гнучкість розглядається у психології як здатність людини змінювати способи мислення, адаптуватися до нових умов, реагувати на непередбачувані ситуації без фіксації на жорстких ментальних структурах. Цей конструкт вивчається в різних теоретичних контекстах — нейропсихології, когнітивній психології, позитивній психології, клінічній практиці та психології стресу.

Згідно з Dennis & Vander Wal (2010), когнітивна гнучкість — це здатність ефективно змінювати когнітивні стратегії, адаптувати уявлення про події, відкрито приймати нову інформацію та відмовлятися від неадаптивних схем. У межах їхньої шкали Cognitive Flexibility Inventory (CFI) виокремлено три

компоненти: сприйняття складних ситуацій як контрольованих, здатність до зміни стратегій та впевненість у власній гнучкості мислення.

Folkman і Lazarus (1988) у межах транзакційної моделі стресу відзначали важливість когнітивної переоцінки (reappraisal) як одного з основних копінг-механізмів. Здатність змінити інтерпретацію ситуації зменшує рівень стресу та підтримує адаптивну поведінку. Carver, Scheier і Weintraub (1989) підкреслили значення позитивного переосмислення (positive reinterpretation) як ресурсу подолання труднощів.

У межах вивчення феномену резильєнтності когнітивна гнучкість трактується як один із важливих чинників, що забезпечує внутрішню стійкість особистості перед обличчям життєвих труднощів, змін або тривалого стресу. Вона дозволяє людині зберігати психологічну рівновагу, шукати альтернативні шляхи реагування, уникати фіксації на руйнівних переживаннях і розширювати спектр можливих рішень у складних ситуаціях.

Так, Bonanno (2004) вважає гнучкість мислення ключовою ознакою здорової відповіді на втрату, травму чи життєві катастрофи, підкреслюючи, що саме варіативність у способах сприйняття подій та емоційного реагування відрізняє резильєнтних людей від тих, хто демонструє дезадаптивні реакції. Він також наголошує, що здатність перемикатися між різними когнітивними стратегіями є більш важливою, ніж постійне застосування однієї «сильної» моделі поведінки.

Southwick і Charney (2012) описують когнітивну гнучкість як фундаментальний психічний механізм, що дає змогу змінювати усталені поведінкові шаблони, адаптуватися до нових обставин і знижувати ймовірність емоційного виснаження. За їхнім підходом, когнітивна гнучкість тісно пов'язана з навичками саморефлексії, вмінням оцінювати ситуацію з різних точок зору та відкритістю до досвіду, навіть якщо той є непередбачуваним або дискомфортним.

Klohn (1996) пов'язує когнітивну гнучкість із загальною стресостійкістю особистості, зазначаючи, що її прояви корелюють із вищим рівнем еґо-резильєнтності (ego-resiliency), тобто внутрішньої здатності до збереження цілісності в умовах зовнішнього тиску. Особистості з високою когнітивною гнучкістю, за її висновками, частіше виявляють ініціативу, швидше відновлюються після психотравм та демонструють емоційну пластичність.

Leipold і Greve (2009) запропонували розглядати когнітивну гнучкість як концептуальний міст між копінгом та розвитком, підкреслюючи її роль не лише в подоланні, а й у переосмисленні, інтеграції досвіду в нову життєву парадигму. З цього погляду когнітивна гнучкість забезпечує не просто захисну реакцію, а створює умови для особистісного зростання.

Дослідники також підкреслюють, що когнітивна гнучкість тісно пов'язана з емоційною саморегуляцією та самоефективністю (Bandura, 1997), адже здатність мислити інакше у критичній ситуації формує почуття контролю та знижує ймовірність настання стану безпорадності. У клінічних і консультативних контекстах ця характеристика розглядається як предиктор успішного виходу з кризових станів, а також як одна з умов формування глибших смислових реконструкцій у досвіді людини.

У позитивній психології цей конструкт пов'язується з поняттям посттравматичного зростання (Tedeschi & Calhoun, 2004), де смислове переосмислення досвіду виступає передумовою відновлення життєвої активності після кризових подій. Resnick, Warmoth & Serlin (1991) підкреслюють, що здатність до ментальної адаптації через зміну інтерпретацій має прямий вплив на якість подолання труднощів.

У контексті клінічної психології та терапії прийняття й відповідальності (АСТ) Hayes et al. (1999) трактують когнітивну гнучкість як здатність приймати внутрішній досвід, дистанціюватися від автоматичних думок і здійснювати вибір на користь ціннісних дій. Kashdan & Rottenberg (2010) також підкреслюють важливість гнучкості як здатності варіювати емоційні, когнітивні та поведінкові реакції відповідно до вимог ситуації.

У нейропсихології когнітивна гнучкість розглядається як компонент виконавчих функцій, пов'язаний із роботою префронтальної кори (Miyake et al., 2000; Diamond, 2013). Цей процес лежить в основі метакогнітивного регулювання, здатності до навчання, планування, прийняття рішень і переходу до нових ментальних моделей у нестандартних ситуаціях.

У зв'язку з феноменом резильєнтності когнітивна гнучкість дедалі частіше розглядається як модератор між стресовим стимулом і внутрішньою реакцією (Leipold & Greve, 2009). Її наявність дозволяє особистості уникати деструктивних форм реагування, знижувати рівень тривоги та знаходити більш ефективні адаптивні рішення.

Таким чином, когнітивна гнучкість постає як один із психологічних механізмів, що заслуговують на пильну увагу в контексті дослідження феномену резильєнтності. Її прояви пов'язані з ширшим спектром внутрішніх процесів, які забезпечують гнучке реагування на складні життєві ситуації, збереження цілісного сприйняття себе та світу, а також здатність переосмислювати значення власного досвіду. Наявність когнітивної гнучкості дозволяє людині не лише зменшити вплив негативних переживань, а й зберігати зв'язок із ціннісними орієнтирами, що, у свою чергу, сприяє стійкості у довготривалих кризових обставинах. Урахування цього компонента у рамках сучасних наукових підходів дозволяє розширити уявлення про внутрішні ресурси людини, а також відкриває додаткові можливості для подальших міждисциплінарних досліджень і розробки практичних інструментів психологічної підтримки.

Література::

1. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? // *American Psychologist*. – 2004. – Vol. 59(1). – P. 20–28.
2. Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1989. – Vol. 56(2). – P. 267–283.
3. Dennis J. P., Vander Wal J. S. The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity // *Cognitive Therapy and Research*. – 2010. – Vol. 34(3). – P. 241–253.
4. Diamond A. Executive functions // *Annual Review of Psychology*. – 2013. – Vol. 64. – P. 135–168.
5. Grishyna N. V. Suczasi psychodiahnostychni metodyky doslidzhennia rezylientnosti: krytychnyi analiz i napriamy rozvytku // *Psykhologichni nauky: teoriia i praktyka*. – 2021. – № 1(3). – S. 56–64.

6. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. – New York : Guilford Press, 1999. – 304 p.
7. Kashdan T. B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Vol. 30(7). – P. 865–878.
8. Klohnen E. C. Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1996. – Vol. 70(5). – P. 1067–1079.
9. Leipold B., Greve W. Resilience: A conceptual bridge between coping and development // *European Psychologist*. – 2009. – Vol. 14(1). – P. 40–50.
10. Miyake A., Friedman N. P., Emerson M. J., Witzki A. H., Howerter A., Wager T. D. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis // *Cognitive Psychology*. – 2000. – Vol. 41(1). – P. 49–100.
11. Southwick S. M., Charney D. S. *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges*. – Cambridge : Cambridge University Press, 2012. – 300 p.
12. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15(1). – P. 1–18.

ВПЛИВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ У МОЛОДІ

Корнієнко А. С., Чебикін О. Я.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У сучасному світі молодь постійно підпадає під вплив різноманітних факторів, які провокують стреси, пов'язані з чисельними умовами життєдіяльності (Усик К.М., 2024; Савелюк Н., 2022 та інші). Ці фактори можуть мати соціально-економічну основу, можуть бути пов'язані з навантаженням під час навчання, необхідністю професійного самовизначення, складністю взаємостосунків, пошуком власного місця в суспільстві та інше. Особливо в сучасних умовах зростає увага до стресових факторів пов'язаних з воєнним станом в Україні. Серед останніх можна відмітити невизначеність майбутнього, страх смерті, вади здоров'я, втрата близьких, погіршення умов життєдіяльності, вплив різних негативних інформаційних засобів та інше.

В дослідженнях Дж. Ларсана, Н. Болджера та інших прояв стресу може детермінувати різними особистісними особливостями. В своєму дослідженні ми виходимо з припущення, що серед таких особистісних особливостей може бути емоційний інтелект. Попри зростаючу кількість наукових досліджень, присвячених вивченню ролі емоційного інтелекту в різних сферах життєдіяльності особистості (Г. Гарднер, 1983; Е. Торндайк, 1920 та інші), питання його впливу на сприйняття стресу молоді, особливо в умовах хронічного стресу та травматичних подій воєнного стану, залишається недостатньо вивченим.

Розуміння того, яким чином рівень розвитку емоційного інтелекту може впливати на прояв станів та визначення вибору копінг-стратегій його подолання у молоді, має актуальне теоретичне та практичне значення. Отримані в цьому аспекті дані можуть стати підґрунтям для розробки ефективних психологічних програм, спрямованих на підвищення стресостійкості та покращення психологічної адаптації молоді в умовах сучасних викликів.

Що торкається пізнання емоційного інтелекту, то як вказує Боковець О., він неоднозначно розглядається в сучасній психології відносно свого змісту. В одних випадках він визначається як здатність особистості розпізнавати, розуміти та ефективно управляти власними емоціями, а також розуміти емоції інших людей. В інших випадках це поняття характеризується такими ключовими компонентами, як усвідомленість власних емоцій, здатність до регуляції цих емоцій, навички самотивації, емпатія та вміння налагоджувати міжособистісні відносини [1, с. 69-70].

Маються дані про те, що емоційний інтелект є окремим конструктом, який не завжди корелює з рівнем академічного інтелекту, і може відігравати значну роль у життєвій успішності особистості [5, с. 246].

Узагальнення цих та інших досліджень показує, що емоційний інтелект може проявлятися у вигляді:

По-перше, в усвідомленні власних емоцій, що дозволяє молодій людині краще розуміти свої реакції на стресові фактори. Здатність ідентифікувати емоційні сигнали, такі як тривога, роздратування чи пригніченість, що є першим кроком до ефективного управління стресом [5, с. 246].

По-друге, в регуляції емоцій, що відіграє ключову роль у тому, як молодь справляється зі стресовими ситуаціями. Особи з високим рівнем емоційного інтелекту здатні більш ефективно контролювати свої емоційні реакції, не допускаючи їхньої надмірної інтенсивності та деструктивного впливу. Наприклад, у ситуації іспиту, що є значним стресором для студентів, розвинений емоційний інтелект допомагає контролювати тривожність, зберігати концентрацію та, як наслідок, підвищувати академічну успішність [2, с. 46].

По-третє, в наявності емпатії, тобто в здатності розуміти та співпереживати емоціям інших, може опосередковано впливати на сприйняття стресу. Підтримка та розуміння з боку оточення є важливим ресурсом у стресових ситуаціях [3, с. 15-16]. Молоді люди з розвиненою емпатією здатні будувати більш глибокі та підтримуючі міжособистісні відносини, що може слугувати буфером у боротьбі зі стресом.

В деяких випадках (Савелюк Н., 2022) також зазначається, що в умовах війни переживання стресу набуває особливого характеру. Виходячи з наведеного можна говорити, що емоційний інтелект може допомогти молоді краще адаптуватися до цих складних обставин, розуміти власні емоційні реакції на травматичні події та знаходити конструктивні способи їхнього вираження та подолання. Здатність до самотивації та оптимізму, які також є складовими емоційного інтелекту, можуть допомогти молодим людям зберігати надію та віру у майбутнє, попри складність поточної ситуації.

В інших дослідженнях (Жванія Т., Волкова О., 2019) стверджується, що емоційний інтелект та емоційна готовність є важливим ресурсом для психічного здоров'я, оскільки особи з високим рівнем самотивації, розпізнавання емоцій та управління своїми почуттями демонструють кращу психологічну адаптацію.

У контексті стресу це може говорити, що молодь з розвиненим емоційним інтелектом сприймає потенційні стресові ситуації як менш загрозливі та має більше внутрішніх ресурсів для їхнього подолання.

Аналогічні дані наводяться Овчаренко І. (2022 р.), де наголошується що практичні рекомендації, щодо підтримки себе у стресовий період також підкреслюють важливість розуміння власних емоційних станів та вміння керувати ними. Регулярна перевірка свого емоційного стану, визначення способів поповнення емоційних ресурсів та запобігання емоційному виснаженню є важливими аспектами емоційної саморегуляції, яка є ключовим компонентом емоційного інтелекту.

Враховуючи наведене нами було проведено попереднє дослідження про встановлення особливостей прояву емоційного інтелекту з даними сприйняття стресу в молоді. Для дослідження було обрано методику «Емоційного інтелекту» запропоновану Н. Холлом, а для дослідження стресу – шкалу сприйнятого стресу (PSS-10).

Попереднє дослідження на обмеженій вибірці молоді показало наявність кореляційного зв'язку між емоційною обізнаністю, управлінням своїми емоціями, самомотивацією, розпізнаванням емоцій інших людей, інтегративним рівнем емоційного інтелекту і загальним рівнем стресу на рівні $p < 0,05$, що наведено у таблиці 1. Як ми бачимо в цій кореляційній структурі найбільше зв'язків має показник сприйняття стресу з даними емоційного інтелекту. Фактично аналогічну позицію займає показник управління емоціями та самомотивація. Можна припустити, що такі особливості є найбільш інформативними, що можуть як характеризувати сприйняття стресу, так і його детермінувати емоційним інтелектом. Зазначені результати є попередніми і потребують більш поглибленого дослідження шляхом збільшення вибірки та залучення інших методик для оцінки емоційних властивостей.

Таблиця 1

Таблиця 1. Кореляційний зв'язок між показниками Емоційного інтелекту та стресу у молоді

Показники	П1	П2	П3	П4	П5	П6	П7
П1	1	-,910**	-,782*	-,683	-,887**	-,935*	-,894*
П2	-,910**	1	,898**	,790	,947**	,972*	,984*
П3	-,782*	,898**	1	,941**	,941**	,782*	,953*
П4	-,683	,790	,941**	1	,910**	,679	,884*
П5	-,887**	,947**	,941**	,910**	1	,902*	,983*
П6	-,935*	,972*	,782*	,679	,902**	1	,932*
П7	-,894*	,984*	,953*	,884*	,983**	,932*	1

**. Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння), *. Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння), П1 – сприйняття стресу, П2 – емоційна обізнаність, П3 – управління емоціями, П4 – самомотивація, П5 – емпатія, П6 – розпізнавання емоцій інших людей, П7 – інтегративний рівень ЕІ

Підсумовуючи наведене можна зробити попередні висновки. По-перше, показано, що проблеми сприйняття та прояву стресу у молоді в умовах воєнного стану є актуальною, але не недостатньо вивченою. По-друге, результати

дослідження вказують, що сприйняття стресу може детермінуватися різними ознаками емоційного інтелекту. По-третє, встановлено, що такі показники емоційного інтелекту як управління своїми емоціями та самомотивація є найбільш інформативними в аспекті детермінації ЕІ. Результати дослідження на перспективу можуть бути поглиблені в пізнанні більш широкого комплексу емоційних властивостей сприйняття стресу.

Література::

1. Боковець О. Емоційний інтелект як ресурс психічного здоров'я. Габітус. 2022. № 37. С. 68–75.
2. Кузнєцов М.А., Діомідова Н.Ю. К 891 Емоційний інтелект як чинник психоемоційних станів студентів в умовах іспиту. – Харків: «Діса плюс», 2017. – 189 с.
3. Овчаренко І. Як підтримати себе в стресовий період?. Дія Центр, 2022р. URL: https://center.diia.gov.ua/uploads/0/1211-stress_pptx.pdf
4. Савелюк Н. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. Психологія: реальність і перспективи. 2022. № 18. С. 141–152.
5. Усик К. Емоційний інтелект як чинник подолання стресу. Габітус. 2024. № 60. С. 245–250.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ДО ЗМІН СЕРЕДОВИЩА

Гвоздкова І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У сучасному світі, який постійно змінюється під впливом глобалізації, воєнних конфліктів, соціально-економічних криз та екологічних викликів, адаптація людини до нових умов життєдіяльності стає нагальною потребою. Психологічна адаптація передбачає не лише зміну поведінки, але й глибокі внутрішні процеси, що забезпечують збереження цілісності особистості в умовах стресу. Одним із ключових механізмів, які підтримують внутрішню рівновагу, є психологічні захисні механізми.

Захисні механізми — це несвідомі стратегії, за допомогою яких індивід знижує інтенсивність негативних емоцій, захищає своє «Я» від внутрішнього конфлікту або зовнішніх загроз. Вивчення особливостей їх використання у процесі адаптації до змін середовища є важливим для розуміння способів збереження психічного здоров'я, профілактики дезадаптаційних розладів, а також удосконалення психологічної допомоги у кризових станах.

Концепція захисних механізмів бере свій початок із класичного психоаналізу З. Фрейда, який розглядав їх як неусвідомлювані процеси, що виникають у відповідь на внутрішні або зовнішні загрози [3]. Надалі його дочка, Анна Фрейд [4], систематизувала та доповнила список захистів, зробивши акцент на їхньому розвитку в дитячому віці.

У сучасній психології захисні механізми розглядаються у контексті адаптаційних процесів особистості [7]. Відомий американський дослідник Дж. Ваїллант запропонував класифікацію захистів за рівнями адаптивності: від примітивних до високофункціональних. До останніх він відносив такі, як гумор, альтруїзм, сублімація.

Українські дослідники також активно досліджують цю тематику. Так, І. Д. Бех розглядає психологічний захист як функціональний механізм підтримки стабільності «Я» в умовах психологічної загрози, а І. А. Зверева підкреслює, що адаптація потребує гнучкого поєднання як свідомих копінг-стратегій, так і неусвідомлюваних захистів [1].

Зміни середовища, викликані війною в Україні, пандемією COVID-19, соціальною нестабільністю, мають сильний дестабілізуючий вплив на психіку. У цих умовах особистість може використовувати захисти для подолання тривоги, страху, фрустрації.

Психологічна адаптація — це динамічний процес взаємодії особистості з середовищем, який супроводжується мобілізацією внутрішніх ресурсів. Вона передбачає використання як усвідомлених копінг-стратегій, так і неусвідомлюваних захисних механізмів.

Копінг-стратегії, за Лазарусом і Фолькман (Lazarus & Folkman), — це свідомі зусилля, спрямовані на зменшення стресу. Водночас, коли особистість не може впоратися зі стресором свідомими засобами, активуються захисні механізми. Як зазначає В. В. Рибалка, саме комбінація цих механізмів дозволяє зберігати гомеостаз особистості у нестабільному світі [6].

Захисні механізми не завжди є патологічними. Деякі з них, як-от сублімація, раціоналізація, можуть слугувати конструктивній адаптації. Проте надмірне використання примітивних захистів (заперечення, проєкція, регресія) може свідчити про дезадаптацію.

Дослідження показують, що в умовах воєнного конфлікту українці найчастіше використовують такі захисти, як витіснення, раціоналізація, ізоляція афекту [5]. Це свідчить про потребу в збереженні внутрішньої стабільності в умовах надзвичайного стресу.

Психологічний захист є важливою складовою адаптації, однак його надмірне використання може призвести до дезадаптації. Примітивні захисні механізми, такі як витіснення або заперечення, можуть порушувати здатність особистості об'єктивно сприймати ситуацію і адекватно на неї реагувати. В умовах війни та кризи це може стати фактором ризику для психічного здоров'я.

В. В. Рибалка зазначає, що підвищене використання «поганих» захистів може призводити до симптомів депресії, тривоги, а також до порушення соціальних зв'язків, що ще більше ускладнює адаптацію [6].

Гендер та вік мають значний вплив на вибір і використання захисних механізмів. За результатами досліджень, жінки частіше використовують захисти, що стосуються емоційної регуляції, наприклад, витіснення або зниження інтенсивності емоцій, тоді як чоловіки можуть застосовувати більш «активні» захисти, такі як агресія або заперечення [2].

Вікові відмінності також впливають на використання захистів. Молодші люди частіше звертаються до захистів, які сприяють униканню реальності, тоді як старші особи можуть використовувати більш адаптивні стратегії, зокрема сублімацію та гумор.

Вивчення захисних механізмів у процесі адаптації до змін середовища дозволяє краще зрозуміти психологічні процеси, які підтримують стабільність «Я» в умовах стресу. Розуміння їхньої ролі є важливим для розробки ефективних методів психологічної допомоги та профілактики дезадаптаційних порушень.

Література::

1. Бех І. Д. (2006). Особистісно орієнтоване виховання: Теоретико-технологічні засади. Київ: Либідь.
2. Bühler, C. (2015). Gender Differences in the Use of Psychological Defenses: A Comparative Study. Psychology Press.
3. Фройд, З. (1926). Захисні механізми та їх роль у психології особистості. Видавництво психоаналітичної літератури.
4. Фройд, А. (1936). Его та механізми захисту. Академія психоаналітичних досліджень.
5. Карабін, І. (2023). Використання захисних механізмів у воєнний час: аналіз кризових реакцій населення. Науковий журнал з психології війни.
6. Рибалка, В. В. (2015). Психологічна адаптація та механізми захисту у кризових ситуаціях. Видавництво психотерапевтичної літератури.
7. Vaillant, G. E. (1992). The Wisdom of the Ego. Harvard University Press.

ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ЖІНОК ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ У ПОЛІЦЕЙСЬКИХ

Желтова А. О., Карпич І. А.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Анотація: У статті здійснено аналіз сучасних державних наукових підходів щодо визначення психологічної готовності особистості до професійної діяльності. Особливу увагу приділено аспектам, що виділяють підходи вивчення даного поняття між собою. Проаналізовано сучасну літературу вчених, що визначали поняття через окремі підходи. Виділено сучасні проблеми жінок поліцейських, що можуть впливати на психологічну готовність до служби.

Ключові слова: психологічна готовність, професійна діяльність, поліція, структура готовності, гендерні аспекти, стресостійкість.

Вступ

Психологічна готовність особистості до діяльності є складним інтегральним поняттям, яке визначає ефективність виконання професійних завдань. У контексті правоохоронної діяльності, особливо в умовах соціальної нестабільності та воєнного стану, значення цього терміну поглиблюється. Сучасні виклики вимагають високого рівня адаптивності, стресостійкості, когнітивної гнучкості та емоційної стабільності. Ми вивчили погляди різних вчених. Далі будуть представлені сучасні українські дослідники даного поняття. Г. О. Балл, який у своїх працях розглядає психологічну готовність у контексті діяльнісного підходу, підкреслюючи взаємозв'язок між готовністю та успішністю виконання діяльності. Він аналізує готовність як складну систему, що включає мотиваційний, когнітивний, емоційний та вольовий компоненти [1]. Т. В. Титаренко та її дослідження, що зосереджені на вивченні психологічної готовності до різних видів професійної діяльності, зокрема в екстремальних умовах. Вона розглядає готовність як складне особистісне утворення, що забезпечує саморегуляцію та оптимальне функціонування в складних ситуаціях [9]. О. С. Колісниченко та її роботи, присвячені психологічній готовності майбутніх фахівців, де акцентується увага на формуванні професійно значущих якостей та компетенцій [7]. **В. А. Молотай** та його послідовники, які акцентують увагу на **динамічній та процесуальній природі** психологічної готовності, розглядаючи її як регуляторну систему, що забезпечує адекватну реакцію на зміни зовнішнього середовища [8]. Їхні роботи підкреслюють роль емоційно-вольової сфери та когнітивних компонентів у формуванні готовності. Нижче детальніше розглянуто основні теоретичні підходи, розроблені та розвинені українськими вченими, з акцентом на їхні оригінальні внески.

Теоретичні підходи

У контексті української психологічної школи визначено діяльнісний підхід. Хоча діяльнісний підхід має коріння в працях О. М. Леонтьєва, українські вчені адаптували та розвинули його з урахуванням національної специфіки та сучасних викликів. Вони розглядають психологічну готовність не просто як сукупність передумов, а як системну якість особистості, що активно формується та проявляється в процесі діяльності, забезпечуючи її ефективність. Ключові

аспекти цього підходу будуть такими: процесуальність та динамічність, готовність не є статичним станом, а постійно розвивається, змінюється та адаптується в ході виконання діяльності; інтеграція психічних функцій, акцент робиться на тому, що готовність об'єднує когнітивні, емоційні, вольові та мотиваційні компоненти в єдину систему, спрямовану на досягнення мети; значна увага приділяється усвідомленню особистістю своїх можливостей, Г. О. Балл розробив концепцію готовності як цілісної психологічної системи, що забезпечує адекватну відповідь особистості на вимоги діяльності. Він наголошував на тому, що готовність є динамічною та багатокомпонентною, і її формування є результатом інтеріоризації та екстеріоризації досвіду [1]. Його роботи стосувалися, зокрема, готовності до управлінської та інженерної діяльності. Т. В. Карамушка досліджувала психологічну готовність майбутніх фахівців різних галузей. Її роботи зосереджені на формуванні професійно значущих якостей та компетенцій, що є основою для успішної діяльності. Вона підкреслювала роль цілеспрямованої підготовки та усвідомленої мотивації у формуванні готовності [5]. О. В. Лактіонова досліджувала психологічну готовність у контексті професійного становлення особистості, зокрема педагогів. Вона розглядає її як інтегральне утворення, що включає мотиваційно-ціннісний, когнітивний, операційно-діяльнісний та особистісно-регулятивний компоненти, які забезпечують ефективну професійну діяльність [4].

Особистісно-орієнтований підхід в українській психології ставить у центр уваги особистість як активного суб'єкта формування та прояву готовності. Психологічна готовність розглядається не лише як функціональна характеристика, а як інтегративна якість особистості, що відображає її цілісність, цінності, сенси та здатність до самореалізації. Т. В. Титаренко було розроблено психологічну готовність у контексті екзистенційної психології та психології особистості. Вона розглядає готовність як складне особистісне утворення, що забезпечує здатність до саморегуляції, подолання кризових ситуацій та оптимальне функціонування в складних життєвих обставинах. Особливу увагу приділяє готовності особистості до життєвих змін [9]. Праці О. М. Прохорова широке застосування і в інших підходах, в особистісно-орієнтованому він наголошує на ролі суб'єктивного досвіду, емоційно-вольової регуляції та індивідуальних відмінностей у формуванні готовності до діяльності, особливо в умовах стресу та екстремальних ситуацій. Він розглядає готовність як цілісний психічний стан особистості [9]. І. Д. Бех у своїх працях з педагогічної психології та психології виховання опосередковано торкається питання психологічної готовності, розглядаючи її через призму формування ціннісних орієнтацій, моральної свідомості та здатності до саморозвитку особистості як основи для відповідальної та ефективної діяльності [2].

Функціонально-системний підхід розглядає психологічну готовність як складну функціональну систему, що забезпечує оптимальне функціонування особистості та її взаємодію з навколишнім світом. Акцент робиться на вивченні взаємозв'язків між компонентами готовності та їхнім впливом на ефективність діяльності. Ключові аспекти, розроблені українськими вченими: динамічна взаємодія компонентів - готовність розглядається як система, елементи якої (мотивація, знання, навички, емоції) постійно взаємодіють та взаємовпливають; адаптивна функція - готовність дозволяє особистості успішно адаптуватися до

змінних умов, долати перешкоди та ефективно виконувати завдання; регуляторна функція - готовність виконує функцію внутрішнього регулятора поведінки та діяльності, спрямовуючи їх на досягнення мети. В. А. Молотай досліджував стресові стани військових та їх впливу на психічну діяльність під час охоронної діяльності, що тісно пов'язані з функціонально-системним підходом. Він розглядає психологічну готовність як складний психічний стан, що функціонально забезпечує успішність діяльності, особливо в умовах емоційної напруги [8]. В. М. Зав'ялова вивчає психологічну готовність до професійної діяльності, розглядаючи її як функціональну систему, що забезпечує адаптацію та ефективність праці. Вона аналізує взаємозв'язок між професійними якостями, мотивацією та здатністю до виконання складних завдань [3]. О. А. Кокун у своїх роботах, присвячених психології праці та професійного відбору розглядає психологічну готовність як системне утворення, що включає функціональні компоненти, необхідні для успішного виконання професійних завдань, особливо в екстремальних та кризових умовах [6].

Сучасна українська психологія все частіше використовує інтегративний підхід, який об'єднує сильні сторони попередніх концепцій. Цей підхід дозволяє отримати найбільш повне та багатогранне уявлення про психологічну готовність, враховуючи її багатокомпонентність, динамічність, особистісну значущість та функціональне призначення. Виділено основні деталі даного підходу: холістичний погляд (готовність розглядається як цілісний феномен, що не зводиться до суми окремих компонентів); взаємозв'язок внутрішніх та зовнішніх факторів (аналізується вплив особистісних якостей, соціальних умов, професійного середовища на формування та прояв готовності); міждисциплінарність (використання знань з різних галузей психології (загальної, соціальної, педагогічної, вікової, військової тощо) для повнішого розуміння феномену). Багато сучасних дисертаційних досліджень в Україні присвячені саме комплексному вивченню психологічної готовності до різних видів діяльності (наприклад, готовність студентів до професійної діяльності, готовність особистості до подолання стресу, готовність військовослужбовців до бойових дій), що свідчить про активний розвиток інтегративного підходу.

Жінки, що працюють у поліції, часто стикаються з додатковими труднощами: гендерними стереотипами, підвищеним психологічним тиском, необхідністю поєднувати професійне і сімейне життя. Умови військового стану лише загострюють ці проблеми. Серед основних чинників психологічної неготовності: емоційне вигорання, відсутність підтримки, низька впевненість у собі. Потрібно створювати спеціалізовані програми підготовки, впроваджувати тренінги з розвитку емоційного інтелекту, стресостійкості, гендерної рівності.

Висновки

Психологічна готовність є необхідною умовою успішної правоохоронної діяльності. Вона формується як через особистісний розвиток, так і через систематичну професійну підготовку. У випадку жінок-поліцейських важливо враховувати специфіку їхнього психологічного функціонування, соціального навантаження та професійних викликів. Актуальним завданням сьогодення є створення умов для ефективного розвитку всіх компонентів психологічної готовності на етапі професійного навчання та упродовж служби.

Література::

1. Балл Г. О., Перепелиця П. С. Формування готовності до професійної праці у контексті гуманізації освіти // Психологічні аспекти гуманізації освіти. Книга для вчителя / За ред. Балла Г. О – Київ-Рівне, 1996. 148 с.
2. Бех І. Д. Готовність педагога до інноваційної діяльності // Вісник Житомирського державного університету імені І. Франка, 2003. С. 3-8.
3. Зав'ялова Ж. В. Психологічна готовність до пологів і методи її формування: навч. посіб. Київ: 2000. С. 23.
4. Зверєва І. Д., Лактіонова О. В. Волонтерство у соціально-педагогічній діяльності. Київ: Науковий світ, 2001. 129 с.
5. Карамушка Т. В. Професійна кар'єра особистості: сутність, основні види та функції //Теоретичні і прикладні проблеми психології, 2015 №1, С. 181-190.
6. Кокун О.М. Зміст та структура психологічної готовності фахівців до екстремальних видів діяльності. Харків: УЦЗУ, 2010. С. 182 – 190.
7. Колесніченко О. С. Теоретико-методологічні проблеми психологічного супроводу професійної діяльності. — Одеса : Вид-во Південноукраїнський державно педагогічний університет ім. К.Д. Ушинського, 2009. №5. С. 86–90.
8. Молотай В. А. Формування психологічної готовності військовослужбовців внутрішніх військ МВС України до діяльності по охороні громадського порядку: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.09 / Нац. акад. Держ. прик. служби України ім. Б. Хмельницького, Хмельницький 2006. 20 с.
9. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. Природа життєстійкості та умови її формування, структура життєстійкості: навч. посіб. Київ: Марич, 2009. С. 24-32.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОГРАМ ПІДТРИМКИ РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Козлова Г.С., Велитченко Л. К.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Постановка проблеми. Складність організації соціально-психологічних програм підтримки родин загиблих насамперед полягає у багатогранності наслідків втрати. Особа, що втратила близьку людину зіткається не тільки з глибоким горем, а й з важкими психоемоційними, соціальними та економічними наслідками. Саме ця втрата є не лише особистою трагедією, але й соціальною проблемою, що потребує системного підходу з боку держави та громадянського суспільства. Якісна та своєчасна підтримка родин загиблих військовослужбовців, їх соціально-психологічний супровід – новий актуальний виклик нашому суспільству в сучасних умовах, коли Україна переживає період тривалого конфлікту. Тому проблема соціально-психологічного супроводу таких родин потребує наукового осмислення та практичного вдосконалення. Таким випадкам зазвичай притаманна глибока депресія, порушення адаптації, почуття провини, емоційна спустошеність, а також посттравматичний стресовий розлад. Втрата батьківської фігури чи годувальника часто супроводжується труднощами в побуті, ізоляцією, зниженням якості життя, змінами в сімейній структурі. В нашій країні досі відсутня системна, всеохопна стратегія підтримки таких сімей. Через логістичні або фінансові бар'єри багато сімей, особливо у віддалених районах, не поінформовані про наявні послуги або не мають змоги ними скористатися, тому що функціонуючі програми часто мають обмежений

термін реалізації, нечіткі механізми моніторингу ефективності, кадрову нестабільність, нестачу матеріального забезпечення.

Виклад основного матеріалу дослідження. Травматичне горе може мати фізіологічні, емоційні, когнітивні та поведінкові прояви — це психологічна реакція на втрату значущої особи. Типовими емоційними реакціями, згідно з моделями Вордена та Кюблер-Росса, є заперечення, гнів, торг, депресія і прийняття, горе має надзвичайно важливе значення для психологічної адаптації людини. Воно дозволяє їй змиритися із втратою, адаптуватися до неї [1,с.20]. Проходження через ці етапи горювання не лінійний процес і залежить від індивідуальних особливостей, типу втрати та соціального оточення. Однак, як свідчить практика, ці етапи часто змішуються й метою спеціаліста є підтримка, створення умов для екологічного переживання горя, а не його «прискорювання». Основи психологічної допомоги особі, яка пережила непоправну втрату, передбачають створення простору для безпечного вираження емоцій, роботу з почуттям провини, нормалізацію емоційних станів, формування нової ідентичності, відновлення внутрішніх ресурсів.

Соціально-психологічна підтримка родин загиблих військовослужбових спрямована на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів [2,с.10], насамперед на стабілізацію емоційного стану людини, надання їй інформаційних, моральних та іноді матеріальних ресурсів. Як інтегровані елементи системи психологічної допомоги у контексті подолання психоемоційних криз та втрат, важливу роль відіграють групи підтримки, кризова інтервенція та психоедукація. Ефективним засобом активізації процесу прийняття рішень у надзвичайних обставинах виступають групи підтримки. Участь у таких групах дозволяє зменшити суб'єктивне відчуття ізоляції та емоційної відчуженості, сприяє формуванню почуття спільності. Безпечний простір для адаптації до стресових подій зумовлюють спільний досвід, обмін думками та емоційна взаємопідтримка в межах групи. Короткострокова психологічна допомога, яка надається у перші години або дні після психотравмуючої події розглядається кризовою інтервенцією, основна мета якої полягає в стабілізації психоемоційного стану людини, зниженні інтенсивності реакцій на стрес та запобіганні розвитку посттравматичних розладів. Невід'ємною складовою психотерапевтичної та консультативної практики, що передбачає ознайомлення особи з природою переживання горя, типологією етапів втрати та науково обґрунтованими методами самодопомоги вважається психоедукація. Завдяки психоедукації індивід отримує інструменти для усвідомлення та регуляції власного психічного стану, що сприяє підвищенню рівня психологічної грамотності та стійкості. Таким чином, інтеграція вищезгаданих підходів у систему психологічної допомоги є запорукою комплексної підтримки осіб, які переживають травмуючі життєві події, та сприяє їхньому поступовому відновленню, незважаючи на тривалі стресові реалії воєнного стану.

Соціальний аспект переживання втрати *передбачає пошук нових ціннісних орієнтирів та особливостей сприйняття світу навколо* [3,с.2]. З різних причин багато осіб ізолюються у власному горі, що посилює ризики психологічної дезадаптації. Це зумовлено табуванням теми смерті на пострадянському просторі. Для кожної вікової категорії розробляються окремі підходи. Дітям

важливо дати можливість говорити про свої емоції через гру, творчість; військовим — через тілесно-орієнтовану терапію, когнітивно-поведінкові методи. Сучасній досвід нашої країни зумовлює активно впроваджувати нові формати допомоги: гарячі лінії, онлайн-консультації, мобільні бригади психологів. Показовим прикладом є створення «просторів підтримки» при школах, лікарнях, релігійних громадах. Дієвою є праця громадських організацій, які поєднують психологічну підтримку з соціальними послугами: допомога в оформленні документів, отриманні матеріальної підтримки.

У контексті воєнних дій з 2014 року в Україні розвинулась низка ініціатив, спрямованих на підтримку родин загиблих військовослужбовців. Наприклад, для надання психологічної підтримки, юридичних консультацій та оздоровчих заходів ГО «Побратим» розробили й впроваджують програму «Родина Героя». При Міністерстві ветеранів України центри психологічної допомоги надають фахові консультації, курси психотерапії, перенаправляють на реабілітаційні центри, що підпорядковується на рівні законодавства «ПОРЯДОК ТА УМОВИ надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб»; Пункт 4 постанови Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 р. № 1338[4]. Наші закордонні партнери від центру UNICEF програма «Теплі простори» створюють групи підтримки, проводять індивідуальну роботу з дітьми, успішно використовують арттерапію. З самого початку повномасштабного вторгнення неперестанно провляють волонтерські ініціативи психоогі-добровольці, благодійні фонди, релігійні організації. Як правило програми включають елементи створення атмосфери безпеки, безумовного прийняття, професійної компетентності фахівців, мультидисциплінарний підхід (участь юристів, медиків, священників, педагогів). Статистично ефективність програм залежить від емоційного стану учасників (зменшення симптомів депресії, тривоги, ПТСР), соціальної адаптації учасників (залучення до роботи, навчання, волонтерства), суб'єктивної оцінки допомоги (опитування задоволеності, відгуки). Тривалість ефекту (перевірка стану учасників через 6–12 місяців після завершення участі). За даними проєкту ГО «Побратими» (2023), 82% респондентів відзначили покращення емоційного стану, 64% — змогли повернутись до активного соціального життя.

Зі зростанням кількості травматичних подій в наш час, особливого значення набуває розвиток системи соціально-психологічної допомоги родинам, які пережили втрату близьких унаслідок війни, катастроф або інших кризових обставин. Сформувався низка комплексних викликів, які стали необхідною умовою для формування ефективної, доступної та науково обґрунтованої моделі підтримки. Нажаль, спостерігаємо нерівномірне забезпечення регіонів кваліфікованими спеціалістами, здатними надавати допомогу в умовах кризи та горя. Сьогодення гостро відчуває потребу у підготовці кризових психологів, горевих терапевтів та соціальних працівників з відповідною компетентністю. Сучасне суспільство зумовлює зростання попиту на мобільні та онлайн-формати надання психологічної допомоги, а забезпечення технологічної доступності дозволить охопити ширший контингент осіб, включаючи внутрішньо переміщених осіб, жителів сільської місцевості та інших вразливих категорій населення. Соціально-культурні бар'єри залишаються перепорою для звернення по допомогу. Певна частина населення й досі демонструє упереджене ставлення

до звернення до психолога, що обумовлено низьким рівнем обізнаності, стигматизацією психічних розладів та відсутністю системної психоедукації на рівні держави. Нестача нормативного регулювання, розмежування відповідальності між секторами охорони здоров'я та соціального захисту створюють перепони для формування міжвідомчої співпраці та стабільного фінансування програм. З погляду на вище сказане пропонується вдосконалення соціально-психологічних програм, що включає кілька стратегічних напрямів, а саме затвердження єдиного державного стандарту допомоги родинам загиблих, перерозподіл фінансування з урахуванням регіональних потреб. Наступним кроком має стати інтеграція програм підтримки до системи медичної реабілітації від першої психологічної реакції до етапу відновлення. Паралельно пропонуємо розробку навчальних програм з підготовки вузькоспеціалізованих фахівців, орієнтованих на роботу з втратою та травмою, з урахуванням особливостей цільової аудиторії — вдів, дітей, батьків загиблих — віку, соціального статусу та характеру пережитої втрати.

Висновки

Соціально-психологічні програми підтримки родин загиблих військовослужбових сприяють стабілізації емоційного стану осіб, що переживають горе та запобігають формуванню тривалих психотравм, сприяють соціальній інтеграції, формують культуру підтримки в суспільстві. З огляду на масштаби втрат, постійне оновлення програм, підвищення якості послуг і доступності є важливим завданням як для фахівців, так і для державних органів. Національна система психічного здоров'я потребує комплексного підходу, міжсекторальної координації, стандартизації та адаптації, корекції та оновлення соціально-психологічних програм з підтримки родин загиблих у воєнні часи. У сучасних реаліях така практика має стати частиною системи охорони ментального здоров'я — інтегрованою, доступною, культурно адаптованою. Необхідним є розширення доступу до фахової допомоги, підтримка волонтерських ініціатив і розвиток міждисциплінарної співпраці між психологами, соціальними працівниками, освітянами та духовенством.

Література::

1. Digital Library NAES of Ukraine. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОРЮВАННЯ Автор: Войтович М.В. УДК: 159.938 Войтович М.В. «Психологічні особливості горювання» с.20.
<https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>
2. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. с.10
<http://habitus.od.ua/journals/2023/55-2023/23.pdf>
3. «ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ ЧЛЕНАМИ СІМ'Ї ЗАГИБЛОГО ВОЇНА» Зуйков В.О. магістрант кафедри загальної психології ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна академія управління персоналом».с.2
4. «ПОРЯДОК ТА УМОВИ надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб»; Пункт 4 постанови Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 р. № 1338 “Деякі питання надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб, постраждалим учасникам Революції Гідності та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни і членам сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць

МЕНТАЛІЗАЦІЯ ЯК ПРОЦЕС ІНТЕГРАЦІЇ АФЕКТИВНОГО ДОСВІДУ ТА КОГНІТИВНОЇ РЕФЛЕКСІЇ У ФОРМУВАННІ ЦІЛІСНОГО САМОВІДЧУТТЯ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, ПОРУШЕННЯ ТА ШЛЯХИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Конатовська-Манакова Я. Ф., Фрунзе О.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Об'єкт дослідження: Процес менталізації як інтегративний механізм формування цілісного самовідчуття.

Предмет дослідження: Механізми розвитку, прояви порушень та шляхи психотерапевтичної підтримки менталізації.

Мета дослідження: Розкрити сутність менталізації як ключового процесу інтеграції афективного досвіду та когнітивної рефлексії, детально дослідити механізми її розвитку, виявити основні прояви порушень на різних рівнях функціонування особистості та обґрунтувати шляхи психотерапевтичної підтримки, спрямовані на відновлення та подальший розвиток цієї фундаментальної здатності.

Актуальність теми: У сучасному світі, що характеризується зростаючою складністю соціальних взаємодій, інформаційним перевантаженням та підвищеним рівнем стресу, здатність до менталізації набуває особливої значущості. Вміння не лише усвідомлювати власні внутрішні стани, але й розуміти ментальні процеси інших людей є критично важливим для ефективної емоційної саморегуляції, формування стабільної та інтегрованої ідентичності, а також для побудови гармонійних, емпатійних та змістовних міжособистісних стосунків [1, 2]. Порушення здатності до менталізації розглядаються як значущий фактор у патогенезі широкого спектру психологічних труднощів, включаючи розлади особистості, афективні розлади, тривожні стани, розлади харчової поведінки та посттравматичний стресовий розлад [9, 10]. Відтак, поглиблене розуміння механізмів становлення менталізації, чітке розпізнавання її дисфункцій та розробка науково обґрунтованих і клінічно ефективних стратегій психотерапевтичної інтервенції є нагальною потребою сучасної психологічної науки та практики, спрямованою на сприяння загальному психологічному благополуччю особистості та суспільства в цілому.

Механізми розвитку менталізації

Становлення здатності до менталізації є складним та багатогранним процесом, що глибоко вкорінений у ранніх стосунках дитини з її первинними опікунами. Якість цих первинних зв'язків, особливо наявність безпечного типу прив'язаності, що характеризується послідовною чутливістю дорослого до емоційних потреб дитини, його здатністю адекватно відображати, інтерпретувати та вербалізувати її внутрішні стани, створює оптимальне нейробіологічне та психологічне підґрунтя для розвитку менталізаційних здібностей [3, 5].

Ключовими механізмами цього складного процесу є:

1. Відображення (mirroring): Емпатичне відображення опікуном емоційного стану дитини, що супроводжується вербальним позначенням ("Я бачу, ти засмучений"). Це допомагає дитині вперше ідентифікувати власні внутрішні переживання та надавати їм певного значення у контексті стосунків.
2. Маркування (labeling): Називання опікуном емоційних станів дитини конкретними словами ("Це називається злість", "Ти відчуваєш радість, правда?"). Вербальне позначення сприяє не лише категоризації емоційного досвіду, але й його когнітивній обробці та інтеграції у формуючу внутрішню репрезентацію себе та своїх станів.
3. Розвиток теорії розуму (theory of mind): Поступове усвідомлення дитиною фундаментального факту, що інші люди є автономними ментальними істотами, які мають власні, часто відмінні від її власних, думки, почуття, переконання, бажання та наміри [6]. Це когнітивне досягнення є критично важливим для розуміння соціальної поведінки, прогнозування дій інших та розвитку емпатії. Порушення в ранніх стосунках, такі як недостатня емоційна чутливість опікунів, їхня непослідовна або непередбачувана поведінка, а також переживання дитиною травматичного досвіду, можуть значно порушити процес нормального розвитку менталізації, призводячи до різноманітних дефіцитів у цій сфері.

Порушення менталізації та їх прояви

Порушення здатності до менталізації можуть проявлятися на різних рівнях функціонування особистості та мати далекосяжний вплив на її емоційне благополуччя та соціальну адаптацію:

1. Труднощі з ідентифікацією та вербалізацією власних емоцій (алекситимія): Людина може відчувати загальне емоційне збудження або дискомфорт, проте мати значні труднощі з розпізнаванням конкретних емоцій, їхнім описом та розумінням їхніх причин [7].
2. Переважання зовнішньої орієнтації: Замість того, щоб спиратися на розуміння власних внутрішніх станів як основного джерела інформації про себе, людина надмірно залежить від зовнішніх соціальних сигналів та реакцій оточуючих для інтерпретації власних почуттів, думок та поведінки [8].
3. Ригідність мислення та труднощі з прийняттям перспективи іншого: Схильність до чорно-білого, поляризованого мислення, нездатність або значні труднощі у розумінні та прийнятті існування різних точок зору, відмінних від власної [11].
4. Дефіцит емпатії та труднощі в розумінні намірів інших: Обмежена здатність до співпереживання, розуміння емоційного стану іншої людини, а також труднощі в інтерпретації її мотивації та прихованих намірів, що часто призводить до міжособистісних непорозумінь та конфліктів [12].

Порушення менталізації є ключовою характеристикою багатьох психічних розладів, особливо розладів особистості, таких як межовий розлад особистості, нарцисичний розлад особистості, а також спостерігаються при посттравматичному стресовому розладі та в контексті наслідків ранньої травматизації [9, 10].

Шляхи психотерапевтичної підтримки менталізації

Психотерапія відіграє центральну роль у відновленні та розвитку здатності до менталізації у осіб з її порушеннями. Різноманітні терапевтичні підходи, зокрема менталізаційно-орієнтована терапія (МБТ), терапія, сфокусована на перенесенні (TFP), а також елементи інших модальностей, таких як діалектична поведінкова

терапія (DBT), інтегрують стратегії, спрямовані на покращення менталізаційних здібностей [13].

Основні принципи та стратегії психотерапевтичної підтримки менталізації включають:

1. Створення безпечного та емпатичного терапевтичного альянсу: Терапевт прагне створити стабільне, передбачуване та емоційно безпечне середовище, в якому пацієнт відчуває прийняття та розуміння своїх переживань [12].
2. Фокусування на дослідженні ментальних станів у терапевтичному процесі: Заохочення пацієнта до уважного дослідження власних думок, почуттів, бажань, намірів, а також до роздумів про можливі ментальні стани інших людей, включаючи самого терапевта, у контексті терапевтичних стосунків [13].
3. Ідентифікація та інтерпретація порушень менталізації: Допомога пацієнту у розпізнаванні та усвідомленні того, як його труднощі в менталізації проявляються у його емоційній регуляції, самовідчутті та міжособистісних взаємодіях [10].
4. Сприяння розвитку рефлексивної функції: Стимулювання пацієнта до роздумів про причини та наслідки власних емоцій та поведінки, а також про ментальні стани інших людей у різних ситуаціях, з метою формування більш глибокого розуміння себе та оточуючих.

Висновки

Менталізація є фундаментальною здатністю, що забезпечує інтеграцію афективного та когнітивного досвіду, сприяючи формуванню цілісного самовідчуття та якісних міжособистісних стосунків. Її порушення є значущим фактором ризику розвитку різноманітних психологічних проблем. Психотерапевтичні втручання, особливо ті, що цілеспрямовано працюють над розвитком менталізації, є ефективним шляхом до покращення емоційного благополуччя та якості життя пацієнтів. Подальші дослідження в цій важливій галузі сприятимуть поглибленню розуміння складних механізмів менталізації та оптимізації психотерапевтичних стратегій допомоги.

Література::

1. Fonagy P., Bateman A. W. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2006. Vol. 62, No. 4. P. 411–430.
2. Allen J. G., Fonagy P., Bateman A. W. *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2008. 365 p.
3. Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Routledge, 2002. 567 p.
4. Gergely G., Watson J. S. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1996. Vol. 77, No. 6. P. 1181–1212.
5. Premack D., Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*. 1978. Vol. 1, No. 4. P. 515–526.
6. Lane R. D., Schwartz G. E. Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its implications for psychopathology, research, and therapy. *American Journal of Psychiatry*. 1987. Vol. 144, No. 2. P. 133–143.
7. Jurist E. L. Mentalizing, affect regulation, and the body in psychotherapy: From attachment theory to technique. *Journal of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 61, No. 9. P. 1177–1191.
8. Bateman A. W., Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2016. 575 p.

9. Fonagy P., Luyten P., Strathearn L. The impact of early adversity on the development of mentalizing: Implications for attachment-based interventions. *Developmental Psychopathology*. 2011. Vol. 23, No. 3. P. 711–728.
10. Linehan M. M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993. 558 p.
11. Bateman A., Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010. Vol. 9, No. 1. P. 11–15.
12. Allen J. G. *Mentalizing*. Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2003. 305 p.
13. Allen J. G., Fonagy P. *Mentalizing: Theory, research, and clinical applications*. In: Elliott A., ed. *Attachment and psychoanalysis*. New York: Routledge, 2003. P. 19–42.

АРТТЕРАПІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ SOFT SKILLS МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ

Черненко О. М., Кочерга Є. В.

Бердянський державний педагогічний університет

На сьогодні професія психолога має підвищений попит. Причинами цього є пришвидшення темпу життя, зростання кількості стресів, постійні соціальні зміни та кризи. У нашій країні попит на психологів значно зріс у зв'язку з війною, оскільки і дорослі і діти потребують постійної психологічної підтримки, допомоги в переживанні важких емоцій, горя, втрат. Психолог має володіти не лише професійними знаннями, але й мати розвинуті «м'які навички» – soft skills, які можуть допомагати у роботі з людьми. Отже, актуальним є питання формування soft skills психологів, зокрема і майбутніх психологів під час їх професійної підготовки. Однією з дисциплін, при вивченні якої у здобувачів освіти формуються soft skills є дисципліна «Арттерапія».

Мета публікації: розкрити можливості формування soft skills майбутніх психологів в процесі вивчення дисципліни «Арттерапія».

Аналіз наукових джерел дає підстави говорити про те, що єдиного підходу до визначення та класифікації soft skills немає. На щорічному міжнародному економічному форумі в Давосі оновлюються топ-10 навичок, якими має володіти конкурентоздатний фахівець. У 2025 році такими навичками є: «аналітичне мислення та інноваційність; активне навчання та навчальні стратегії; комплексне вирішення проблем; критичне мислення та аналіз; креативність, оригінальність та ініціативність; лідерство і соціальний вплив; використання, моніторинг і контроль технологій; проектування технологій та програмування; стійкість, стресостійкість та гнучкість; аргументованість, вирішення проблем та генерування ідей» [5].

Проаналізувавши вакансії психолога на сайті roboota.ua Т. Михеєва визначила soft skills, якими має володіти психолог на думку роботодавців в Україні. Такими навичками є: «організаційні навички; тайм-менеджмент; навички міжособистісного спілкування; гнучкість та адаптивність; здатність працювати в команді; здатність працювати у складних умовах і контролювати рівень особистого стресу; творчість; здатність до постійного самонавчання; здатність розв'язувати проблеми; цілеспрямованість; аналітичні здібності» [3, с. 44-45].

Для підготовки висококваліфікованих психологів у Бердянському державному педагогічному університеті (БДПУ) розроблено освітньо-

професійну програму «Психологія» першого рівня вищої освіти зі спеціальності 053 Психологія галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки [4].

Дисципліна «Арттерапія» вивчається здобувачами освіти на 4 курсі. Дисципліна має 3 кредити, з них 12 годин лекційних та 12 годин практичних занять. Дисципліна є обов'язковим компонентом циклу професійної підготовки майбутніх психологів і передбачає вивчення загального поняття про арттерапію, психотерапевтичні концепції арттерапії та окремі види арттерапії (ізотерапія, мандалотерапія, казкотерапія, терапія МАК, медіаарттерапія, пісочна терапія).

На нашу думку, пріоритетом під час вивчення майбутніми психологами арттерапії є практична спрямованість курсу. До кожного виду арттерапії, який розглядається на заняттях, необхідно підбирати відповідні методики і техніки, пояснювати їх виконання, частину виконувати в синхронному режимі, частину в асинхронному з обов'язковим обговоренням результатів виконання вправ.

Дослідники зазначають, що «мистецтво приносить людям позитивні емоції, розкриваю внутрішній потенціал особистості, сприяє самопізнанню та вмінню представити себе іншим. Мистецтво відкриваю творчість у людині, а творчість – це можливість відпустити себе, вона даю людям свободу висловлювати свої думки. Мистецтво є інструментом спілкування між людьми, якому не потрібна звичайна мова. У якості мови мистецтво використовую образ, символ, колір, звук, рух, дотик, вираз обличчя. І це особлива мова мистецтва є зрозумілою для людей будь-якої національності, віку, статі, соціальної приналежності» [1, с. 82; 2]. Таким чином арттерапія через творчий підхід найбільш екологічно впливає на людину, тому її потенціал можна використовувати для формування soft skills майбутніх психологів.

У контексті розвитку soft skills арттерапія сприяє розвитку емоційного інтелекту. Для цього використовуються вправи на розпізнавання та керування емоціями й почуттями. У груповій роботі під час обговорення результатів виконання вправ або під час виконання групових арттерапевтичних вправ здобувачі освіти розвивають комунікативні навички, навички міжособистісного спілкування та вміння працювати в команді. Креативність, нестандартне мислення та генерування ідей розвиваються при експериментуванні з різними матеріалами, формами та образами. Гнучкість та адаптивність розвиваються за рахунок того, що у творчому процесі немає «правильного» і «неправильного», усе, що створене є відображенням внутрішнього світу конкретної людини, а отже є унікальним і таким, що має бути прийнятим. Виконуючи арттерапевтичні вправи майбутні психологи перш за все вчаться здійснювати саморефлексію через аналіз власних переживань і мотивів, розуміння своїх сильних та слабких сторони. Арттерапія позитивно впливає на стан психічного здоров'я. Це сприяє підвищенню стресостійкості особистості. Отже, як бачимо, дисципліна «Арттерапія» має значний потенціал щодо розвитку soft skills майбутніх психологів.

Підсумовуючи, можемо сказати, що soft skills є важливими навичками, які мають бути сформовані у здобувачів освіти – майбутніх психологів. Дисципліна «Арттерапія» займає особливе місце поряд з іншими дисциплінами циклу професійної освітньо-професійної програми підготовки майбутніх психологів. Перспективи подальших досліджень вбачаємо у можливості обґрунтування та

розробки теоретичної моделі формування soft skills майбутніх психологів у процесі вивчення арттерапії та перевірки її ефективності.

Література:

1. Кочерга Є. В. Засоби арт-педагогіки та арт-терапії як основа профілактики емоційного вигорання. *Психологія кризових станів: наука і практика*: Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 4-6 листопада 2021 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. С. 82–84. URL: <http://surl.li/gmzcp>
2. Кочерга Є. Мистецтво як інструмент миру. URL: <https://naurok.com.ua/stattya-mistectvo-yak-instrument-miru-140784.html>
3. Михеева Т. Формування Soft Skills у майбутніх практичних психологів в процесі вивчення дисципліни «Математичні методи в психології». *Вісник Національного авіаційного університету*. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр. Київ: НАУ, 2024. Вип. 1(24). С. 42–47. URL: <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/66086>
4. Освітньо-професійна програма «Психологія» першого рівня вищої освіти зі спеціальності 053 Психологія галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки. Бердянськ, 2024. 23 с. URL: <https://bdpu.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/OPP-053-Psykholohiia-BDPU.pdf>
5. ТОП-10 робочих навичок для 2025 року. URL: <https://nmcprk.ipf.npu.edu.ua/rinokpraci/top10>

ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИГОРАННЯ МОЛОДІ

Посенко Т. О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Стаття присвячена проблемі теоретичного дослідження у молоді. На сьогодні в Україні вплив пандемії та реформ в освіті помітний не лише в соціальних трансформаціях, але й у суттєвих змінах соціально-психологічних та емоційно-особистісних характеристик студентів. Умови навчання, які супроводжуються інформаційним та психофізіологічним навантаженням, психологічними кризами на етапах професійного становлення у стресогенному освітньому середовищі, вимагають від майбутніх фахівців високого рівня емоційної стійкості та зумовлюють психологічні тенденції у формуванні їх стресостійкості – у вигляді постійного самонавчання і нейропсихологічної активації механізмів захисту психічного здоров'я, усвідомленого ставлення до здоров'я, яке стає пріоритетом самодостатньої, активної, гармонійної особистості студента.

Мета статті полягає у вивченні і узагальненні знань з симптоматики синдрому вигорання молоді.

Об'єктом дослідження є синдром вигорання

Предмет дослідження – особливості прояву вигорання у молоді

Термін «вигорання» з'явився в психологічній літературі відносно нещодавно. Його запропонував американський психіатр Г. Фройденбергер у 1974 році. Цим терміном автор позначив психологічний стан здорових людей, які перебувають в інтенсивному та тісному спілкуванні з пацієнтами (клієнтами) і працюють в емоційно напруженій атмосфері під час виконання своїх професійних обов'язків.

У науковій психологічній літературі синдром емоційного вигорання розглядається як механізм психологічного захисту у формі часткового або повного виключення емоцій у відповідь на травматичні події або як реакція на хронічний стрес, яка включає три складові:

- зниження професійної ефективності;
- дегуманізацію або деперсоналізацію міжособистісних відносин;
- когнітивне, фізичне та емоційне виснаження як провідний фактор усіх інших симптомів.

Тривалий стрес і психічне перенавантаження можуть спричинити розлад різних сфер психічної діяльності, особливо емоційної. Емоційне виснаження є основним компонентом «професійного вигорання», що проявляється у відчутті зниженого емоційного фону, втраті інтересу до інших, незадоволеності собою та своєю діяльністю на тлі тривожності й депресії, байдужості або емоційної перенасиченості, агресивних реакціях, спалахах гніву [2].

Як динамічний процес, це явище відбувається поетапно, відповідно до послідовного розвитку підвищеного нервового напруження.

Психологічний аналіз наукових досліджень стресостійкості як фактора профілактики та подолання первинної фази емоційного вигорання української молоді дає змогу успішно розробляти та впроваджувати нейропсихологічні проекти щодо збереження психічного здоров'я майбутніх фахівців як чинника

забезпечення їхнього успішного професійного розвитку та освітнього процесу. Важливим критерієм успішності цих проєктів є людський потенціал, зокрема усвідомлення важливості розвитку емоційної стійкості в освітньому та професійному середовищі через взаємодію з більш досвідченими партнерами.

На жаль, наукова Література: недостатньо висвітлює питання нейропсихологічної профілактики емоційного вигорання серед студентів закладів вищої освіти. Натомість існує велика кількість досліджень щодо психофізіологічних особливостей людей, схильних до емоційного вигорання, та формування стресостійкості у молоді, що зокрема пов'язано з розумінням нейропсихологічних причин виникнення та подолання емоційного вигорання серед студентської молоді (Федорчук І.П. (2023); Сергета, І.В., Вергелес, Т.М. (2023); Слободян, Н. Є.).

Сучасні дослідники розглядають стресостійкість як здатність протистояти стресу – частій причині емоційного вигорання, як складну інтегральну властивість особистості, що пов'язана з сукупністю інтелектуальних, когнітивних, емоційних і особистісних якостей, які забезпечують людині здатність витримувати значні розумові, фізичні, вольові та емоційні навантаження, зберігаючи ефективне функціонування в умовах стресових ситуацій. Усі ці характеристики виявляються через індивідуальний досвід особистості студента, здатність долати стан емоційного збудження при виконанні складних завдань, контроль емоційної реакції на стресори, психофізіологічні параметри, нейропсихологічну компетентність у подоланні стресу як реакції на емоційне вигорання (Н.М. Маляр-Газда, В.В. Шевчук (2020)).

Вигорання – це синдром, що розвивається у відповідь на проблемні взаємини між працівниками та їхнім робочим середовищем. Існує кілька підходів до інтервенції при вигоранні [4], [5].

Інтервенції, спрямовані на допомогу окремим особам у подоланні або впоранні зі стресовими факторами на роботі, відносяться до вторинної профілактики, оскільки їх мета – зменшити поширеність стресу.

Подолання вигорання включає як полегшення стану, коли вигорання вже виникло, так і профілактику, що запобігає його появі. Інтервенції, спрямовані на полегшення стану, також можуть застосовуватися до окремих осіб або колективів, які вже мають підвищений рівень вигорання, але не настільки серйозний, щоб це перешкоджало їхній роботі.

Стратегії профілактики зазвичай орієнтовані на працівників, які загалом перебувають у доброму стані, і допомагають їм не потрапити до групи ризику вигорання. Індивідуальні інтервенції з подолання вигорання часто зосереджені на зміцненні фізичної та психологічної стійкості. Одним із підходів до подолання вигорання, особливо в галузі охорони здоров'я, є усвідомленість (майндфулнес).

Література:

1. Леженіна Л. М. Методи дослідження емоційного вигорання / Л. М. Леженіна // Наука і освіта. – 2008. – № 8–9. – С. 72–76.
2. Michalak S., Olejnik I. Burnout and Ways of Preventing It: A Qualitative Analysis // Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. – 2023. – № 2(1000). – P. 87–103. – DOI: 10.15678/ZNUEK.2023.1000.0205.

3. Солонина О. І. Схильність до соціальної тривоги у студентів із різним рівнем вигорання: магістерська робота / О. І. Солонина ; наук. керівник О. С. Аврамчук. – Львів : Український католицький університет, 2021. – 71 с
4. Цюприк А., Федорович С. Профілактика емоційного вигорання студентів-психологів. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2019. № 1. С. 160-170.
5. Шкраб'юк В., Білик Д. Емоційне вигорання особистості: психологічний аналіз проблеми. *Молодий вчений*. 2020. № 10 (86). С. 293-296.

ЗМІЦНЕННЯ СИСТЕМИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ЯК НАПРЯМ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Захарченко Л.А. , Поспелова І.Д.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Однією з важливих проблем сучасної психології є вивчення механізмів регуляції емоційних станів особистості в умовах життєвих труднощів. Повномасштабна війна стала безпрецедентним викликом для громадян України, і насамперед вона впливає на емоційну сферу людини. Внаслідок бойових дій порушується звичний спосіб життя, що пов'язано з постійною загрозою для життя і здоров'я, втратою житла, близьких, руйнування інфраструктури, зміною місця проживання.

Особливо вразливою категорією населення є молодь, адже її психологічна та емоційна стійкість ще не є повністю сформованою. Додатковим дестабілізуючим фактором в умовах військового стану є перехід на дистанційну форму навчання, обмеження комунікації з одногрупниками й викладачами, що поглиблює психологічний дискомфорт, сприяє виникненню відчуття соціальної ізоляції, призводить до зниження навчальної мотивації. Емоційні стани почали заважати навчанню та спілкуванню. Здобувачі вищої освіти відчують зміну емоційних станів: зростання тривожності, фрустрації та симптомів депресії [1].

Довготривалі стресові та екстремальні обставини змушують кожну людину шукати способи, як підтримати власний психологічний стан. Особливо це актуально для здобувачів вищої освіти, які щодня стикаються з високим рівнем напруги. Підвищення здатності психіки протистояти негативному впливу небезпечних чинників навколишнього середовища можливе завдяки розвитку стресостійкості, яка виступає важливим психологічним ресурсом, що сприяє адаптації до соціального середовища та підвищує загальну психологічну стійкість.

Проблему стресостійкості у сучасній психології вивчали О. Кокун, Т. Гриньова, М. Кононова, В. Крайнюк, Н. Слободяник та ін. [2, 3, 7, 10]. Стресостійкість розглядають як психологічний ресурс поведінки особистості у скрутній ситуації, зокрема в контексті війни, як інтегративну властивість особистості, що включає мотиваційний, інтелектуальний, емоційно-вольовий та поведінковий компоненти.

Попри наявність досліджень, присвячених вивченню стресостійкості, питання розгляду саморегуляції як ключової умови формування стресостійкості у здобувачів вищої освіти в умовах воєнного часу залишається ще недостатньо опрацьованим. Особливо актуальним є пошук ефективних засобів розвитку цієї здатності.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати психологічні особливості саморегуляції як умови стресостійкості та визначити методи саморегуляції для розвитку стресостійкості здобувачів вищої освіти.

Об'єктом дослідження є стресостійкість як психологічний феномен.

Предметом дослідження є саморегуляція як напрям розвитку стресостійкості здобувачів вищої освіти.

Поняття «саморегуляція» складається з двох частин: «регуляція» (лат. *regulare* – впорядковувати, налагоджувати, нормалізувати) та «само» (указує на те, що джерело регуляції у самій системі). Відтак, саморегуляція це той механізм, завдяки якому забезпечується активізація та певне спрямування позиції суб'єкта, що здійснює оптимізацію психічних можливостей, компенсацію недоліків, регуляцію індивідуальних станів відповідно до завдань і умов діяльності [4].

В енциклопедичному варіанті саморегуляція визначається як доцільне функціонування живих систем різних рівнів організації та складності [5].

Формування концепції усвідомленої саморегуляції людської діяльності, як зазначає у своїх дослідженнях В. Чайка, було започатковано в 60–70-х роках ХХ століття. У цей період було створено лабораторію психології саморегуляції, основною метою якої стало становлення нового напрямку в психології діяльності. Цей напрям зосереджувався на вивченні загальних закономірностей внутрішньої психічної організації особистості, а також механізмів розвитку та функціонування процесів ініціації, побудови суб'єктом власної цілеспрямованої активності та свідомого управління нею [4].

Саморегуляція має значний вплив на формування стресостійкості та загальної психологічної адаптивності, особливо в умовах професійної діяльності, яка вимагає високого рівня самоконтролю. Дослідження, проведені вченими в галузі психології стресу і саморегуляції, показують тісний зв'язок між цими двома явищами. Доведено, що високий рівень саморегуляції сприяє зниженню рівня стресу і запобігає розвитку психічних розладів. Визначено, що особи, які використовують стратегії саморегуляції, такі як когнітивне перероблення та емоційна регуляція, краще справляються з вимогливими умовами та ефективніше адаптуються до стресових ситуацій [6].

Важливість саморегуляції в контексті стресостійкості, зокрема в стресових професійних ситуаціях, доведена здатністю осіб з високим рівнем саморегуляції до підтримання ефективної поведінки в умовах стресу, адже самоконтроль допомагає знизити емоційну напругу та уникати імпульсивних рішень, що можуть погіршити ситуацію [7].

За дослідженням Д. Гросса та Р. Томпсона, важливим механізмом взаємодії саморегуляції та стресостійкості є емоційна регуляція, яка є ключовим компонентом стресостійкості, оскільки вона дозволяє індивіду контролювати рівень стресу та уникати його негативних наслідків. Саморегуляція дозволяє не лише знижувати інтенсивність емоційного стресу, але й активувати позитивні стратегії копінгу, що сприяє збереженню психологічної рівноваги [8].

Саморегуляція – це системно-організований процес ініціації, побудови, підтримання і керування довільною активністю особистості, пов'язаною із досягненням нею власних цілей [9]. Здобувачі вищої освіти, які володіють високим рівнем саморегуляції, мають більшу здатність до самоконтролю, що

дозволяє їм ефективно справлятися зі стресом, контролювати імпульсивні реакції, а також визначає їх здатність до рефлексії та переоцінки ситуації.

Важливо виокремити ключові риси саморегуляції: це процес, за допомогою якого людина впливає на свій фізіологічний стан і психоемоційне самопочуття; ефективність саморегуляції значною мірою визначається готовністю та прагненням особистості керувати власними емоціями, думками, переживаннями та поведінкою; здатність до саморегуляції не є вродженою, а розвиватися та вдосконалюватися протягом життя.

Саморегуляцію можна розглядати як інтегрований, системно організований психічний процес детермінації, побудови, підтримки і регулювання зовнішнього й внутрішнього впливу (самовпливу), спрямованого на досягнення обраних суб'єктом цілей. Це виражається в стимулюванні одних і гальмуванні інших особистісних потреб, дій та вчинків [4].

У структурі саморегуляції особистості зазвичай виокремлюють кілька основних складових: інформаційно-енергетичний компонент (забезпечує активацію фізіологічних процесів, необхідних для ефективного функціонування психіки); емоційно-вольовий компонент (охоплює індивідуальні якості та здібності, пов'язані з вольовими зусиллями); мотиваційно-вольовий компонент (акцентує увагу на значенні мотивації у процесах саморегуляції), особистісно-індивідуальний рівень (активізується коли потрібно змінити внутрішні установки, переконання, цінності та погляди).

Проведення психодіагностики саморегуляції особистості проводять з використанням таких методик: оцінка рівня розвитку адаптаційних здібностей особистості (БОА) «Адаптивність»; опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» В.І. Моросанова; опитувальник самоорганізації діяльності (ОСД); індекс Життєвого стилю Р. Плутчика і Келлермана (1979); методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях»; діагностика емоційного інтелекту (Н. Холл); опитувальник «Діагностика емоційної зрілості» О.Я. Чебикіна та інші.

Основним завданням методів саморегуляції є усунення стресових станів, зменшення ступеня емоційної напруги, підсилення мобілізації. Серед різних методів саморегуляції станів і їх модифікацій, виділяють основні чотири групи найбільш розроблених методів: нервово-м'язова (прогресивна) релаксація; аутогенне тренування; ідеомоторне тренування; сенсорна репродукція образів (метод образних уявлень).

Для управління психоемоційним станом здобувачам вищої освіти запропоновано до використання різні методи та прийоми саморегуляції:

- природні способи регуляції організму (тривалий сон, їжа, спілкування з природою і тваринами, масаж, рух, танці, музика тощо);
- інші способи саморегуляції (антистресове дихання, аутогенне тренування, медитація, релаксація, візуалізація ресурсного стану, кінезіологічний комплекс тощо).

Відтак, саморегуляція це той механізм, завдяки якому забезпечується активізація та певне спрямування позиції суб'єкта, що здійснює оптимізацію психічних можливостей, компенсацію недоліків, регуляцію індивідуальних станів відповідно до завдань і умов діяльності

Використання психологічних методів для зміцнення системи саморегуляції вплине на здатність здобувачів вищої освіти усвідомлювати та аналізувати ситуацію, прогнозувати можливі труднощі, контролювати власну поведінку та вносити необхідні корективи в залежності від обставин.

В результаті застосування розглянутих методів відбувається зміцнення системи саморегуляції, що призводить до усунення емоційної напруженості, заспокоєння, ослаблення проявів стомлення та відновлення, підвищення психофізіологічної реактивності, що сприяє росту стресостійкості здобувачів вищої освіти.

Література:

1. Ситнік С. В., Мірошніченко О. М., Свіденська Г. М. Особливості емоційних станів здобувачів вищої освіти під час війни в Україні. *Габітус*. 2022. № 37. С. 48–51. URL: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.8>
2. Кокун О., Дубчак Г. Особливості прояву стресостійкості майбутніх фахівців соціономічних професій. *Social and Human Sciences. Polish-Ukrainian scientific journal*, № 03 (11), 2016. URL : <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/706218/1/STATTIA-KOKUN-DUBCHAK.pdf>
3. Гриньова М. В., Кононова М. М. Саморегуляція навчальної діяльності та професійний розвиток студентської молоді : монографія. Полтава : Астроя, 2021. 384 с.
4. Галян І. Психологічний аналіз сутності саморегуляції як особистісної здатності. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*, 20 (1), 2015. С. 154-161.
5. Приходько Ю. О., Юрченко В. І. Психологічний словник-довідник: Навч. посіб., 4-те вид., випр. і доп. К.: Каравела, 2020. 418 с.
6. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія і психотерапія*. 2018. №14. С. 26–64.
7. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К.: Ніка-Центр, 2017. 432 с.
8. Gross J.J., Thompson R.A. Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of emotion regulation*. N.Y.: Guilford Press, 2007. P. 3-24.
9. Яцюк, М.В. (2023). Психологія саморегуляції особистості. Психологічний практикум / Укладач: Марія Яцюк. КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти». Вінниця. – 81 с.
10. Слободяник Н.В. Стресостійкість як психологічний ресурс особистості в ситуації змін. *Соціальна психологія; психологія соціальної роботи* Том 35 (74) № 4. 2024. С. 91-95. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/14>.

ВПЛИВ ТИПОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Путнокі І.О., Полунін О.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення впливу типології особистості на психічне здоров'я є однією з актуальних у сучасній психологічній науці. Актуальність зумовлена як теоретичною значущістю для розуміння глибинних механізмів психічної саморегуляції, так і практичною потребою в ефективних підходах до психопрофілактики та психологічної підтримки особистості в умовах зростання стресогенних чинників.

Метою статті є теоретичний аналіз впливу типології особистості та психічне здоров'я людини з позиції сучасних теоретичних підходів та аналізу наукових джерел.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я особистості. Предмет – типологія особистості як чинник психічного здоров'я.

Цікавість науковців до зазначеної теми обумовлена зростанням рівня стресових навантажень, зокрема внаслідок воєнного стану в Україні. Про значний вплив війни на психічне здоров'я населення України свідчать останні результати досліджень ВООЗ: близько 9,6 мільйона українців стикаються з проблемами психічного здоров'я, причому приблизно 30% з них страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Про це заявив директор Європейського регіонального бюро ВООЗ доктор Ганс Клюге на пресконференції 12 вересня 2024 року [8].

Дослідники Н. В. Павлик, Г. С. Нікіфоров, Ю. Ю. Бойко-Бузиль, М. В. Фомич, І. В. Шаронова підкреслюють, що психічне здоров'я не є лише відсутністю психопатології, а включає здатність до особистісного зростання, автономії, внутрішньої гармонії та ефективної взаємодії з навколишнім середовищем. Проте в літературі простежується суперечливе вживання термінів "психічне", "психологічне", "душевне", "духовне" і "ментальне" здоров'я, що ускладнює системне вивчення феномену. Дослідженням розбіжностей понять у своїх роботах займалися вчені: Л. М. Карамушка, Т. М. Дзюба, Н. Г. Гаранян, Л. В. Засєкіна, В. Е. Пахальян, А. Б. Холмогорова, Д. С. Волков та О. А. Черних.

У сучасному українському науковому дискурсі психічне здоров'я все частіше розглядається як стан, що ґрунтується на гармонійному функціонуванні вищих психічних функцій (емоційних, інтелектуальних, вольових), які забезпечують здатність до адаптації, саморегуляції та конструктивної поведінки в умовах соціальної мінливості. Такий підхід узгоджується з біопсихосоціальною моделлю, яка тлумачить психічне здоров'я як результат взаємодії трьох груп чинників: біологічних, психологічних і соціальних. Визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я повністю відображає цю інтегративну позицію: психічне здоров'я – це стан добробуту, за якого індивід реалізує свої здібності, може долати звичайні життєві труднощі, ефективно працювати та робити внесок у суспільне життя [1].

У контексті нашого дослідження особливу увагу приділено типологічним характеристикам особистості як одному з ключових біологічних детермінантів, що водночас впливають на психологічну реактивність, адаптаційні механізми й соціальну ефективність особистості.

Виходячи з цього, доцільним є звернутися до аналізу типологічного підходу як до одного з напрямів, що дозволяє пояснити індивідуальні варіації у функціонуванні психіки, рівні адаптації та стійкості до психоемоційних навантажень. Типологія особистості передбачає виділення певних стійких індивідуальних особливостей, які впливають на стиль поведінки, емоційну сферу та адаптаційні можливості. Історично типології формувались на основі різних ознак: фізіологічних (Гіппократ, Павлов), морфологічних (Кречмер, Шелдон), психофізіологічних (Айзенк, Русалов), психологічних (Леонгард, Лічко) тощо.

З огляду на актуальність проблеми впливу типології особистості на психічне здоров'я, важливо згадати науковців, які зробили значний внесок у дослідження цієї проблематики. До таких дослідників належать Б. С. Братусь, Б. Й. Цуканов, С. М. Томчук, І. І. Савенкова, О. О. Белов, М. Н. Дорошенко, О. С. Зубрицький, М. Е. Костак та співавтори. Розглянемо більш детально результати їхніх досліджень, які дозволяють окреслити закономірності зв'язку між типологічними характеристиками особистості та станом психічного здоров'я.

Б. С. Братусь розглядає особистість як багаторівневу структуру, що включає смисловий (відповідальний за формування життєвих орієнтацій і ставлення до себе та світу), індивідуально-психологічний (реалізація смислів у діяльності з урахуванням характерологічних і типологічних особливостей) та психофізіологічний рівні, без врахування яких «особистісні процеси як би повиснуть у повітрі». Узгоджена взаємодія цих рівнів забезпечує цілісність психічного функціонування. Також, автор аналізує поняття «норми» та «аномалії» у психології особистості, розкриваючи тему норми та патології психіки, наводить структуру різних аномалій, таких як неврози та залежності.

Згідно з теорією Б. Й. Цуканова, кожній особистості притаманна власна одиниця часу, яка визначає тип темпераменту та схильність до специфічних захворювань, причому хвороби проявляються виключно в межах типологічної групи. Холерики є протилежними флегматикам за схильністю до захворювань, тоді як сангвініки наближаються до холериків, а меланхоліки виявляють найширший спектр вразливостей [4].

С. М. Томчук вказує на домінуючу роль соціально-психологічних і типологічних чинників у формуванні психічних розладів. Високий рівень нейротизму, сенситивність, зниження саморегуляції є провідними предикторами негативних психічних станів [5].

М. М. Дорошенко та О. С. Зубрицький показали, що психотипи осіб із пограничними розладами відрізняються за домінуючими психічними функціями: інтроверсія, інтуїція і відчуття притаманні особам з невротичними симптомами, а екстраверсія — психосоматичним порушенням [3].

І. І. Савенкова, спираючись на реляційну концепцію часу, виявила типологічні зони найменшого опору для різних форм розладів. Неврастенія виявляється у помірно інтровертованих осіб із чутливою нервовою системою; конверсійна істерія — у виражених екстравертів з дисбалансом нервових процесів;

обсесивно-компульсивні розлади – в осіб із високою, але не крайньою інтроверсією [4].

О. О. Белов встановив, що дистимічність, ригідність, афективна лабільність та нейротизм є типологічними факторами, що не лише супроводжують, а й передують депресивним розладам, а гендерна диференціація виявляє більшу тривожність у жінок і стійкі дистимічні риси в чоловіків [2].

У дослідженні М. Е. Костакє та співавторів, вивчався взаємозв'язок між рисами особистості за моделлю «Big Five» та соціальним тривожним розладом. Виявлено, що високий нейротизм і низька екстраверсія є характерними рисами осіб із соціальною тривожністю, що дозволило виділити підтипи із різним ступенем вираженості симптомів [7].

Проаналізовані дослідження підтверджують стійкий взаємозв'язок між типологічними особливостями особистості та різними формами психічного неблагополуччя – зокрема, тривожними, депресивними, обсесивно-компульсивними й істеричними розладами. Водночас наголошується, що окремі риси або типи особистості можуть виступати як чинниками ризику розвитку порушень, так і ресурсами для збереження психічного здоров'я. Це створює наукове підґрунтя для подальших досліджень і розробки персоналізованих підходів до психологічної профілактики.

У цьому контексті логічним є висновок, що вплив типології особистості на психічне здоров'я проявляється у схильності до певних емоційних станів, поведінкових патернів і стратегій реагування на стрес. Типологія не є лише фактором вразливості – вона також містить ресурсний потенціал, який дозволяє індивіду ефективно долати виклики й адаптуватися до середовища.

Узагальнюючи дані, представлені в науковій літературі, можна підкреслити: типологія особистості є важливим модулюючим чинником психічного здоров'я, а її вивчення є перспективним напрямом для розробки персоналізованих психопрофілактичних стратегій.

У нашому дослідженні розглядатиметься взаємозв'язок між типологією особистості – типом темпераменту, акцентуаціями характеру, рівнем екстраверсії/інтроверсії – та психічним здоров'ям. Особлива увага приділятиметься тому, як ці чинники впливають на вибір копінг-стратегій і поведінкові реакції на стрес, модулюючи тим самим рівень суб'єктивного благополуччя та психологічної стійкості. Дослідження дозволить виявити, які типологічні поєднання можуть виступати факторами ризику розвитку психоемоційного виснаження, а які — слугувати ресурсом адаптації, саморегуляції та збереження психічного здоров'я.

Література:

1. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017>
2. Белов О. О. Індивідуально-психологічні та патохарактерологічні особливості хворих на депресивні розлади. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2021. №17. С. 44–50.
3. Дорошенко М. М., Зубрицький О. С. Особливості психологічних типів в осіб з психосоматичними та психічними розладами. *Український медичний журнал*. 2003. № 2(34)III-IV. С. 140-144.

4. Савенкова І. І. Хронопсихологічне прогнозування психосоматичного стану осіб із особливими потребами: Монографія / Ірина Іванівна Савенкова. Київ: ун-т ім. Б.Грінченка, 2018. 320 с.
5. Томчук С. М. Індивідуально-психологічні передумови розвитку негативних психічних станів у дітей молодшого шкільного віку. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Збірник статей. 2015. № 12(14). С. 273-280.
6. Цуканов Б. И. Время в психике человека: Монография. Одесса: Астропринт, 2000. 220 с.
7. Costache M. E., Frick A., Månsson K., Engman J., Faria V., Hjorth O., et al. Higher- and lower-order personality traits and cluster subtypes in social anxiety disorder. 2020. PLoS ONE 15(4): e0232187. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232187>
8. ВООЗ підрахували, скільки українців мають ризик психічних розладів. *Слово і діло*. 2024. 12 вересня. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2024/09/12/novyna/suspilstvo/vooz-pidraxuvaly-skilky-ukrayincziv-mayut-ryzyk-psyxichnyx-rozladiv>

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ЯВИЩ У ДИТИНСТВІ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛИХ

Савіцька Ю.О., Мітіна С.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У даній статті проаналізовано зв'язок між негативними подіями, пережитими у дитячому віці (Adverse Childhood Experiences — ACEs), та розвитком різноманітних психічних порушень у дорослому періоді життя. Особлива увага приділяється біопсихосоціальному впливу дитячих травм, а також можливим заходам профілактики й психокорекції. Представлено сучасні наукові погляди на механізми формування стійких психопатологічних змін, а також на роль психологічних служб у попередженні деструктивних наслідків впливу психотравмуючого досвіду на особистісний розвиток.

Досвід дитинства є визначальним для формування особистості та психічного здоров'я індивіда. В останні роки все більше дослідників звертають увагу на феномен несприятливих дитячих подій (ACEs), що включає різні форми насильства, нехтування базовими потребами та дисфункцію родинного середовища. Саме ці фактори розглядаються як потенційно шкідливі для розвитку нервової системи, формування емоційної стабільності та стресостійкості особистості. Актуальність вивчення цього питання підсилюється сучасними викликами: війнами, кризами, зростанням кількості дітей із порушеннями поведінки й тривожністю. Проблема подолання несприятливого досвіду, пережитого у дитячому віці, є надзвичайно важливою і для українського суспільства. Соціальні потрясіння останніх років, зокрема повномасштабна війна, значно вплинули на психологічний стан населення, а діти, як найбільш вразлива демографічна група, зазнали глибоких емоційних та психосоціальних втрат. Психологічна травма, отримана в ранньому віці, має деструктивний характер, оскільки порушує сформоване уявлення дитини про навколишній світ, спотворює її ціннісні орієнтири та життєві ідеали.

Наслідком особистісної дитячої травми є зміщення звичного світоглядного фокусу: знижується довіра до оточення, деформується система міжособистісних взаємодій, порушується базове відчуття безпеки, втрачається віра в стабільне

майбутнє та позитивне самосприйняття. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, майже кожна четверта дитина у світі зазнає певного виду травмувального досвіду в ранньому дитинстві. До таких подій належать фізичне та емоційне насильство, нехтування базовими потребами, емоційна жорстокість, втрата близьких осіб, вплив збройних конфліктів, а також інші несприятливі життєві обставини.[8]

Тема «Вплив несприятливих явищ у дитинстві на виникнення психічних розладів у дорослих» є надзвичайно важливою для низки наукових дисциплін — зокрема, вікової психології, психотерапії, педагогіки та соціальної роботи. Її поглиблене вивчення має потенціал не лише для зростання ефективності психотерапевтичної допомоги, а й для формування національних стратегій психічного здоров'я, орієнтованих на підтримку постраждалих осіб. Усвідомлення впливу дитячої травми на подальший життєвий шлях є важливим етапом у процесі зцілення, інтеграції травматичного досвіду та формування психологічної стійкості як у дітей, так і в дорослих.

Мета нашої статті полягає у з'ясуванні нейропсихологічних механізмів впливу ACEs, виявлення їхніх наслідків на психоемоційний стан особистості, а також аналіз можливостей профілактики й терапевтичної інтервенції.

Об'єкт дослідження: психічні розлади у дорослих.

Предмет дослідження: вплив несприятливих явищ у дитинстві на виникнення психічних розладів у дорослих.

Згідно Всесвітньої організації охорони здоров'я, до найпоширеніших типів ACEs належать:

- систематичне фізичне, психологічне або сексуальне насильство;
- тривале ігнорування емоційних або фізичних потреб дитини;
- дисфункціональні родинні умови — залежності, психічні розлади у батьків, насильство між батьками;
- втрата одного з батьків, розлучення або тривала відсутність батьків;
- життя в умовах воєнного конфлікту, бідності, соціальної нестабільності.[8]

Узагальнюючи наукову літературу, слід зазначити, що більшість досліджень вказує на те, що чим більша кількість травматичних чинників пережита у дитинстві, тим вищим є ризик розвитку серйозних ментальних розладів у дорослому житті [1,2,4,5]. В ході цих досліджень, науковцями було виявлено, що найпоширенішими типами несприятливого досвіду дитинства (ACEs) у сучасному суспільстві є: фізичне насильство, розлучення батьків, проживання з людиною, яка має проблеми з алкоголем та емоційне насильство. Отримані дані підкреслюють суттєвий зв'язок між ACEs та різними показниками психічного здоров'я.

Аналіз наукової літератури з психіатрії та нейрофізіології [6, 7, 8], зазначає, що стрес, пережитий у ранньому віці, здатен чинити значний вплив на нейрофізіологічні процеси. Зокрема:

- гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі сприяє хронічній секреції кортизолу;
- надмірна чутливість мигдалини викликає підвищене відчуття загрози;
- зміни в структурі гіпокампа негативно впливають на навчання та обробку нової інформації;
- виникають епігенетичні модифікації, які ускладнюють адаптацію до стресу [6].

Сучасні наукові дослідження С.А. Васильєвої, Т.М. Клименко, О.В. Макаренко доводять, що наявність ACEs значно підвищує вірогідність виникнення таких психічних розладів: клінічна депресія, генералізовані тривожні стани; посттравматичний стресовий розлад; порушення особистісного функціонування (прикордонні, дисоціативні стани); розлади поведінки, різні види залежностей, труднощі у побудові стосунків. [3,5]

Окрім суто психічного здоров'я, дитячі травми можуть знижувати рівень соціальної адаптованості, ускладнювати побудову стабільного життя, спричиняти труднощі в працевлаштуванні, а також провокувати соматичні захворювання — серцево-судинні, аутоімунні, ендокринні порушення.

Слід зазначити важливе питання стосовно профілактики та психосоціальних інтервенцій психотравмуючого досвіду дитинства. Проаналізувавши сучасну наукову літературу для ефективного реагування на наслідки ACEs важливими є: впровадження скринінгових анкет в освітніх і медичних закладах; психотерапевтичні практики, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (CBT), десенсибілізація за допомогою рухів очей (EMDR); підтримка батьків, освітні програми для родин, залучення фахівців мультидисциплінарних команд; активна участь шкільних психологів, соціальних працівників і сімейних лікарів. [2, 3, 6, 7]

Узагальнюючі дані представлені в цій статті, можна підкреслити наступне: існує прямий стійкий зв'язок між кількістю пережитих дитячих травм та ймовірністю розвитку депресії, тривожних розладів, ПТСР, залежностей та широкого спектру інших психічних розладів у дорослому віці. Нейробіологічні зміни охоплюють гіперактивність НРА-осі, дисфункцію мигдалини, гіпокампа та епігенетичні порушення. Соціальна дезадаптація, зниження когнітивної продуктивності та схильність до соматичних захворювань також є типовими наслідками. У статті підкреслено важливість впровадження систем ранньої діагностики, психоосвіти для батьків та мультидисциплінарної допомоги дітям, комплексної підтримки та міжвідомчої співпраці для зменшення шкоди, спричиненої дитячими травмами.

Література:

1. Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D., et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. — 2006. — Vol. 256, No. 3. — P. 174–186.
2. Васильєва С. А., Клименко Т. М. Досвід дитинства як чинник формування психологічної стійкості в дорослому віці // *Психологія і суспільство*. — 2020. — № 2. — С. 35–44.
3. Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults // *American Journal of Preventive Medicine*. — 1998. — Vol. 14, No. 4. — P. 245–258.
4. Макаренко О. В. Травматичний досвід дитинства як чинник психосоціального функціонування особистості // *Вісник Черкаського університету. Серія: Педагогічні науки*. — 2021. — № 3. — С. 123–129.
5. McCrory E., De Brito S. A., Viding E. The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors // *Frontiers in Psychiatry*. — 2011. — Vol. 2. — Article 48. DOI: 10.3389/fpsy.2011.00048.
6. National Child Traumatic Stress Network. Understanding child trauma and resilience. — 2020. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.nctsn.org>

7. World Health Organization. Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ). — Geneva: WHO, 2018. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire>

Етіопатогенез взаємозв'язку виникнення та розвитку конструктів алекситимії, депресивності та темпераменту

Скідан О.В., Савенкова І.І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення етіопатогенезу взаємозв'язку виникнення та розвитку алекситимії, депресивності та темпераменту набуває дедалі більшої актуальності у контексті зростання кількості психоемоційних розладів. Алекситимія, як порушення емоційної сфери, що проявляється в труднощах розпізнавання та вираження власних емоцій, часто виступає не лише симптомом, а й предиктором депресивних станів [1]. У свою чергу, темперамент — як біологічна основа особистості — впливає на емоційну реактивність та стійкість до стресових чинників, що може опосередковувати розвиток як алекситимії, так і депресивних тенденцій [2].

Крім того, вивчення етіопатогенезу взаємозв'язку алекситимії, депресивності та темпераменту має вагоме значення для розробки ефективних психокорекційних програм. Раннє виявлення алекситимічних тенденцій у поєднанні з певними типами темпераменту дозволяє запобігти розвитку афективних розладів, що особливо важливо в умовах високого рівня стресу, зокрема в кризових та посттравматичних ситуаціях [3]. Особистості з високим рівнем алекситимії часто не усвідомлюють власний емоційний стан, що ускладнює звернення за допомогою, а відтак сприяє затяжному перебігу депресивних розладів [4].

Науковий інтерес також викликає нейропсихологічне підґрунтя цих конструкцій: дослідження свідчать про участь префронтальної кори, лімбічної системи та взаємодії нейромедіаторів у формуванні емоційної дисрегуляції [5]. У цьому контексті доцільно інтегрувати психофізіологічні, когнітивно-поведінкові та екзистенційні підходи до вивчення даної проблематики, що дозволить сформулювати більш повне уявлення про внутрішні закономірності психічної дисфункції [6]. Врахування цих взаємозв'язків має принципове значення не лише для психологічної практики, а й для підготовки фахівців у галузі клінічної психології та психотерапії [7].

Дослідження взаємозв'язків між цими трьома конструктами дозволяє краще зрозуміти механізми формування психоемоційної дисрегуляції, а також виявити вразливі групи особистостей, які потребують психологічної допомоги. Зокрема, поєднання певного типу темпераменту (наприклад, меланхолійного або холеричного) із високими показниками алекситимії може виступати предиктором хронічної депресії або тривожних розладів [8]. Такий комплексний

підхід до аналізу етіопатогенезу відкриває нові можливості для діагностики, психопрофілактики та індивідуалізованої психотерапії [9].

Анотація. У статті розглядаються особливості взаємозв'язку між алекситимією, депресивністю та темпераментом як взаємопов'язаними психологічними конструктами. Аналізується сучасна наукова Література:, що висвітлює природу їх виникнення, спільні патофизиологічні механізми, а також нейробіологічні чинники, що сприяють формуванню цих станів. Особлива увага приділяється ролі темпераменту як предиктора емоційної дисфункції та психічних розладів.

Ключові слова: алекситимія, депресивність, темперамент, емоційна регуляція, етіопатогенез, нейропсихологія.

Мета статті: вивчити особливості етіопатогенезу та взаємозв'язку між конструктами алекситимії, депресивності та темпераменту з позиції клінічної психології та нейропсихології.

Об'єкт статті: психоемоційні стани особистості.

Предмет статті: взаємозв'язок і патогенетичні механізми виникнення алекситимії, депресивності та типологічних особливостей темпераменту.

Проблема вивчення етіопатогенезу взаємозв'язку алекситимії, депресивності та темпераменту залишається однією з актуальних у сучасній психології та психіатрії, оскільки охоплює фундаментальні аспекти емоційної регуляції, особистісної структури та психічного здоров'я загалом [1]. Алекситимія, як дефіцит здатності розпізнавати, описувати та виражати власні емоції, часто виявляється у пацієнтів із депресивними розладами, що вказує на наявність глибшого зв'язку між цими двома феноменами [4]. Темперамент, у свою чергу, виступає як природжена основа емоційної реактивності та стійкості, що потенційно може виступати як фактор схильності до формування як алекситимії, так і депресивності [2, 7].

Попри зростання кількості досліджень у цій сфері, залишається багато невизначеностей щодо того, які саме механізми — біологічні, психологічні чи соціальні — відіграють ключову роль у виникненні цієї тріади порушень [6]. Встановлення причинно-наслідкових зв'язків між цими конструктами дозволить не лише глибше зрозуміти природу афективних і соматоформних розладів, а й удосконалити психодіагностичні та психокорекційні інструменти, орієнтовані на запобігання хронізації патологічних станів [5].

Сучасна психологічна наука активно досліджує зв'язок між емоційною регуляцією, афективними порушеннями та темпераментними рисами особистості. Алекситимія, що визначається як труднощі у розпізнаванні, вербалізації та регуляції емоцій, розглядається не лише як симптом, але й як самостійний конструкт, тісно пов'язаний з депресивними станами [1]. Водночас темперамент, як вроджена складова психіки, може відігравати значну роль у формуванні схильності до емоційної дезадаптації [2].

Термін „алекситимія“ був уведений П. Сіфнеосом у 1970-х роках і досі залишається предметом численних досліджень [3]. Цей феномен часто

асоціюється з психосоматичними розладами, депресією, тривожністю та труднощами в міжособистісній комунікації [4]. Алекситимія передбачає обмеження у фантазії, зосередженість на зовнішніх подіях і тенденцію до соматизації емоцій.

Депресивність характеризується наявністю негативного емоційного фону, втратою інтересу до життя, астеною та порушенням сну. Її природа є мультифакторною: біохімічні порушення (зокрема дефіцит серотоніну, дофаміну), психосоціальні травми та особистісні особливості формують ґрунт для її розвитку [5]. Особливо часто депресивність виникає на фоні нерозпізнаних або витіснених емоцій, що притаманне особам з високим рівнем алекситимії [6].

Відповідно до класифікації Г. Айзенка та теорії темпераменту К. Юнга, індивіди з домінуванням меланхолічного або холеричного типу виявляють вищий рівень афективної чутливості [7]. Згідно з дослідженнями українських науковців, зокрема О. М. Князевої, темперамент є базисом формування стратегій емоційної регуляції, що впливають на схильність до алекситимії та депресивності [8].

Вивчаючи взаємозв'язок алекситимії, депресивності та темпераменту, доцільно звернутись до біопсихосоціальної моделі, що поєднує нейробіологічні (дисфункція лімбічної системи, низький рівень активності префронтальної кори), психологічні (дефіцит емоційної грамотності, травматичні переживання) та соціальні (дефіцит підтримки, емоційне нехтування в дитинстві) чинники [9].

Дослідження, проведене серед студентів та молодих дорослих в Україні із застосуванням шкали TAS-20, шкали Бека та опитувальника Ганса Айзенка, показало статистично значущу кореляцію між рівнем алекситимії, депресивними тенденціями та певними типами темпераменту (особливо меланхолічним) [10].

Робота з пацієнтами, які мають ознаки алекситимії та депресивності, має включати комплексний підхід: когнітивно-поведінкову терапію, майндфулнес-практики, тілесно-орієнтовану терапію та розвиток емоційного інтелекту. Важливо враховувати темперамент як основу для підбору індивідуальних стратегій психокорекції [6, 8].

Отже, взаємозв'язок між алекситимією, депресивністю та темпераментом є складним, поліфакторним і заслуговує на глибоке дослідження в межах клінічної психології. Темперамент можна розглядати як фундамент, на якому формуються механізми емоційної регуляції. Високий рівень алекситимії значно ускладнює ідентифікацію емоцій, що сприяє наростанню депресивних симптомів. Комплексне розуміння цих конструктів дозволяє вдосконалити психодіагностичні й психотерапевтичні підходи.

Література:

1. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. Disorders of Affect Regulation. Cambridge University Press, 1997.
2. Cloninger C.R. Feeling Good: The Science of Well-Being. Oxford University Press, 2004.
3. Sifneos P.E. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 1973.
4. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in psychosomatic medicine. Psychotherapy and Psychosomatics, 1977.
5. Beck A.T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press, 1976.

6. Lumley M.A., Neely L.C., Burger A.J. The assessment of alexithymia in medical settings. *Journal of Personality Assessment*, 2007.
7. Eysenck H.J. *Dimensions of Personality*. London: Routledge, 1947.
8. Князева О. М. Психодіагностика темпераменту та його роль у формуванні емоційної регуляції. *Науковий вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Серія: Психологія*. 2021. Вип. 66. С. 56–66.
9. Herman J.L. *Trauma and Recovery*. Basic Books, 1992.
10. Шевченко А. Ю., Мельник С.І. Алекситимія та депресивність у взаємозв'язку з темпераментом: результати емпіричного дослідження. *Психологічна перспектива*. 2022. № 40. С. 45–54.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОРУШЕННЯ ХАРЧОВОГО ІНСТИНКТУ

Славіогло І.А., Савенкова І.І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення психологічних проявів та характеристик порушення харчового інстинкту є надзвичайно актуальною в умовах сучасного суспільства, де зростає кількість людей, що стикаються з розладами харчової поведінки. Стрес, соціальний тиск, ідеалізація "нормативного" тіла, емоційне вигорання та психотравмуючі події стають потужними тригерами для деформації природного інстинкту харчування. Порушення цього інстинкту часто має складну психогенну природу, що включає як глибинні внутрішні конфлікти, так і зовнішні соціокультурні впливи [1, 2].

Особливу складність становить те, що порушення харчового інстинкту можуть маскуватися під звичну поведінку або виправдовуватися особистими переконаннями щодо здорового способу життя, що ускладнює своєчасну діагностику. При цьому, такі розлади, як анорексія, булімія, компульсивне переїдання тощо, нерідко супроводжуються тривалими депресивними станами, тривожністю, почуттям провини чи неприйняття себе. Це вимагає ґрунтовного психологічного аналізу як самих проявів порушення, так і умов, за яких інстинктивна поведінка людини трансформується в деструктивну [3, 4].

Ключові слова: харчовий інстинкт, розлади харчової поведінки, анорексія, булімія, компульсивне переїдання, психологічна травма.

Проблематикою психологічних проявів і характеристик порушення харчового інстинкту займаються як вітчизняні, так і зарубіжні науковці. В Україні цю тему досліджують, зокрема, Тетяна Титаренко, яка вивчає питання адаптації особистості в кризових станах, зокрема й у контексті психосоматичних проявів, що можуть супроводжувати розлади харчової поведінки [5]. Світлана Чуняк займається вивченням психотерапевтичних підходів до лікування розладів харчової поведінки та аналізом психологічних чинників, що призводять до деформації харчового інстинкту [6]. Олена Кочарян досліджує психотравмуючі чинники у підлітків, зокрема в контексті формування порушень харчування [7].

Серед зарубіжних дослідників значний внесок у вивчення цієї проблеми зробили Хілде Брух (Hilde Bruch), яка однією з перших розглядала анорексію як психологічний, а не лише фізіологічний розлад. Вона підкреслювала роль батьківського контролю та втрати автономії у розвитку харчових порушень [8].

Кристофер Фейрберн (Christopher Fairburn) — британський психіатр, автор когнітивно-поведінкової моделі розладів харчової поведінки, яка широко застосовується у психотерапії [9]. Сьюзен Пауїлтон (Susan Paxton) — австралійська дослідниця, яка вивчає вплив соціокультурних чинників на розвиток порушень харчування серед підлітків і молоді [10]. Усі ці науковці наголошують на комплексному підході до проблеми, враховуючи поєднання біологічних, психологічних, соціальних та культурних факторів.

Харчовий інстинкт є базовою біологічною потребою, що забезпечує виживання та розвиток організму. У нормі він регулюється гомеостатичними процесами, гормональним балансом і сигналами задоволення та насичення. Проте сучасна психологічна практика дедалі частіше стикається з випадками, коли харчування втрачає функцію підтримки життя й перетворюється на сферу психологічного конфлікту, засіб контролю або компенсації емоційного болю [1].

На сьогодні розлади харчової поведінки (РХП) стали не лише клінічною проблемою, а й соціально-культурним феноменом. Вони охоплюють не лише патологічні форми на кшталт анорексії чи булімії, а й більш м'які, але не менш деструктивні патерни — постійне переїдання, емоційне харчування, обмеження себе заради "ідеального" образу [2].

Мета статті: проаналізувати психологічні прояви порушення харчового інстинкту, його типові клінічні форми, а також окреслити чинники, що зумовлюють розвиток цих порушень у сучасному соціокультурному контексті.

Об'єкт статті: порушення харчової поведінки як психоемоційний і поведінковий феномен.

Предмет статті: психологічні прояви, чинники та механізми формування порушень харчового інстинкту у різних формах харчової дезадаптації.

На перший погляд, харчування — це проста реакція на фізіологічний голод. Проте психологія давно довела: між голодом тілесним і голодом емоційним межа часто стирається. У дитячому віці їжа асоціюється з турботою, прийняттям, спокоєм. У дорослому ж — із контролем, тілесністю, задоволенням або покаранням [3].

Людина, яка втратила здатність відчувати власні тілесні потреби, не довіряє своєму тілу, може компенсувати відчуття безконтрольності через їжу — або повністю її уникаючи, або, навпаки, надмірно споживаючи. Таким чином харчовий інстинкт набуває спотворених форм, перетворюючись з базового регулятора життя на джерело внутрішнього конфлікту [4].

Серед найпоширеніших клінічних форм порушення харчової поведінки вирізняють:

а) Анорексія нервоза — добровільна відмова від їжі, що супроводжується страхом набрати вагу, викривленим образом тіла та гіперконтролем [5].

б) Булімія нервоза — цикли переїдання з подальшим очищенням (викликання блювання, прийом проносних тощо), які супроводжуються почуттям провини [6].

в) Компульсивне переїдання — неконтрольовані епізоди споживання великої кількості їжі без подальшого очищення, часто як реакція на стрес або емоційне напруження [7].

г) Селективне харчування — надмірна вибірковість у їжі, обмеження асортименту продуктів через сенсорну чутливість або психоемоційні фактори [1].

Сучасні дослідження вказують на багатофакторну природу РХП. Основними детермінантами є: особистісні особливості (перфекціонізм, низька самооцінка, схильність до самозвинувачення) [4]; сімейні чинники) гіперопіка, емоційна холодність, злиття в сім'ї, моделі харчування в дитинстві) [8]; психотравми (досвід насильства, контроль, приниження або втрата, особливо в ранньому віці) [9]; культурний тиск (ідеалізація худорлявості, соціальні мережі, які культивують «ідеальні» тіла) [2].

Таким чином, порушення харчового інстинкту найчастіше є результатом дисгармонії між тілом і психікою, внутрішнім конфліктом між потребою в прийнятті та страхом втратити контроль.

Психологи й психотерапевти наголошують: РХП — це не лише поведінка, а насамперед психологічний стан. Пацієнти з анорексією часто демонструють емоційну відстороненість, ригідність, страх близькості. При булімії домінують емоційна лабільність, сором, імпульсивність. Люди з компульсивним переїданням, як правило, мають глибоку незадоволеність собою, тривожність, потребу у швидкому заспокоєнні [3].

Такі порушення супроводжуються зниженням самооцінки, депресивними станами, тривожними розладами, а також соматичними проблемами — розладами шлунково-кишкового тракту, гормональним дисбалансом, порушеннями сну [5].

Психотерапія є основним методом лікування РХП. Найефективнішими підходами є:

а) Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): виявлення викривлень мислення, зміна деструктивних переконань про тіло, вагу, контроль [6].

б) Психодинамічна терапія: робота з внутрішніми конфліктами, ранніми травмами, репресованими емоціями [9].

в) Сімейна терапія: корекція дисфункціональних моделей у сім'ї, відновлення кордонів [8].

г) Майндфулнес і тілесно-орієнтовані практики: відновлення контакту з тілом, розвиток емпатії до себе [10].

Ефективне лікування включає мультидисциплінарний підхід — за участю психотерапевтів, дієтологів, ендокринологів. Важливо не лише нормалізувати вагу, а й допомогти людині відновити здоровий контакт з тілом, навчитись задовольняти емоційні потреби без «істотної компенсації» [7].

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що порушення харчового інстинкту — це не просто про їжу. Це про потребу бути почутим, захищеним, прийнятим. За кожним проявом анорексії, булімії чи компульсивного переїдання стоїть історія емоційного болю, страху, втрати контролю або потреби в любові. Розуміння психологічної природи цих розладів — ключ до ефективної допомоги.

Отже, сучасна психотерапія дає інструменти для глибокої роботи з цими станами, але найперше, що потребує людина з РХП — це безоцінне прийняття, повага до її внутрішньої боротьби та терпляча підтримка.

Література:

1. Брюмер С. Розлади харчової поведінки: психодіагностика та психотерапія. Київ: Видавництво УАЛП, 2020. 208 с.
2. Gordon R. A. Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic. Oxford: Wiley-Blackwell, 2000. 320 p.
3. Бендас Т. В. Психологія тіла: емоції, психосоматика, харчування. Харків: Фоліо, 2018. 256 с.
4. Fairburn C. G. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press, 2008. 324 p.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, DC: APA Publishing, 2013. 991 p.
6. Waller G., Cordery H., Corstorphine E. et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. 260 p.
7. Kershaw S., Wade T. Emotional Eating and Psychological Therapies. Hove: Psychology Press, 2016. 216 p.
8. Minuchin S., Rosman B. L., Baker L. Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge: Harvard University Press, 1978. 248 p.
9. Lemma A. Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy. Chichester: Wiley-Blackwell, 2016. 296 p.
10. Tribble E., Resch E. Intuitive Eating: A Revolutionary Anti-Diet Approach. New York: St. Martin's Essentials, 2020. 384 p.

СОЦІАЛЬНИЙ ЗМІСТ ВИКЛАДАННЯ НЕЙРОПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНСЬКИХ УНІВЕРСИТЕТАХ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Спиця Н.В.

Дніпровський державний університет внутрішніх справ

Виклики вищої освіти України залишаються в своїх базових питаннях непорушними — відповідати швидкому розвитку світової науки, готувати фахівців, які можуть стати конкурентоспроможними на міжнародному ринку праці та ефективно впливати на політичний, соціально-економічний, культурний потенціал країни. Не є виключенням і питання підготовки фахівців у сфері психології. Освітні програми з підготовки фахівців зі спеціальності 053 «Психологія» передбачають перегляд дисциплін які мають вивчати студенти з урахуванням нових знань, нових запитів та нових умов роботи. Одним із найбільш перспективних напрямків для цієї галузі знань є нейропсихологія.

Нейропсихологія вже давно посідає важливе місце серед складових психологічної науки, оскільки вона досліджує взаємозв'язок між мозковими структурами та психічними процесами. Викладання основ нейропсихології забезпечує майбутніх психологів знаннями, необхідними для розуміння механізмів роботи мозку, які лежать в основі психологічних функцій, таких як пам'ять, увага, емоції та когнітивні процеси. Це дозволяє підвищити ефективність

психологічної допомоги через врахування великої кількості нових аспектів. Сучасна психологія поступово переходить до більш інтегрованих підходів, де враховуються як психологічні, так і нейробиологічні аспекти людини. Нейропсихологія, як галузь, що вивчає функціонування мозку та його вплив на поведінку, є важливим інструментом для психологів у діагностиці та корекції психічних порушень. Без розуміння нейропсихологічних принципів психології важко точно діагностувати та ефективно допомагати людині, базуючись лише на раніше відомих методиках. Тому, таким важливим видається необхідність познайомити студентів, майбутніх спеціалістів в області психології, з основними напрямками нейропсихологічної науки. Адже це сприяє розвитку міждисциплінарних навичок у майбутніх фахівців. Знання в галузі нейропсихології дозволяють краще та ефективніше співпрацювати з неврологами, психіатрами, логопедами та іншими медичними фахівцями для надання комплексної допомоги пацієнтам з нейропсихологічними порушеннями. Це важливо в умовах сучасної медицини та психології, де співпраця між спеціалістами різних напрямків є необхідною для досягнення найкращих результатів.

Оволодіння основами нейропсихології розвиває у майбутніх психологів наукові компетенції, необхідні для дослідження зв'язків між мозковими структурами та психологічними функціями. Це стимулює розвиток критичного мислення та аналітичних навичок, що є важливими для проведення наукових досліджень у галузі психології. Такий підхід дозволяє створювати нові теоретичні моделі та практичні методи, що враховують різні аспекти психічної діяльності. Розуміння нейропсихологічних основ психічних розладів є ключовим для ефективного застосування психотерапевтичних технік. Психологи, які володіють знаннями нейропсихології, можуть краще адаптувати методи до індивідуальних особливостей пацієнтів. Знання нейропсихології дозволяє психологам досягати більш високих етичних стандартів у роботі з пацієнтами, що сприяє більш глибокому та об'єктивному підходу до практичної роботи психолога.

Для багатьох в українському суспільстві психологія, як галузь знань, викликає асоціації з низьким рівнем науковості, іноді з натяком на певний романтизм та загадковість. Тому, потенційні вітчизняні клієнти воліють не звертатись до психологів по допомогу, пояснюючи свою недовіру до психології, як до гуманітарних знань сумнівного рівня. Це все ще вплив наслідків радянської ментальності, особливо притаманний старшим поколінням українського суспільства – впевненість, що проблеми психічного рівня – сором і буквально є стигмою. З усіх наук природничого циклу, максимально дотичною до психології була довгий час більшою мірою психіатрія, яку багато хто в українському суспільстві також сприймає у спотвореному вигляді і вважає, що звернутись до спеціаліста з психіатрії – фактично поставити на собі вічне клеймо. Але, часи змінюються і сучасна молодь має доступ до інформації, яка змінює ставлення до психологів і психіатрів. Нейропсихологія щільно пов'язана з медициною – нейрохірургією, неврологією та іншими суміжними галузями. Нейропсихолог, за умови достатнього рівня кваліфікації в змозі працювати в будь-якій клініці – соматика, психіатрія, неврологія, нейрохірургія, адже різні хвороби викликають різні зміни у всьому організмі, в тому числі у мозку.

Нейропсихологія є життєво-важливою для системи освіти, тому що вивчення індивідуальних відмінностей вікового розвитку, розуміння всіх нюансів нейропластичності дитячого мозку та постійна нейропсихокорекція надають можливості більшості дітей отримувати максимум користі від освіти та розвивати свої когнітивні можливості максимально якісно і ефективно, що в решті решт допомагає становленню особистості, формує впевненість та відчуття особистої гідності.

Окремою темою для українського суспільства є проблематика реабілітації хворих з ураженнями мозку. Війна призвела до зростання кількості таких проблем та до підвищеного запиту на спеціалістів реабілітологів, які б допомагали постраждалим відновлюватись після поранень та травм, що призвели до дисфункцій головного мозку. Нейропсихологія дає можливість комплексно підійти до розв'язання такого роду проблем, залучаючи висококваліфікованих спеціалістів.

Тому, подальше впровадження в освітні програми для підготовки спеціалістів в галузі психології такої дисципліни як нейропсихологія є не просто певним трендом сучасного рівня розвитку науки, але й важливою соціальною стратегією держави для забезпечення сталого, динамічного розвитку суспільства.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ЇЇ НАСЛІДКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ

Баранова В.І., Таран О.П.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення психологічних наслідків бойових дій у військовослужбовців Збройних Сил України, зокрема клінічні прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та інших психічних розладів є однією з актуальних проблем у сучасній психологічній науці. Актуальність теми обумовлена сучасними бойовими діями в Україні, що пов'язані з високим ризиком психічного травмування військовослужбовців. За даними Міністерства охорони здоров'я України (2023), 60% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, мають ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [2].

Встановлено, що від 20 % до 40 % військовослужбовців потребують психологічної допомоги. Симптоми гострої травми виявляють у 60–80 % захисників, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих. Симптоми ПТСР розвиваються приблизно у 12–20 % військових, які перенесли бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою через побоювання зневаги за прояви слабкості, боягузтва, загрозу військовій кар'єрі[4].

Кількість військовослужбовців з діагнозом "невралгічні захворювання, пов'язані зі стресом", поступово зростає. Наразі 29% цих захворювань становить посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). За прогнозами, ця цифра буде зростати[3].

Мета статті полягає у розгляді аспектів психологічної травми та її наслідків у військових ЗСУ.

Об'єкт дослідження – психічна травма.

Предмет дослідження – особливості проявів наслідків психологічної травми у військовослужбовців та їх реабілітація.

Як зазначають О.Чабан, О.Блінов, О.Кокун, М.Матяш, В.Мороз, О.Борисова досліджувана проблема потребує подальшого вивчення, залишаються питання специфіки прояву психічної травми військовослужбовців, причини виникнення, особливості проявів наслідків психічних травм. Окреме місце займає реабілітація військових. В сьогоденні фахівці, що надають реабілітаційні послуги військовим, зіштовхуються з комплексними проблемами, а саме травми психічні, моральні та травми несправедливості. Таке поєднання травматичних впливів формує резистентність до стандартного лікування та реабілітаційних заходів[5].

Сучасна війна в Україні супроводжується не лише фізичними, а й глибокими психічними та моральними травмами серед військовослужбовців.

Учасники бойових дій стикаються з такими психологічними проблемами: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні думки, панічні атаки, агресія, дратівливість, психосоматичні симптоми [1].

Особливості клінічних проявів психічної травми у військових ЗСУ:

- високий рівень моральної травми через втрату побратимів або участь у складних боях

- кумулятивний ефект тривалого перебування в зоні бойових дій
- стигматизація звернення за психологічною допомогою у військовому середовищі.

Дослідження останніх років підтверджують суттєвий вплив на формування та перебіг психічної травми моральних аспектів життя. Моральна травма – це поняття, яке використовується для опису глибоких психологічних та емоційних переживань, що виникають, коли людина стикається з ситуаціями, які суперечать її моральним, або етичним переконанням контексті посттравматичного стресового розладу, моральна травма може бути критичним чинником у розвитку розладу, або його стійкості до лікування. Моральна травма є підвищеним ризиком хронізації психічних розладів.

Основні аспекти моральної травми

- порушення моральних принципів
- відчуття провини та сорому за свої дії або бездіяльність
- порушення ідентичності військовослужбовця

Моральна травма тісно пов'язана з психічною, але не завжди є її частиною. Вона часто ускладнює клінічну картину, наприклад ПТСР, роблячи симптоми більш вираженими та стійкими до лікування. У деяких випадках моральна травма може стати причиною резистентності до стандартного лікування проявів психічної травми. Військовослужбовці, що отримують моральну травму можуть відчувати сором, самозасудження, брати на себе відповідальність, навіть якщо їх невинність є цілком очевидною, відчувати відразу до себе, мати проблеми сексуального характеру, відчувати безнадійність, відмовлятися від боротьби [6].

Дослідники І. Ковалено, О. Березан, В. Помогайбо зазначають, що ймовірність та інтенсивність розвитку ПТСР зазвичай зумовлено силою та тривалістю впливу травматичної події, а також наявністю кумулятивного характеру негативного впливу кількох попередніх травм або хронічної травми на тривалість і вираженість ПТСР. Автори наголошують що ці характеристик є підставою для здійснити ретельний аналіз історії травми пацієнта, задля визначення її впливу на самопочуття людини та прогнозу на майбутнє [5].

Узагальнюючи дані, представлені в цій статті можна відмітити, що психічна травма у військових ЗСУ має специфічні риси, пов'язані з інтенсивністю бойових дій та соціальним контекстом. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади та інші психічні наслідки війни потребують комплексного підходу до реабілітації. Тривалий стрес, втрати побратимів, участь у бойових діях – все це призводить до психічних порушень, які потребують професійної реабілітації.

Ефективна реабілітація вимагає комплексного підходу, що поєднує психотерапію, медичну допомогу та соціальну підтримку. Отже, визначення наслідків психічної травми у військовослужбовців ЗСУ та її реабілітація є перспективою для нашого подальшого дослідження.

Література:

1. Ковалено І.С., Березан О.І., Помогайбо В.М. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. Психологія і особистість. 2023. № 2 (24), С. 263–278. URL: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.2.288310>

2. Міністерство охорони здоров'я України. Звіт про психічне здоров'я ветеранів війни. Київ : МОЗ України, 2023. 36 с. URL: <https://armyinform.com.ua/2023/02/28/stan-psyhichnogo-zdorovya-vijskovosluzhbovcziv-znachno-girshyj-nizh-sered-reshty-naselennya/>
3. Міністерство оборони України. Стан психологічної підтримки в ЗСУ: аналітичний огляд. Київ : Міністерство оборони України, 2024. 28 с. . <https://mod.gov.ua/news/minoboroni-praczuuye-nad-stvorenniam-sistemi-psiologichnoyi-pidtrimki-dlya-vijskovosluzhbovcziv>
4. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. Національний інститут стратегічних досліджень. Коментарі експертів.
<https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>
(дата звернення 27.06.2023)
5. Центр психічного здоров'я «Психічна стійкість». Ефективність EMDR-терапії у лікуванні ПТСР: результати пілотного дослідження. Київ, 2023. 24 с.
6. Чабан. О. С., Лекція «Моральна травма – невидима перепона лікування постстресових розладів» 2024.
URL: <https://www.youtube.com/watch?v=r6SHTFMvmo4>

ДЕТЕРМІНАНТИ КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ ЛЮДИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ І УМОВ ЖИТТЯ

Калініна А.О., Головська І.Г.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Ключові слова: критичне мислення, психокорекція, вікові особливості, емоційний інтелект, рефлексія, когнітивна зрілість.

Критичне мислення (КМ) є однією з ключових компетентностей, яка необхідна для ефективної адаптації людини до швидкого змінюваного світу. Процес формування та розвитку критичного мислення залежить від багатьох факторів, серед яких важливими детермінантами є вік і умови життя індивіда. Враховуючи різні вікові групи, можна спостерігати відмінності в способах мислення, рівнях когнітивних навичок та здатності до самостійного аналізу ситуацій. Це питання є актуальним в контексті розвитку освіти та психології, адже відомо, що критичне мислення є основою для ефективного прийняття рішень та вирішення проблем у житті.

Критичне мислення — це здатність індивіда обґрунтовано аналізувати інформацію, ухвалювати зважені рішення, виокремлювати логічні помилки й будувати раціональні судження. Сучасна освітньо-соціальна дійсність вимагає від індивідів не лише академічних знань, а й високого рівня когнітивної гнучкості, що тісно пов'язана із віком, соціальними умовами та рівнем емоційної зрілості.

Згідно з дослідженнями, критичне мислення є важливою складовою успішного навчального процесу та розвитку особистості (Белкіна-Ковальчук, 2018). Сучасні стратегії розвитку КМ в освіті включають інтеграцію методик, що стимулюють учнів до аналізу, оцінки та аргументації, що важливо для кращого засвоєння знань. Освітні практики вимагають включення таких стратегій як «5 стратегій розвитку критичного мислення» (2021), серед яких виділяються методи, орієнтовані на розв'язування проблем, аналіз різноманітних точок зору та прийняття рішень на основі доказів.

У сфері освіти критичне мислення є важливою умовою освітньої зрілості. Згідно з Пометун О.І. (2018), розвиток критичного мислення учнів і студентів сприяє активному засвоєнню знань, формуванню умінь самотійно навчатися, аргументувати власну думку, працювати з інформаційними потоками. У професійній сфері, особливо в умовах Четвертої промислової революції, критичне мислення входить до переліку ключових **Soft Skills**, які визначають здатність до адаптації, прийняття рішень, розв'язання проблем і командної взаємодії.

Критичне мислення не є вродженою здатністю, а розвивається в процесі навчання та життєвого досвіду. Різні етапи розвитку особистості — дитинство, юність, зрілий вік — супроводжуються формуванням різних рівнів КМ. Так, у молодших школярів спостерігається розвиток первинних когнітивних навичок, що вимагають подальшого вдосконалення на етапах підліткового і дорослого віку. В свою чергу, психологічні особливості встановлення установки на критичне мислення у дорослих залежать від рівня освітньої підготовки та рівня стресової адаптації (Громова, 2015; Бурбан, 2019).

Останні дослідження також показують, що вік є важливим фактором, що впливає на розвиток критичного мислення. Наприклад, у молодших школярів і підлітків КМ розвивається в основному через навчання і практичні вправи, які включають аналіз ситуацій, роботу в групах і вирішення проблем. Шквир О. В. (2019) підкреслює, що в ранньому віці важливо сприяти формуванню базових навичок критичного аналізу, щоб у дорослому віці людина могла застосовувати ці навички в більш складних ситуаціях.

У зрілому віці КМ набуває більш комплексних форм, часто пов'язаних із професійною діяльністю та життєвим досвідом. Це підтверджується дослідженнями, в яких зазначено, що в процесі роботи над розв'язанням практичних завдань людина постійно взаємодіє з новою інформацією, що дозволяє їй виробляти навички критичного аналізу та оцінки ситуацій (Пометун, О., 2016).

Для проведення детального аналізу та поглибленого вивчення психологічних чинників, які визначають розвиток критичного мислення було обрано 3 вікові категорії: молодь, юнаки та зрілого віку.

У якості основного інструментарію для діагностики людей різного віку були використані перевірені в психологічній практиці методики, а саме:

1. Методика діагностики рівня розвитку рефлексивності А. Карпова;
2. Методика оцінки емоційного інтелекту (EQ) Н. Холла ;
3. Тест «Критичне мислення» Л. Старкі .

За результатами проведеної роботи зроблено кореляційний аналіз між типами рефлексії та рівнем критичного мислення.

Типи рефлексії	Молодь (18–25 р.)	Дорослі (26–45 р.)	Люди зрілого віку (46–65 р.)
Ситуативна рефлексія	$r = -0,415^*$	$r = -0,438^*$	$r = -0,456^*$
Ретроспективна рефлексія	$r = 0,532^{**}$	$r = 0,568^{**}$	$r = 0,590^{**}$

Перспективна (прогностична) рефлексія	$r = 0,487^{**}$	$r = 0,505^{**}$	$r = 0,476^*$

Примітки:

– кореляція є статистично значущою на рівні $p < 0,05$; ** – на рівні $p < 0,01$.

Опис результатів

Кореляційний аналіз дозволив виявити закономірності зв'язку між різними типами рефлексії (за методикою А. Карпова) та рівнем критичного мислення (за методикою Л. Старкі) у вибірках, розподілених за віком.

Ситуативна рефлексія в усіх вікових групах демонструє негативний помірний зв'язок із критичним мисленням (від $r = -0,415^*$ до $r = -0,456^*$). Це свідчить про те, що надмірна зосередженість на поточних емоційних станах і неусвідомлене реагування на ситуацію може заважати формуванню рефлексивного та аналітичного стилю мислення. Такий тип мислення більше характерний для емоційно-залежного або імпульсивного прийняття рішень.

Ретроспективна рефлексія має стійкий позитивний зв'язок з рівнем критичного мислення в усіх групах, який посилюється з віком (від $r = 0,532^{**}$ у молоді до $r = 0,590^{**}$ у зрілих людей). Це означає, що здатність осмислювати попередній досвід, аналізувати помилки та робити висновки є важливим чинником формування когнітивної зрілості та критичного підходу до інформації. Перспективна рефлексія також має позитивну кореляцію з критичним мисленням у всіх категоріях, хоча в зрілому віці вона дещо слабша ($r = 0,476^*$), ніж у молодших групах. Це свідчить про важливість вміння прогнозувати результати власних дій та мислити стратегічно у процесі прийняття рішень.

Статистично значущі кореляції між типами рефлексії та критичним мисленням після психокорекційної програми (за віковими категоріями)

Типи рефлексії	Молодь (18-25 р.).	Дорослі (26-45 р.).	Зрілого віку (46-65)
Ситуативна	$r = -0,312^*$	$r = -0,336^*$	$r = -0,352^*$
Ретроспективна	$r = 0,560^{**}$	$r = 0,589^{**}$	$r = 0,603^{**}$
Перспективна (прогностична)	$r = 0,525^{**}$	$r = 0,537^{**}$	$r = 0,498^{**}$

Примітки:

– кореляція є статистично значущою на рівні $p < 0,05$; ** – на рівні $p < 0,01$.

Опис результатів після психокорекційної програми

Після завершення психокорекційної програми, спрямованої на розвиток критичного мислення, спостерігаються позитивні зміни в характері взаємозв'язків між типами рефлексії та рівнем критичного мислення:

Негативна кореляція між ситуативною рефлексією та критичним мисленням зберігається, проте показники зменшилися у порівнянні з доекспериментальними значеннями (від $-0,415$ до $-0,312$), що свідчить про зниження залежності учасників від емоційних імпульсів і підвищення здатності до контрольованого осмислення подій.

Ретроспективна рефлексія демонструє стійку позитивну кореляцію з критичним мисленням у всіх вікових групах. Зростання коефіцієнтів після програми (до $r = 0,603^{**}$ у зрілих респондентів) свідчить про ефективність вправ, спрямованих на розвиток навичок аналізу минулого досвіду.

Перспективна рефлексія також має високу позитивну кореляцію, особливо у молоді ($r = 0,525^{**}$) та дорослих ($r = 0,537^{**}$), що вказує на покращення здатності до стратегічного планування та мислення на випередження, тобто ключових когнітивних компонентів критичного мислення.

Після впровадження психокорекційної програми відзначено посилення позитивних кореляцій між ретроспективною та перспективною рефлексією і критичним мисленням, що підтверджує ефективність тренінгових і розвивальних заходів. Одночасно спостерігається зниження негативного впливу ситуативної рефлексії, що дозволяє учасникам переходити до більш усвідомленого, раціонального аналізу та прийняття рішень. Результати свідчать про системне покращення когнітивної компетентності у всіх вікових категоріях.

Висновки аналізу даного дослідження

Залежність розвитку критичного мислення від віку та умов життя

Критичне мислення розвивається у людини протягом її життя, причому вікові особливості мають значний вплив на його рівень і якість. У ранньому віці, зокрема у підлітковому, відбувається активний розвиток когнітивних здібностей, що забезпечує формування базових елементів критичного мислення, таких як здатність до аналізу і оцінки інформації. Водночас, у дорослому віці критичне мислення набуває глибших і складніших форм, зокрема завдяки досвіду вирішення реальних життєвих завдань. У старшому віці хоча й відзначається певне сповільнення когнітивних процесів, але завдяки накопиченому життєвому досвіду, люди зберігають високу здатність до прийняття обґрунтованих рішень.

Проблеми, що впливають на розвиток критичного мислення

Серед основних перешкод у розвитку критичного мислення можна виділити недостатню освітню підготовку в певних соціальних групах, особливо серед молоді та людей з обмеженими можливостями доступу до якісної освіти. Додатково, соціокультурні стереотипи та когнітивні упередження можуть заважати об'єктивному сприйняттю інформації, що знижує ефективність критичного мислення. Вплив інформаційних технологій та соціальних мереж також є двояким: з одного боку, технології надають нові можливості для доступу до знань, а з іншого — створюють інформаційний шум та ускладнюють оцінку достовірності джерел.

Рекомендації для подальших досліджень

Подальші дослідження повинні зосереджуватися на вивченні специфіки розвитку критичного мислення в різних вікових групах та соціальних умовах, а також на розробці ефективних педагогічних стратегій для покращення цих навичок. Особлива увага має бути приділена розробці програм медіаграмотності та інформаційної безпеки, а також удосконаленню методів розвитку критичного мислення у освітньому процесі, з урахуванням сучасних технологій та викликів.

Загальний висновок: Критичне мислення є важливим інструментом для ефективної адаптації людини в сучасному світі. Його розвиток залежить від вікових змін, соціальних умов, доступу до освіти та технологій. Для того, щоб

критичне мислення стало потужним інструментом для вирішення реальних життєвих проблем, необхідно створювати умови, що стимулюють його розвиток через інтерактивне навчання, медіаосвіту та широке використання сучасних технологій у процесі навчання.

Література:

1. Белкіна-Ковальчук О. В. Роль критичного мислення в сучасній освіті // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. – 2018. – Вип. 52. – С. 219–224.
2. Бурбан Н. В. Психологічна діагностика адаптаційних здібностей до стресу // Практична психологія та соціальна робота. – 2019. – № 1. – С. 105–116.
3. Громова Н. Психологічні особливості установки на критичне мислення. – К. : Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 2015. – 120 с.
4. Дементієвська Н. П. Формування навичок критичного оцінювання веб-ресурсів і проблема безпеки учнів в Інтернеті // Педагогічна освіта: теорія і практика. – 2017. – Вип. 22(1). – С. 66–70.
5. Пометун О. І. Навчаємо мислити критично. – К. : Ліра, 2016. – 176 с.
6. Макаренко Н. М. Курс «Медіапсихологія» як засіб розвитку критичного мислення студентів // Філософія освітнього простору. – 2022. – Вип. 28. – С. 184–219.

КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ЯК МЕХАНІЗМ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Зуєв О.В., Поспелова І.Д.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У сучасних умовах війни з підвищеною бойовою готовністю та надмірним психоемоційним навантаженням професійна діяльність військовослужбовців пов'язана з постійними стресогенними чинниками. Тривале перебування в умовах високої небезпеки та високі моральні вимоги сприяють зростанню ризику емоційного вигорання. Синдром, що супроводжується емоційним виснаженням, зниженням професійної мотивації та відчуттям внутрішньої спустошеності, негативно впливає як на психологічне здоров'я військовослужбовців, так і на ефективність виконання службових обов'язків [1 та ін].

Зазвичай у психології питання профілактики емоційного вигорання вивчалось у контексті професій, що передбачають інтенсивну міжособистісну взаємодію (педагоги, психологи, соціальні працівники тощо) [2, 3 та ін.]. Але специфіка професійної діяльності військовослужбовців потребує окремого аналізу, оскільки вони функціонують у ситуаціях постійного ризику, обмежених ресурсів та підвищеної відповідальності.

Один із важливих ресурсів подолання стресу та збереження психологічного балансу в умовах постійного навантаження високої інтенсивності є використання ефективних копінг-стратегій як способів подолання стресових ситуацій [4 та ін]. Вибір копінг-стратегій може як сприяти зниженню рівня емоційного вигорання, так і, навпаки, підвищувати його, якщо переважають неадаптивні підходи до реагування на стрес [5 та ін].

У зв'язку з цим, актуальним є дослідження копінг-стратегій як механізму попередження емоційного вигорання саме в умовах військової служби.

Мета – дослідити характер взаємозв'язків копінг-стратегій із проявами емоційного вигорання у військовослужбовців.

Завдання дослідження: теоретично обґрунтувати взаємозв'язок між копінг-стратегіями та емоційним вигоранням у професіях, пов'язаних із ризиком; визначити рівні емоційного вигорання у військовослужбовців та особливості використання ними копінг-стратегій; встановити взаємозв'язки між застосуванням окремих копінг-стратегій та проявами емоційного вигорання.

Узагальнення наукової літератури з даної теми [1, 2 та ін.] показало, що емоційне вигорання розглядається нині як синдром хронічного виснаження, пов'язаний із втратою емоційних ресурсів, зниженням професійної ефективності та деформацією ставлення до об'єкта праці. Військова діяльність у цьому контексті є особливо вразливою, оскільки вона поєднує фактори фізичної втоми, постійної бойової готовності, втрати близьких та браку емоційної підтримки.

Одним із центральних психологічних механізмів, що визначають індивідуальні відмінності у сприйнятті та подоланні професійного стресу, є копінг-стратегії, тобто когнітивні та поведінкові стратегії особистості, спрямовані на зниження напруження або зміну стресової ситуації [4]. Розрізняють проблемно-орієнтований копінг, емоційно-орієнтований копінг та копінг уникнення [6 та ін]. Щодо військової діяльності можна сказати, що перевага емоційних або уникаючих копінгів може сприяти формуванню вигорання через незавершене опрацювання пережитого досвіду [7].

До структури дослідження було включено оцінку сприйнятого стресу та поточних емоційних станів, оскільки вони є важливими фоновими чинниками, які можуть впливати як на вибір копінг-стратегій, так і на динаміку розвитку емоційного вигорання. Стрес розглядається як пусковий механізм для активізації копінг-поведінки. Тому його рівень опосередковує вплив зовнішніх умов і психоемоційних наслідків у формі вигорання, а поточний емоційний стан є індикатором внутрішнього виснаження [8 та ін].

Гіпотеза дослідження: ми припустили, що домінування неадаптивних копінгів уникнення, емоційного реагування, соціального відсторонення підвищує ризик розвитку вигорання у військовослужбовців, а застосування адаптивних способів подолання, зокрема, проблемно-орієнтованого вирішення, позитивної переоцінки, планування, сприяє зниженню рівня емоційного вигорання.

З метою комплексного вивчення впливу копінг-стратегій на розвиток емоційного вигорання у військовослужбовців було обрано низку психодіагностичних методик, що забезпечують валідну оцінку емоційного стану, рівня вигорання, сприйнятого стресу та особливостей копінг-поведінки. У дослідженні було використано Опитувальник емоційного вигорання В. Бойка, Скорочену форму опитувальника копінг-стратегій (К. Еддісон), Шкалу сприйнятого стресу Ш. Коена, Методику самооцінки емоційного стану (А. Уессман, Д. Рікс).

У дослідженні брали участь 53 військовослужбовці, які проходили службу в різних підрозділах Збройних Сил України. Вибірка була сформована з урахуванням добровільної участі та забезпечення анонімності. Опитування проводилося індивідуально або у малих групах у період між виконанням службових завдань. Дослідження здійснювалося із забезпеченням стандартного інструктажу та використанням друкованих або електронних форм

опитувальників. Отримані дані були оброблені з використанням методів описової статистики та кореляційного аналізу.

За результатами застосування опитувальника емоційного вигорання В. Бойка встановлено, що 18,9% респондентів мали низький рівень емоційного вигорання, 52,8% - середній, а 28,3% показали високий рівень. Найбільш вираженими виявилися фази резистенції та виснаження, що свідчить про ознаки хронічного емоційного навантаження у значної частини учасників дослідження.

Діагностика копінг-стратегій за скороченою формою опитувальника CSI-SF показала, що військовослужбовці використовують як адаптивні, так і неадаптивні стратегії подолання стресу. Серед адаптивних найвищі середні значення були за шкалами планування ($M=3,92$), позитивної переоцінки ($M=3,74$) та активного вирішення проблем ($M=3,61$). Водночас високими виявилися й показники за неадаптивними копінгами, зокрема за уникненням ($M=3,51$), емоційним реагуванням ($M=3,44$) та соціальним відстороненням ($M=3,38$), що вказує на емоційну напруженість та часте використання неадаптивних моделей поведінки у складних ситуаціях.

Згідно з результатами, отриманими за шкалою сприйнятого стресу Ш. Коена, 11,3% військовослужбовців виявили низький рівень стресу, 58,5% — середній, а у 30,2% виявлено високий рівень психоемоційного напруження, який є цілком логічним та узгоджуються з підвищеним загальним навантаженням на психоемоційну сферу, характерним для умов бойової служби.

Методика самооцінки емоційного стану А. Уессмана і Д. Рікса дозволила побачити за шкалою спокою-тривожності (середнє значення 4,66 балу) певну стурбованість, почуття скутості, занепокоєння більшості досліджуваних. Дані за шкалою енергійності-втоми (4,31 балу) вказують на знижену психофізіологічну активність у більшості респондентів. Такий рівень енергетичного стану свідчить про хронічне навантаження, яке не компенсується повноцінним відновленням. І хоча він не є ознакою гострого виснаження, однак вказує на тривалу втому, зниження життєвого тону та обмежену готовність до мобілізації зусиль, що є потенційним фоном для розвитку емоційного вигорання. За шкалою піднесеності – пригніченості середнє значення (4,13 балу) відповідало опису «настрій пригнічений і дещо зневірений», що свідчить про емоційне зниження фону у більшості досліджуваних. А це вказує на зниження активності, втрату натхнення, зацікавленості, ініціативи, брак позитивних емоційних переживань. Середня оцінка показника впевненості у собі - безпорадності (4 бали) показує зниження суб'єктивної компетентності та ефективності, що супроводжується сумнівами у власних силах, почуттям нездатності впливати на ситуацію або ефективно реалізовувати службові завдання. У поєднанні з втомою, пригніченням та підвищеною тривожністю цей стан може свідчити про початок формування фази виснаження у синдромі емоційного вигорання. Інтегральний показник емоційного стану у 39,6% досліджуваних знаходився в межах 11–20 балів, що свідчить про переважно негативний афективний стан з проявами емоційного виснаження, втоми та внутрішньої розгубленості. Такий фон потенційно підвищує вразливість до емоційного вигорання та знижує ефективність копінг-поведінки.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі зв'язки між використанням копінг-стратегій та параметрами емоційного вигорання. Зокрема,

спостерігалася негативна кореляція між активним вирішенням проблем і фазою виснаження ($r=-0,416$; $p<0,01$), що свідчить про знижений рівень вигорання при використанні цієї стратегії. Позитивний зв'язок виявлено між емоційним реагуванням і фазою резистенції ($r=0,448$; $p<0,01$), а також між уникненням і загальним рівнем вигорання ($r=0,481$; $p<0,01$). Стратегія позитивної переоцінки також виявила негативну кореляцію з показниками емоційного вигорання ($r=-0,334$; $p<0,05$).

Виявлено значущі зв'язки між рівнем сприйнятого стресу та використанням копінг-стратегій, де сприйнятий стрес позитивно корелював з емоційним реагуванням ($r=0,267$; $p<0,05$) та уникненням ($r=0,421$; $p<0,01$), що свідчить про тенденцію до менш адаптивних форм реагування в умовах високої психоемоційної напруги. З плануванням та активним вирішенням проблем спостерігалися зворотні зв'язки ($r=-0,351$; $p<0,05$ та $r=-0,331$; $p<0,05$ відповідно).

Також зафіксовано зв'язки емоційного стану та копінг-поведінки. Зокрема, енергійність мала негативний зв'язок з показником вигорання ($r=-0,316$; $p<0,05$) і позитивний - з плануванням ($r=0,296$; $p<0,05$), впевненість у собі виявилась негативно пов'язаною з фазою виснаження ($r=-0,405$; $p<0,01$), а тривожність позитивно пов'язаною з використанням стратегій уникнення ($r=0,329$; $p<0,05$) та емоційного реагування ($r=0,411$; $p<0,01$).

Отже, емоційний стан військовослужбовців, рівень сприйнятого стресу та вибір копінг-стратегій були взаємопов'язаними чинниками, що визначають ступінь вираженості емоційного вигорання в умовах професійної діяльності.

Висновки

1. Доведено у процесі теоретичного аналізу та узагальнення наукових даних, що у регуляції психоемоційної напруги в умовах професійного стресу копінг-стратегії безпосередньо впливають на формування або запобігання синдрому емоційного вигорання, зокрема у сферах підвищеного ризику, до яких належить військова служба.

2. Показано, що рівень емоційного вигорання у військовослужбовців має варіативний характер, проте у більшості досліджуваних інтенсивність синдрому була середньою (у 52,8%) або високою (у 28,3%), що свідчить про суттєве психоемоційне навантаження в умовах служби.

3. Виявлено, що військовослужбовці найчастіше використовують стратегії планування, позитивної переоцінки та активного вирішення проблем у якості адаптивної реакції на стрес, а також уникнення та емоційне реагування як неадаптивні стратегії.

4. Встановлено, що застосування копінг-стратегій активного вирішення проблем і позитивної переоцінки зворотно пов'язане із рівнем емоційного вигорання, тоді як уникнення, емоційне реагування прямо корелюють із його підвищенням.

5. Підтверджено, що емоційний стан та рівень сприйнятого стресу впливають як на вираженість вигорання, так і на вибір копінг-стратегій. Знижена енергійність і непевність у собі пов'язані з більшим вигоранням, а тривожність - з домінуванням неадаптивних копінгів.

Таким чином, результати дослідження дозволили частково відтворити механізм дії копінг-стратегій у процесі попередження емоційного вигорання: адаптивні

копінги знижують рівень суб'єктивного стресу та покращують емоційний стан, що, у свою чергу, сприяє зменшенню симптомів вигорання.

Література:

1. Миколайчук О. М. Вимірювання рівня емоційного вигорання та його кореляції з коморбідними станами у військовослужбовців. *Журнал сучасної психології*, 2024. № 4. С. 42–51. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2024-4-5> (дата звернення: 26.04.2025).
2. Матохнюк Л. О., Оверчук В. А., Максименко Ю. Б. Емоційне вигорання педагогічних працівників: причини, симптоми і наслідки. *Габітус*. 2024. № 62. С. 159–163. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.62.28> (дата звернення: 28.04.2025).
3. Белавіна Т., Блінов О., Абрамян Н. Професійна деформація та емоційне вигорання практичних психологів у контексті війни. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 2(48). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-2\(48\)-1318-1327](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-2(48)-1318-1327) (дата звернення: 07.05.2025).
4. Coping with stressfull situations using coping strategies and their impact on mental health / O. Bondarchuk et al. *Multidisciplinary reviews*. 2024. Vol. 7. P. 2024spe034. URL: <https://doi.org/10.31893/multirev.2024spe034> (date of access: 07.05.2025).
5. Seiffge-Krenke I. Adaptive and maladaptive coping styles: Does intervention change anything?. *European Journal of Developmental Psychology*. 2004. Vol. 1, No. 4. P. 367–382. URL: <https://doi.org/10.1080/17405629.2004.11453396> (date of access: 26.04.2025).
6. Кривошей К. Ю., Бужинська С. М., Міхалець І. В. Копінг-стратегії особистості як чинники стресостійкості дорослих людей під час війни. *Габітус*. 2023. № 51. С. 153–157. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.51.25> (дата звернення: 07.05.2025).
7. Ганаба С. О., Бурбела С. В. Домінантні копінг-стратегії учасників бойових дій, які повернулися до реалій мирного життя. *Науковий вісник ХДУ. Сер. Психологічні науки*. 2024. № 2. С. 34–40. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-2-5> (дата звернення: 04.05.2025).
8. Шайхлісламов З. Р., Горбенко В. Ю. Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. № 1. С. 64–69. URL: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/11> (дата звернення: 07.05.2025).

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ФАКТОР ВИБОРУ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Зуєва С.Ф., Поспелова І.Д.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Воєнний стан в Україні на цей час вважається причиною високого рівня психологічної напруги у населення [1, 2 та ін]. В умовах тривалого впливу стресогенних чинників особливої актуальності набуває проблема забезпечення ефективної адаптації до змін середовища. Психологічна адаптація в умовах воєнного стану значною мірою залежить від особистісних ресурсів, зокрема здатності до емоційної регуляції, до самоусвідомлення та стратегій подолання труднощів [3 та ін].

Останні дослідження [4, 5, 6 та ін.] засвідчують, що емоційний інтелект як здатність розпізнавати, розуміти, регулювати та виражати емоції є важливим фактором збереження рівноваги в кризових ситуаціях. Особи з високим рівнем емоційного інтелекту, як правило, демонструють більшу здатність до регулювання власного емоційного стану, прийняття зважених рішень у стресових умовах і налагодження ефективної міжособистісної взаємодії. Тоді значущим стає вивчення копінг-стратегій, тобто когнітивно-поведінкових зусиль, спрямованих на подолання внутрішніх і зовнішніх труднощів, які перевищують

ресурси людини. Вибір копінг-стратегій визначає ефективність адаптації, а також впливає на психологічне самопочуття особистості [5 та ін.]. Наукові джерела [4, 6 та ін.] вказують, що адаптивні стратегії забезпечують зниження тривоги, депресії, а дезадаптивні стратегії пов'язані з підвищеним рівнем стресу.

Проте, взаємозв'язок між емоційним інтелектом і вибором копінг-стратегій саме в умовах воєнного стану висвітлений недостатньою мірою, що спричиняє потребу у дослідженні того, як рівень розвитку емоційного інтелекту зумовлює перевагу тих чи інших копінг-стратегій в умовах війни.

Мета дослідження – вивчити вплив емоційного інтелекту на вибір копінг-стратегій в умовах воєнного стану.

Об'єкт дослідження - психологічна адаптація особистості в умовах воєнного стану. Предмет - вплив рівня емоційного інтелекту на вибір копінг-стратегій в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження: 1) вивчити психологічні особливості емоційного інтелекту та копінг-стратегій досліджуваних; 2) встановити характер взаємозв'язку між рівнем емоційного інтелекту та переважними копінг-стратегіями; 3) виявити специфіку вибору копінг-стратегій особами з різним рівнем розвитку емоційного інтелекту.

Гіпотеза дослідження: Ми припустили, що вищий рівень емоційного інтелекту пов'язаний з вибором більш адаптивних копінг-стратегій таких як активне подолання проблем, позитивна переоцінка, пошук соціальної підтримки в умовах воєнного стану.

Для перевірки гіпотези проведено емпіричне дослідження, у процесі якого отримано дані, які дозволили оцінити вплив рівня емоційного інтелекту на вибір копінг-стратегій в умовах воєнного стану. Загальна кількість учасників становила 54 особи, які проходили психодіагностичне обстеження із застосуванням трьох методик: тесту емоційного інтелекту Н. Холла, скороченої версії опитувальника К. Карвера та методики діагностики рівня соціально-психологічної адаптації за К. Роджерсом та Р. Даймондом.

Аналіз результатів за методикою Н. Холла показав, що 42,6 % досліджуваних мали високий рівень емоційного інтелекту, 38,9 % - середній і 18,5 % - низький рівень. Найвищі показники спостерігалися за шкалами емпатії та самомотивації, за шкалою контроль емоцій зафіксовано невисокі значення, тобто, в багатьох досліджуваних були певні труднощі в регуляції емоцій.

Опитувальник Карвера дозволив з'ясувати, що серед адаптивних копінг-стратегій найчастіше використовувалися позитивна переоцінка (у середньому 3,91 балу), активне подолання проблем (3,79 балу) та пошук емоційної підтримки (3,64 балу). Найпоширенішими дезадаптивними стратегіями були уникнення (3,26 балу) та заперечення (3,12 балу).

За методикою Роджерса–Даймонда було встановлено, що 70,4 % осіб характеризуються високим рівнем соціально-психологічної адаптованості, 22,2 % мали середній рівень, і лише 7,4 % відрізнялися низьким її рівнем.

Кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта Спірмена дозволив виявити статистично значущі взаємозв'язки між емоційним інтелектом і копінг-стратегіями. Зокрема, це позитивний зв'язок між загальним рівнем емоційного інтелекту та позитивною переоцінкою ($r=0,481$; $p<0,01$), активним подоланням ($r=0,443$; $p<0,01$), пошуком підтримки ($r=0,412$; $p<0,01$) і рівнем соціально-психологічної адаптації ($r=0,513$; $p<0,01$). Натомість негативні кореляції виявлено між емоційним інтелектом і такими дезадаптивними копінг-стратегіями, як уникнення ($r=-0,397$; $p<0,01$), заперечення ($r=-0,361$; $p<0,01$) та самозвинувачення ($r=-0,339$; $p<0,05$). Отже, вищий рівень емоційного інтелекту пов'язаний з адаптивними способами подолання стресу, тоді як нижчий рівень із перевагою дезадаптивних стратегій.

Останнім етапом було проведення порівняльного аналізу між групами з високим та середньо-низьким рівнем емоційного інтелекту (рис.1).

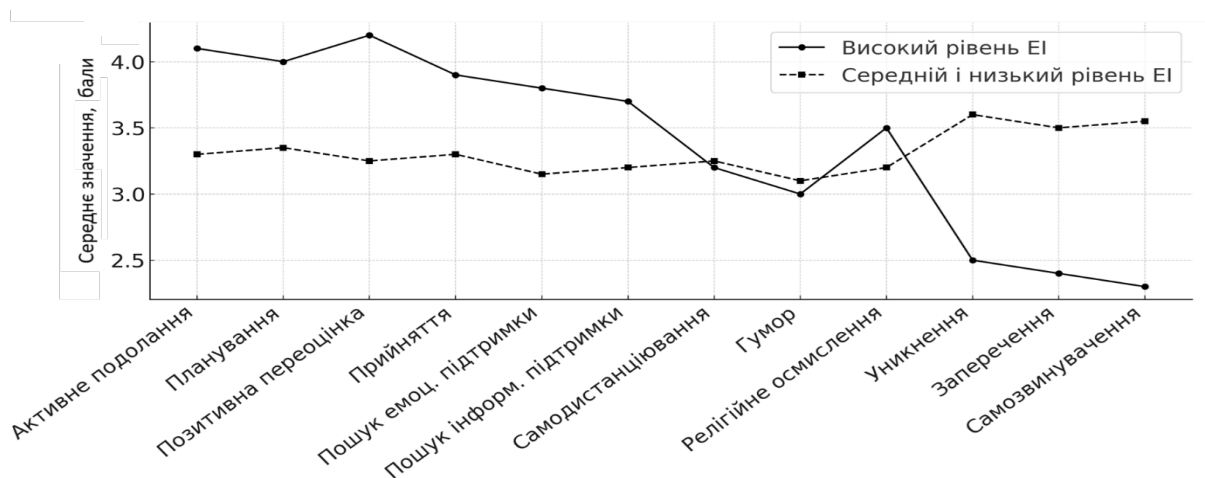


Рис. 1. Середні значення копінг-стратегій у групах з високим ($n=23$) та середньо-низьким рівнем емоційного інтелекту ($n=31$), де цільна лінія - група з високим рівнем емоційного інтелекту, пунктирна - з середнім та низьким рівнем емоційного інтелекту (EI).

На рисунку показано, що особи з високим емоційним інтелектом частіше використовують адаптивні стратегії (активне подолання, позитивна переоцінка, планування), учасники ж з нижчим рівнем емоційного інтелекту частіше звертаються до уникнення, заперечення та самозвинувачення. За умов статистичного підтвердження, такі дані засвідчать роль емоційного інтелекту як фактору ефективної психологічної адаптації у умовах війни.

Таке підтвердження здійснювалося за результатами обчислення t-критерію Стьюдента. Виявлено, що досліджувані з високим емоційним інтелектом значно частіше використовують активне подолання ($t=2,744$; $p<0,01$), позитивну переоцінку ($t=2,614$; $p<0,05$) і пошук підтримки ($t=2,422$; $p<0,05$), а особи з середнім-низьким рівнем емоційного інтелекту схильні до більш частого використання уникнення ($t=2,892$; $p<0,01$) та заперечення ($t=2,576$; $p<0,05$). Ці дані дозволяють зробити висновок, що емоційний інтелект відіграє значущу роль у виборі копінг-стратегій.

Висновки

1. Встановлено, що рівень емоційного інтелекту істотно варіюється серед учасників дослідження, і майже половина респондентів демонструє високу здатність розпізнавати, розуміти, регулювати та виражати емоції. Вищий рівень емоційного інтелекту позитивно корелює з рівнем психологічної адаптації в умовах воєнного стану.

2. Виявлено, що емоційний інтелект пов'язаний із схильністю використовувати адаптивні копінг-стратегії. Особи з високим рівнем емоційного інтелекту частіше вдаються до активного подолання проблем, позитивної переоцінки та пошуку емоційної підтримки. Натомість респонденти з низьким емоційним інтелектом мають схильність до використання уникнення, заперечення, самозвинувачення.

Таким чином, наше припущення про те, що вищий рівень емоційного інтелекту пов'язаний з вибором більш адаптивних копінг-стратегій, що сприяє ефективнішій соціально-психологічній адаптації в умовах воєнного стану, підтверджено.

Література:

1. Ситнік С.В., Мірошніченко О.М., Свіденська Г.М. Особливості емоційних станів здобувачів вищої освіти під час війни в Україні. *Габітус*. 2022. № 37. С. 48–51. URL: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.8> (дата звернення: 11.04.2025).
2. Проблеми психічного здоров'я населення у воєнний час та шляхи їх розв'язання. *Здоров'я України | Інформація для спеціалістів охорони здоров'я - Health-ua*. URL: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozradi/71709-problemi-psihechnogo-zdorovya-naselennya--uvonnij-chas-tashlyahi-h-rozvyazan> (дата звернення: 06.05.2025).
3. Коваль І. С., Яремко Р. Я., Пасічник С. В. Психологічні особливості адаптації здобувачів вищої освіти до навчання в умовах воєнного стану. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія*. 2024. № 2 (4). С. 109–115. URL: <https://doi.org/10.32782/3041-1297/2024-2-18> (дата звернення: 06.05.2025).
4. Діомідова Н., Шайхлісламов З., Лазоренко Т. Емоційний інтелект як фактор психологічного благополуччя майбутніх психологів. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2020. № 62. С. 108–122. URL: <https://doi.org/10.34142/23129387.2020.62.06> (дата звернення: 24.04.2025).
5. Ніколаєнко С.О., Зеленська В.С. Емпіричне дослідження особливостей копінг-стратегій студентів із різними рівнями адаптованості до навчання в умовах війни в Україні. *Габітус*. 2024. № 57. С. 161–166. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.57.26> (дата звернення: 24.04.2025).
6. Дідух М., Головченко А. Вплив ірраціональних установок на вибір копінг-стратегій у вимушених переселенців. *Перспективи та інновації науки. Серія Психологія*. 2025. № 4(50). С. 1308-1315. URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4\(50\)-1308-1315](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1308-1315) (дата звернення: 06.05.2025).

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕДІАЦІЇ ЯК АЛЬТЕРНАТИВНИЙ СПОСІБ ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ

Писар О.М., Сизоненко О.В.

*Національний університет «Чернігівська політехніка»,
(м. Чернігів, Україна)*

Історія психологічних досліджень суперечностей підтверджує, що конфлікти є природною складовою людського життя. Вони завжди були невід'ємною частиною різних видів взаємин і вирішувалися по-різному залежно

від епохи та суспільних умов [3].

Протягом століть розвивалися методи мирного врегулювання конфліктів між окремими людьми, громадами та соціальними групами. Одним із таких методів є медіація. Сам термін походить від грецького слова *medos* (що означає нейтральність, незалежність), а також латинських *mediatio* (посередництво) і *mediare* (бути посередником у суперечці) [6].

У неюридичному значенні медіація розглядається як посередництво в міжнародних спорах, що передбачає участь третьої, незацікавленої сторони. Таке трактування міститься у Великому тлумачному словнику української мови [1].

Сучасний етап розвитку медіації бере початок у США 1930-х років, коли цей підхід активно використовувався для вирішення сімейних і трудових конфліктів, а також сприяв зменшенню суспільних заворушень [7]. Сьогодні медіація широко застосовується в США як один із основних способів альтернативного врегулювання суперечок. У Європі цей підхід також набув популярності, особливо в таких країнах, як Німеччина, Франція та Італія. В Україні медіація почала активно впроваджуватися порівняно нещодавно [4].

Темою медіації займаються як вітчизняні, так і зарубіжні науковці. Її актуальність підтверджується сучасними дослідженнями, зокрема роботами Д. Голобородька, Л. Можечук, Ю. Притики. У своїй дисертації Л. Галупова обґрунтовує можливість запровадження онлайн-медіації [2]. О. Хрімлі визначає медіацію як процес, що включає:

- позасудове врегулювання конфліктів,
- структуровані переговори,
- добровільну та конфіденційну взаємодію сторін [6].

Сучасні дослідники підходять до медіації насамперед як до комунікативного та психологічного процесу, що базується на емоційній взаємодії між сторонами конфлікту та посередником [3; 5]. Посередництво в медіації забезпечує нейтральна сторона, а саме медіатор. Він допомагає людям зберігати контроль над ситуацією, враховуючи при цьому соціальні фактори, та подолати жорсткі позиції та зосередитися на спільних інтересах [6]. Головна роль медіатора полягає не у вирішенні спору, а у сприянні ефективній комунікації між сторонами для знаходження взаємовигідного рішення [4].

Сьогодні медіація є затребуваною з багатьох причин, зокрема завдяки можливості збереження конфіденційності. Рівень конфіденційності узгоджується між сторонами та медіатором. Якщо учасники погоджуються дотримуватися конфіденційності, це правило стає обов'язковим [6].

Медіація відіграє важливу роль у суспільстві, забезпечуючи структурований підхід до врегулювання суперечок. Вона дає можливість учасникам конфлікту самостійно ухвалювати рішення щодо способів його вирішення та сприяє пошуку креативних і взаємоприйнятних рішень [4].

Успішність медіації значною мірою залежить від розуміння психологічних аспектів конфлікту та взаємодії між сторонами [3].

Найчастіше конфлікти виникають через спотворене сприйняття та хибне трактування намірів або дій іншої сторони. Наше суб'єктивне бачення ситуації може суттєво впливати на реакцію, що призводить до непорозумінь. Медіація створює нейтральний простір, у якому всі учасники отримують можливість бути почутими та відчувати свою значущість. Це сприяє зниженню рівня напруги та

переходу до конструктивного діалогу, який можна застосовувати у різних сферах – від сімейних справ до робочих відносин [6].

Оскільки кожна людина має унікальний характер, відмінності у світоглядах можуть стати джерелом суперечностей. Однак розуміння різних типів особистості допомагає передбачати та згладжувати конфліктні ситуації [3]. Застосування технік активного слухання та медіаційного підходу сприяє розвитку емпатії, що дозволяє краще усвідомлювати потреби й перспективи інших сторін [4].

Важливу роль у сімейних конфліктах відіграє емоційний стан учасників, зокрема їхні тригери – фактори, що провокують сильні емоційні реакції. Виявлення та управління такими тригерами допомагає запобігти загостренню суперечок. Медіатори володіють методиками керування емоціями, що дозволяє сторонам залишатися зосередженими та врівноваженими під час обговорення [2; 6].

Аналізуючи психологічні аспекти конфліктів у робочому середовищі, можна зробити висновок, що медіація дає змогу трансформувати конфлікти у можливості для розвитку та співпраці [3; 4]. Впровадження програм медіації та навчання персоналу навичкам посередництва значно підвищує ефективність вирішення суперечок всередині організації. Заохочення відкритої комунікації та створення необхідних ресурсів для посередництва сприяє формуванню гармонійного та продуктивного робочого середовища. Завдяки цим характеристикам медіація стає дієвим інструментом альтернативного врегулювання конфліктів [5].

Медіаційні практики також можуть активно застосовуватися у багатьох інших сферах діяльності, зокрема в бізнесі. Це стосується як вирішення суперечок між бізнес-партнерами, так і налагодження відносин у комерційній діяльності. Головною ідеєю альтернативного врегулювання конфліктів є відмова від конфронтаційного підходу та акцент на пошуку взаємовигідного рішення. Такий підхід дозволяє досягти довготривалих, стійких та прийнятних для всіх учасників угод [5].

Підсумовуючи, можна зазначити, що хоча медіація не є універсальним методом вирішення конфліктів, вона пропонує ефективну альтернативу судовим та конфронтаційним процесам. Її використання відкриває ширші можливості для розв'язання суперечок.

Перспективи подальшого дослідження цієї теми полягають у розширенні застосування медіації в психологічній практиці як ефективного підходу до врегулювання конфліктних ситуацій.

Література:

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: ВТФ «Перун», 2005. 1440 с.
2. Галупова Л. І. Альтернативні способи врегулювання конфліктів у сфері права інтелектуальної власності: дисертація на здобуття ступеня кандидата наук : 12.00.03 / Л. С. Галупова. Одеса, 2021. 159 с.
3. Голобородько Д. В. Структура та види медіаційної діяльності. // Серія: Право. 2022. № 4. С. 207–211.
4. Можечук Л. В. Медіація як позасудовий спосіб вирішення спорів: досвід зарубіжних країн // Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ.

2021. № 2. С. 650-655.

5. Притика Ю. Д. Альтернативне вирішення спорів: підручник. Київ: Видавничий дім «Дакор», 2021. 436 с.

6. Хрімлі О. Медіація як форма захисту прав інвесторів у сфері господарювання / О. Хрімлі // Підприємництво, господарство і право. 2016. № 9. С. 51-55. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pgip_2016_9_10 (дата звернення: 08.04.2025).

7. Як працює медіація та відновне правосуддя. URL: <https://www.prostir.ua/?library=yak-pratsyuje-mediatsiya-ta-vidnovne-pravosuddya> (дата звернення: 08.04.2025).

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ДОНОШЕНОЮ ВАГІТНІСТЮ НАПЕРЕДОДНІ ПОЛОГІВ

Побережник Т. О., Венгер Г.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вагітність і пологи – важливий етап у житті не тільки майбутньої матері та її сім'ї, але і дитини, що з'являється на світ. Відомі факти демонструють високу залежність стану плода від емоційного настрою матері та рівня її тривожності. Велика кількість факторів, таких як емоційні переживання, гормональні порушення, відхилення від нормальних функцій органів і систем, змушують вагітну відчувати страхи та сумніви, що надає прямий чи опосередкований вплив на самопочуття та життєдіяльність майбутньої дитини. За численними даними літератури, частина вагітних має високий рівень тривожності впливає на стан плода.

Стан вагітної залежить від впливу різних чинників, що відбивається на стані плода. Будь-які відхилення в соматичних та репродуктивних показниках здоров'я майбутньої матері, а також соціальний дисбаланс наражають на ризик нормального перебігу вагітності та пологів, впливають на їх результати. Моніторинг стану вагітної, своєчасна профілактика та лікування загальних та акушерсько-гінекологічних захворювань, психологічна підготовка до вагітності та пологів – важливі завдання сучасного лікаря акушера-гінеколога. Особливе значення належить зустрічі вагітної з лікарем при постановці на облік у зв'язку з вагітністю, тому що отримані при цьому емоції створюють індивідуальне ставлення до факту вагітності, посилюючи радість або посилюючи негативність і створюючи особливу форму суб'єктивізму як емоційного переживання [1]. У тріаді «лікар-мати-плід» потрібна злагоджена товариська робота дорослих людей з метою забезпечення безпечного стану майбутньої дитини.

На думку відомого психолога Л. Виготського, вагітність – критичний період сім'ї, в якому необхідне максимальне забезпечення психологічного комфорту жінки та її благополучної підготовки до ролі матері [1]. Вагітність – це перший відповідальний етап формування майбутнього життя та здоров'я дитини. Висока тривожність, наявність несприятливих соціальних чинників, великі стресові навантаження несуть ризик небажаних наслідків вагітності. Вагітність, ускладнена високою тривожністю, має потенційний ризик стати пусковим фактором у маніфестації прихованої патології [2].

Своєчасне виявлення пацієнток із високим рівнем тривожності та якісна психологічна робота становлять основу профілактики порушень гестаційного періоду.

Для аналізу даних було використано результати опитування вагітних жінок з допомогою анкети Ч. Спілбергера для визначення рівня особистісної та ситуативної тривожності. У дослідженні взяло участь 40 жінок з терміном гестації 37 тижнів і вище, які перебували у відділенні Одеського перинатального центру. Для аналізу показників акушерського, гінекологічного, соматичного та соціального анамнезу були вивчені історії хвороби та обмінні карти кожної вагітної. Як фактори, що обтяжують акушерський анамнез, використовувалися такі: аборт, викидень, позаматкова вагітність, смерть дитини. Для оцінки показників соціального анамнезу використовувалися такі показники, як вік (до 18 років, 18-29 років, 30 років і більше), наявність офіційного місця роботи та факт офіційної реєстрації шлюбу та проживання з чоловіком. Критерії включення до дослідження: вагітні будь-якого віку зі строком гестації ≥ 37 тижнів у відділенні Одеського перинатального центру; неускладнений акушерський анамнез або його ускладнення у вигляді абортів, викидня, позаматкової вагітності, смерті дитини. Критерії виключення: відмова вагітної від опитування.

Основним результатом дослідження варто вважати показники ситуативної та особистісної тривожності залежно від різноманітних факторів, що впливають на них.

Кожна обстежувана проходила два опитування з метою встановлення ситуативної (СТ) та особистісної (ОТ) тривожності. За результатами оцінки першого виду тривожності вагітні були поділені на 3 групи: низький, помірний та високий рівень СТ. За результатами оцінки другого виду тривожності вагітні були поділені на 2 групи: помірний та високий рівень ОТ, тому що пацієнток із низькими показниками ОТ не виявилось. З отриманих даних зроблено висновки першої половини дослідження. Відповідно до цих висновків група досліджуваних жінок з вихідними показниками особистісної тривожності (помірна та висока ОТ) була розділена на 4 підгрупи залежно від кількості обтяжливих анамнез факторів – від 1 до 4 (соматичний/акушерський/гінекологічний/соціальний). У кожній підгрупі порівнювалася кількість жінок з помірним та високим рівнем особистісної тривожності, виходячи з чого було сформульовано висновок другої половини дослідження.

Розмір вибірки заздалегідь не розраховувався. Для статистичної обробки даних опитування використовувалися методи описової статистики (розрахунок середніх величин та відсоткових співвідношень) пакета статистичної програми MS Excel.

Результати. Середній вік опитаних жінок становить $30,5 \pm 4,9$ років. 32 (80%) їх мали чинники, обтяжують соціальний анамнез, 30 (75%) – соматичний анамнез, 30 (75%) – гінекологічний анамнез, 18 (45%) – акушерський анамнез.

Низький рівень СТ встановлено у 2 (5%) обстежених вагітних, помірний рівень СТ – у 20 (50%), високий рівень СТ – у 18 (50%).

Низький рівень ОТ не зустрівся в жодній з обстежених вагітних, помірний рівень ОТ виявлено у 15 (37,5%) пацієнток, високий – у 25 (62,5%).

У відповідність з результатами, отриманими при вимірі рівня особистісної тривожності, група респондентів була розділена на 4 підгрупи залежно від наявності та частоти факторів, що обтяжують анамнез. Серед обстежених не було вагітних без обтяжливих анамнез чинників. У групі пацієнток з помірним рівнем особистісної тривожності отримані наступні результати: у 2 (13,3%) вагітних був один з чотирьох факторів, що обтяжують анамнез (акушерський/гінекологічний/соматичний/соціальний), у 4 (26,7%) хворих – два обтяжуючих анамнез фактора, у 5 (33,3%) вагітних – поєднання чотирьох факторів.

Результати аналізу в групі обстежених з високим рівнем особистісної тривожності: у 2 (8%) пацієнток був один обтяжливий анамнез фактор, у 8 (32%) пацієнток – два фактори, у 10 (40%) пацієнток – три, у 5 (20%) пацієнток – поєднання чотирьох факторів. Зі збільшенням кількості ускладнень (два або три обтяжуючі анамнез фактора) частка вагітних з високим рівнем особистісної тривожності зростає.

Ситуативна тривожність відбиває емоційну реакцію жінки на стрес. Вона характеризує реактивність захисних механізмів організму вагітної, що включаються при дії різноманітних дратівливих факторів. Ситуативна тривожність показує залежність стану жінки від зовнішніх і внутрішніх впливів об'єктивніше, на відміну особистісної тривожності. Особистісна тривожність – індивідуальна характеристика, що відображає сприйнятливості людини до загрозливих стресових ситуацій і визначає пороговий рівень стійкості до стресів [3].

У дослідженні жодна з жінок не показала низький рівень особистісної тривожності. Частка пацієнток з високим рівнем особистісної тривожності перевищує частку пацієнток з аналогічним рівнем ситуативної тривожності, що може свідчити про більшу вираженість індивідуальних переживань вагітної та переважання таких рис характеру, як страх, вразливість, емоційність. Відповідно результатами другої частини дослідження можна припустити, що крім взятих на розгляд видів обтяжливих анамнез факторів існують інші обставини, що надають значний вплив на рівень особистісної тривожності. Також можливим поясненням отриманих результатів може бути розвиток емоційної лабільності в пацієнток із поєднанням розглянутих обтяжливих анамнез чинників, що є методом протекції нервової системи вагітної перед пологами. Неоднозначність висновків другої половини дослідження потребує детального вивчення цього питання, головним чином, у якісному аспекті.

Тривожність – це риса особистості, що у тому, що об'єктивно безпечні обставини сприймаються як такі, що містять загрозу. Закономірне та помірне підвищення таких емоцій, як страх і тривога, під час вагітності та перед пологами носить адаптивний характер, тому що підштовхує жінку до більш відповідального та акуратного ставлення до свого становища. Необгрунтоване підвищення рівня тривожності до високих показників наражають на ризик не завжди ідеальне здоров'я майбутньої матері, що підвищує ймовірність погіршення соматичного та репродуктивного статусу жінки. За результатами проведеної роботи можна зробити висновок, що тривожність вагітної жінки залежить не тільки від об'єктивних ймовірностей розвитку патологій вагітності, пологів та здоров'я майбутньої дитини, а й від індивідуальних рис її характеру.

Згідно з аналізом даних другої частини дослідження виникає питання: «Чому в об'єктивно складніших ситуаціях порушень здоров'я жінки серед обстежених переважає помірний рівень особистісної тривожності?». Очевидно, що результати, які ми отримали у другій половині роботи, потребують детального вивчення та додаткових досліджень.

Тривожність як риса характеру особистості в адекватних обсягах носить адаптивний характер і захищає як жінку, так і майбутню дитину. Ситуативна тривожність більш ніж особистісна залежить від показників анамнезу, друга повніше відбиває індивідуальні особливості емоційної реакції людини до стресових ситуацій. Неоднозначність висновків, отриманих у другій частині проведеного дослідження, вимагає глибшого вивчення факторів, що мають вплив на особистісну тривожність, а також розгляд можливих захисних механізмів нервової системи вагітних, що включаються при об'єктивному обтяженні соматичного, репродуктивного та соціального здоров'я жінки.

Слід приділяти особливу увагу психологічній підготовці жінок у передгравідарному та гравідарному періоді, яку необхідно проводити відповідним спеціалістам у тісній співпраці з акушерами-гінекологами. Нехтування психічним статусом майбутньої матері може обернутися незворотними негативними результатами навіть на тлі ретельного моніторингу основних показників фізичного благополуччя.

Література:

1. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.
2. Основи практичної психології: Підручник. За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. Київ: Вид-во Либідь, 2003. 536 с.
3. Петренко І. І., Горбенко І. В. Психологічні аспекти тривожного розладу у вагітних жінок: вплив воєнного конфлікту. *Психологічний вісник*, (2), 2021. С. 57-64.

ПСИХОСИМПТОМАТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК УШКОДЖЕННЯ АБО ДИСФУНКЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Фугалевич Д.О., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення особливостей прояву психічних розладів внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку у військовослужбовців є актуальною проблемою, як у теоретичному, так і у практичному аспектах.

Треба зазначити, що психічні розлади внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку у військовослужбовців є вкрай поширеними: лише з 2014 по 2023 роки в Україні зафіксовано понад 27 000 випадків ЧМТ, з яких понад 40% супроводжувалися довготривалими когнітивними чи емоційними порушеннями [4]. За оцінками МОЗ, у 2025 році кількість ЧМТ зростає до понад 240 тисяч, з летальністю понад 10 тисяч випадків [10, 11]. При цьому близько 30% військових мають симптоми ПТСР, а серед демобілізованих 2023 року 48%

повідомили про залишкові когнітивні порушення, 34% — про вигорання, а 14% — про суїцидальні думки [9, 12].

Слід зазначити, що психосимптоматика психічних розладів внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку у військовослужбовців — це сукупність когнітивних, емоційних та поведінкових порушень, що виникають під впливом черепно-мозкової або вибухової травми. Її характер залежить від локалізації ушкодження, ступеня тяжкості, а також індивідуальних чинників. Зокрема, дослідники вказують на порушення уваги, пам'яті, емоційної регуляції, імпульсивності та настрою [5; 6].

За даними зарубіжних досліджень, навіть у випадку легкої ЧМТ можуть спостерігатися стійкі когнітивні дефіцити, що виявляються лише під час нейропсихологічного обстеження [3]. У цих дослідженнях відзначають і гендерні відмінності: жінки частіше демонструють тривожно-депресивні симптоми, тоді як у чоловіків переважає агресивна та імпульсивна поведінка [2]. Brenner et al. встановили зв'язок між черепно-мозковими травмами та підвищеним ризиком розвитку ПТСР, депресії й суїцидальної поведінки [1].

Таким чином, психосимптоматика уражень головного мозку у військових є складним клінічним феноменом, що потребує ретельної нейропсихологічної діагностики та мультидисциплінарного супроводу.

Тому, обрана тема не викликає сумніву у своїй актуальності.

Мета нашої статті полягала у розкритті психосимптоматики психічних розладів внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку.

Об'єктом дослідження є психосимптоматика психічних розладів внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку.

Предметом дослідження є особливості прояву психічних розладів внаслідок ушкодження або дисфункції головного мозку у військовослужбовців.

Ключові слова: психосимптоматика, черепно-мозкова травма (ЧМТ), вибухова травма, когнітивні порушення, емоційна дисрегуляція.

Узагальнюючи наукову літературу [1; 3; 5; 6], треба відзначити, що психосимптоматика у військовослужбовців з ушкодженням головного мозку має складний і поліетіологічний характер, охоплюючи широкий спектр когнітивних, емоційних та поведінкових порушень. Її прояви можуть варіювати від легких порушень уваги та пам'яті до вираженої емоційної лабільності, імпульсивності, депресії й навіть суїцидальної поведінки. Залежно від тяжкості травми, локалізації ураження та індивідуальних чинників, симптоми можуть бути стійкими та значно впливати на повсякденне функціонування. У цьому контексті особливої ваги набуває роль нейропсихологічної діагностики та потреба у міждисциплінарному підході до реабілітації.

На сьогодні не існує чіткого і якісного визначення психосимптоматики, яка виникає внаслідок бойових ушкоджень головного мозку, попри численні спроби її класифікації в межах психіатрії, неврології та нейропсихології [1; 3; 5]. У наукових джерелах вона розглядається як поєднання когнітивних дефіцитів, емоційної нестабільності, поведінкових змін і психосоматичних скарг, але відсутність єдиної систематизації ускладнює як діагностику, так і побудову ефективної реабілітаційної програми [3; 5; 6]. Це підсилює потребу у

міждисциплінарному підході з акцентом на нейропсихологічну оцінку, індивідуальні клінічні характеристики та контекст бойової травматизації [1; 2; 3].

Слід зазначити, що на розвиток вивчення психосимптоматики у військовослужбовців з ушкодженням головного мозку вплинули як зарубіжні, так і вітчизняні дослідження, які акцентують увагу на взаємозв'язку між черепно-мозковою травмою, когнітивними розладами та емоційною дезадаптацією [1; 3; 5; 6]. Зокрема, праця Prince і Bruhns [3] довели важливість нейропсихологічної оцінки при легких ЧМТ, тоді як дослідження О. Козяра [5] та Н. Муляр [6] висвітлили особливості бойової вибухової травми й пов'язаних із нею психосимптомів в українських військових.

Разом з тим, Brenner et al. [1] посилили цю лінію аналізу, показавши критичний зв'язок між ЧМТ, ПТСР і суїцидальними ризиками, що підкреслює актуальність поглибленого клініко-психологічного супроводу осіб з бойовим досвідом.

Історично на розвиток вивчення психосимптоматики у військовослужбовців з ушкодженням головного мозку вплинули кілька наукових напрямків, серед яких особливе місце посідають нейропсихологічна концепція вищих психічних функцій, біопсихосоціальна модель психічного здоров'я, а також концепція бойової психотравматизації, що виникає внаслідок одночасної дії фізичних та психоемоційних чинників [1; 3; 5; 6].

Нейропсихологічний підхід, зокрема у дослідженні Prince і Bruhns [3], висвітлює значення структурно-функціонального підґрунтя когнітивних розладів, які виникають навіть при легких формах черепно-мозкової травми. Автори наголошують, що незважаючи на відсутність видимих змін у нейровізуалізаційних методах, у постраждалих часто спостерігаються труднощі з увагою, оперативною пам'яттю, плануванням дій та зорово-просторовими функціями, що суттєво знижує рівень адаптивності у післявоєнний період.

Треба зазначити, що біопсихосоціальна модель, представлена в роботах Brenner et al. [1], підкреслює важливість комплексного підходу до вивчення наслідків бойових травм, що враховує не лише біологічні механізми ураження мозку, але й психологічні реакції (наприклад, розвиток ПТСР, тривожних розладів, депресії), а також соціальні аспекти — стигматизацію, відчуття ізоляції, втрату ціннісних орієнтирів.

Особливої уваги заслуговує внесок українських науковців у цей напрям. Так, О. Козяр [5] у своїх працях систематизує основні нейропсихологічні наслідки черепно-мозкових ушкоджень у військовослужбовців та підкреслює труднощі диференціальної діагностики між проявами ЧМТ і симптомами ПТСР. У свою чергу, Н. Муляр [6] описує патоморфологічні особливості вибухової травми як особливого виду ушкодження центральної нервової системи, що супроводжується затриманою психосимптоматикою та високим ризиком хронізації.

Значний внесок у розширення уявлень про психосимптоматику бойової черепно-мозкової травми зроблено завдяки дослідженням у сфері посттравматичного стресового розладу. Зокрема, Brenner et al. [1] проаналізували зв'язок між легкими формами ЧМТ у ветеранів та розвитком ПТСР, депресії і

суїцидальної поведінки. Автори наголосили, що симптоми можуть проявлятися як безпосередньо після травматичної події, так і з відстроченим початком, що ускладнює ранню діагностику та своєчасне втручання. Така динаміка підтверджує необхідність тривалого моніторингу стану військовослужбовців навіть після повернення до мирного життя.

Слід зазначити, що Giordano et al. [2] розширили розуміння психосимптоматики, звернувши увагу на гендерні аспекти. Згідно з результатами їхнього систематичного огляду, жінки-військовослужбовиці після черепно-мозкової травми демонструють більшу вразливість до тривожних і депресивних проявів, емоційної нестабільності, а також соматичних скарг. Чоловіки, натомість, частіше демонструють зовнішню агресію, імпульсивність та ризиковану поведінку. Ці відмінності мають бути враховані під час формування програм психологічної допомоги та відновлення, орієнтованих на потреби конкретної групи.

Окрему увагу у вивченні симптомів ураження головного мозку заслуговує питання прихованої або так званої невидимої симптоматики, коли зовнішній стан військового не свідчить про глибину внутрішніх порушень. Prince і Bruhns [3] звертають увагу на те, що значна частина осіб із легкою ЧМТ не мають виразних клінічних проявів одразу після травми, однак згодом стикаються з труднощами у повсякденному функціонуванні — погіршенням концентрації, швидкості мислення, адаптації до стресу. Це знову ж підкреслює потребу в детальному когнітивному скринінгу та міждисциплінарній оцінці, яка включає не лише невролога, а й нейропсихолога, психотерапевта та соціального працівника.

Виходячи з наведеного, можемо констатувати, що психосимптоматика у військовослужбовців з ушкодженням або дисфункцією головного мозку є складним і багатоаспектним феноменом, формування якого обумовлено поєднанням нейрофізіологічних, психологічних та соціокультурних чинників [1; 2; 3; 5; 6]. Її прояви не обмежуються лише неврологічними або психіатричними симптомами, а охоплюють ширший спектр когнітивних, емоційних, поведінкових і соматичних розладів, які можуть змінюватися залежно від статі, часу після травми та зовнішнього середовища [2; 3].

Наявність прихованої симптоматики, описаної у роботах Prince і Bruhns [3], ускладнює раннє виявлення порушень, що потребує використання спеціалізованих нейропсихологічних інструментів та міждисциплінарного підходу до оцінки стану військовослужбовця. У свою чергу, дослідження Brenner et al. [1] підтверджують необхідність довготривалого супроводу осіб з бойовим досвідом з огляду на високі ризики розвитку депресії, ПТСР та суїцидальної поведінки.

Роботи українських дослідників, зокрема О. Козяра [5] і Н. Муляр С. [6], доповнюють загальну картину, наголошуючи на специфіці вибухової травми у бойових умовах, особливостях її клінічного перебігу та потребі адаптації міжнародних моделей діагностики і реабілітації до українського контексту.

Важливо пам'ятати, що психосимптоматика, яка виникає внаслідок бойових ушкоджень головного мозку, часто має відстрочений, хронічний або прихований характер, що може ускладнювати своєчасну діагностику та доступ до належної допомоги [1; 3; 6]. У багатьох випадках військовослужбовці не усвідомлюють зв'язок між перенесеною травмою і поступовим погіршенням

когнітивних функцій, емоційного стану чи поведінкових реакцій, що призводить до пізнього звернення по допомогу або ігнорування симптомів.

Література:

1. Brenner, L. A., et al. Розплутуючи зв'язки між черепно-мозковою травмою, психічним здоров'ям і суїцидом серед діючих військовослужбовців. *JAMA Network Open*, 6(7), e2327644. 2023. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.27644>
2. Giordano, K. R., Rojas-Valencia, L. M., Bhargava, V., & Lifshitz, J. Beyond Binary: Influence of Sex and Gender on Outcome after Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurotrauma*, 37(23), 2454–2459. <https://doi.org/10.1089/neu.2020.7230>
3. Prince, C., & Bruhns, M. E. Evaluation and Treatment of Mild Traumatic Brain Injury: The Role of Neuropsychology. *Brain Sciences*. 2017. 7(8), 105. <https://doi.org/10.3390/brainsci7080105>
4. Вибухова травма і розвиток хронічної травматичної енцефалопатії. Аналітична довідка. Київ: НДІ нейрохірургії ім. Ромоданова. 2020.
5. Козяр, О. Є. Диференційна діагностика ПТСР і ЧМТ у військових. *Військова медицина України*. 2021. 21(3). 41–47.
6. Муляр, Н. С. Патоморфологічні особливості ураження мозку при вибуховій травмі. *Журнал неврології і психіатрії*. 2022. №9. 12–19.
7. Редько, С. В. Нейропсихологічна допомога в бойових умовах: структура і досвід. *Медична психологія*. 2023. 14(1), 53–59.
8. Корсун, І. М. Когнітивний скринінг у військовослужбовців після фронту. *Український журнал охорони здоров'я*. 2023. №2(26), 18–23.
9. Міністерство охорони здоров'я України, Центр громадського здоров'я. Звіт епідеміологічного дослідження психічного здоров'я демобілізованих військових. Київ: МОЗ України. 2023.
10. Захист мозку з посттравматичними бойовими ушкодженнями. *Health-ua.com*. 2025. <https://health-ua.com/neurology/neiroxirurgiia/72591-zahist-mozku-zposttravmatichnimi-bojovimi-ushkodzhenniyami>
11. Медична просвіта до Всесвітнього дня обізнаності про травми голови. *ntuofficial.com*. 2025. <https://ntuofficial.com/news/medychnaprosvita-do-vsesvitnogo-dnya-obiznanosti-pro-travmy-golovy>
12. Стан психічного здоров'я військовослужбовців. *armyinform.com.ua*. 2025. <https://armyinform.com.ua/2023/02/28/stan-psyhichnogo-zdorovya-vijskovoslužhbovcziv-znachno-girshyj-nizh-sered-reshty-naselennya>

ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА АДАПТИВНОСТІ У ПОПЕРЕДЖЕННІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Березюк П.Б., Головська І.Г.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Анотація. У статті досліджено прогностичну роль емоційного інтелекту та адаптивності у попередженні емоційного вигорання. Представлено теоретичний аналіз концептів емоційного інтелекту як ресурсу саморегуляції та адаптивності як здатності особистості ефективно функціонувати в умовах стресу. На основі емпіричних даних виявлено, що високий рівень емоційного інтелекту та адаптивності істотно знижує ризик розвитку емоційного вигорання. Отримані результати засвідчили наявність статистично значущих зв'язків між високим рівнем соціальної фрустрованості та зростанням емоційного вигорання, а також зниженням рівнів емоційного інтелекту та

адаптивності та наявності статистично значущих негативних зв'язків між рівнем емоційного інтелекту та показниками емоційного вигорання. Зроблено висновки щодо необхідності розвитку цих характеристик у представників допоміжних професій для підтримки їхнього психологічного здоров'я.

Ключові слова: емоційний інтелект, адаптивність, емоційне вигорання, психологічна стійкість, профілактика вигорання

Постановка проблеми. У контексті зростаючого тиску на особистість в умовах професійної діяльності, соціальної нестабільності, цифрової трансформації та воєнної напруги в Україні, проблема емоційного вигорання набуває загрозливого масштабу. Особливо вразливими виявляються фахівці соціономічного профілю, в частості медичний персонал. Хронічний стрес, емоційне виснаження, деперсоналізація та втрата професійної ефективності знижують якість життя працівників, провокують психосоматичні розлади й знижують продуктивність у професійній діяльності.

З огляду на це, надзвичайно важливим є пошук внутрішньоособистісних ресурсів, що можуть виступати буферами або факторами стійкості до розвитку емоційного вигорання. До таких ресурсів належать емоційний інтелект як здатність до усвідомлення, розпізнавання, регулювання емоцій, а також адаптивність — гнучкість мислення, поведінкова варіативність та психологічна готовність до змін.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематика емоційного вигорання як професійного феномена розглядається у численних дослідженнях з кінця XX століття. Вперше термін «emotional burnout» був введений у науковий обіг американським психотерапевтом Гербертом Фрейденбергером (Freudenberger, 1974), який описав синдром хронічної втоми, виснаження та втрати мотивації у працівників допоміжних професій. Schutte et al. [5] виявили, що емоційний інтелект має обернений зв'язок із симптомами емоційного вигорання у працівників сфери охорони здоров'я. У метааналізі O'Boyle et al. [4] зазначено, що ЕІ є надійним предиктором професійного благополуччя, задоволення працею та стійкості до вигорання. Kinman & Grant [3] довели, що здатність до емоційної саморегуляції та гнучкості мислення значно знижує ризик вигорання в освітян та соціальних працівників. Дослідники П. І. Сидоров, А. Г. Соловйов та І. А. Новіков [2] визначили загальні прояви професійного вигорання: психофізіологічні, соціально-психологічні та поведінкові. Український науковець Д. Асонов досліджував моделі, фактори ризику та протективні фактори емоційного вигорання медичних працівників [1]. У контексті пошуку психологічних буферів вигорання особливу увагу сучасні дослідники приділяють емоційному інтелекту (ЕІ) та адаптивності як особистісним ресурсам стресостійкості.

Мета статті — визначити прогностичну значущість рівня розвитку емоційного інтелекту та адаптивності особистості у процесі попередження емоційного вигорання фахівців допомагаючих професій.

Виклад основного матеріалу. До дослідження було залучено 55 осіб віком від 25 до 55 років — представників допомагаючих професій (лікарі, медичні сестри). Стаж роботи — від 3 до 25 років. У дослідженні використано кількісно-якісний підхід. Збір емпіричних даних здійснювався за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик: діагностика «емоційного

інтелекту» (Н. Холл) (адаптована версія), методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана, методика діагностики рівня емоційного вигорання К.Маслач та С.Джексон, шкала адаптивності особистості (адаптація Rogers–Diamond).

З метою виявлення статистичних взаємозв'язків між особистісними ресурсами медичних працівників та рівнем їхнього емоційного вигорання, було проведено кореляційний аналіз. Результати цього аналізу засвідчили наявність статистично значущих негативних зв'язків між рівнем емоційного інтелекту (зокрема його складниками — саморегуляцією (управління своїми емоціями) та емпатією) та показниками емоційного вигорання: Емоційна саморегуляція (управління своїми емоціями) $\leftrightarrow$ емоційне виснаження: $r = -0,52$; $p < 0,01$.

Емпатія $\leftrightarrow$ деперсоналізація: $r = -0,46$; $p < 0,01$.

Показники адаптивності також виявили зворотну кореляцію з усіма трьома складовими емоційного вигорання. Найсильніше — з редукцією професійних досягнень ($r = -0,48$; $p < 0,01$).

Множинний регресійний аналіз показав, що емоційний інтелект виступає найвагомим предиктором у моделі попередження вигорання ($\beta = -0,43$), другорядним чинником є адаптивність ($\beta = -0,36$).

Побудована модель із двома незалежними змінними (ЕІ та адаптивність) пояснює 48% дисперсії рівня емоційного вигорання ($R^2 = 0,48$; $F = 27,62$; $p < 0,001$), що свідчить про високу прогностичну силу цих особистісних ресурсів.

У межах емпіричного дослідження було застосовано методику діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана, що дозволила виявити ступінь суб'єктивного незадоволення соціальним середовищем у представників допомагаючих професій. Цей показник є важливим у контексті аналізу емоційного вигорання, оскільки соціальна фрустрованість може виступати фоновим чинником хронічного емоційного напруження. Отримані результати засвідчили наявність статистично значущих зв'язків між високим рівнем соціальної фрустрованості та зростанням емоційного вигорання ($r = 0,61$; $p < 0,001$), а також зниженням рівня емоційного інтелекту ($r = -0,49$; $p < 0,01$) та адаптивності ($r = -0,53$; $p < 0,01$). За результатами регресійного аналізу було встановлено, що рівень соціальної фрустрованості є значущим предиктором емоційного вигорання ($R^2 = 0,48$; $F = 27,62$; $p < 0,001$), що підтверджує його роль як чинника ризику у професійному виснаженні та зниженні емоційної стабільності. Таким чином, цей індикатор було включено до дослідження як потенційний маркер уразливості до професійного виснаження та як фактор, що послаблює ресурси емоційної регуляції й адаптації.

Додатковий кластерний аналіз дозволив виокремити три типи адаптаційних профілів:

- Ресурсний тип (високий ЕІ і адаптивність, низьке вигорання),
- Амбівалентний тип (середні показники з тенденцією до вигорання),
- Ризиковий тип (низький ЕІ, низька адаптивність, високий рівень вигорання).

Отже, розглянемо детальніше типи адаптаційних профілів.

Ресурсний тип. Представники цього кластеру характеризуються високим рівнем емоційного інтелекту (ЕІ) та вираженою адаптивністю. Їхні показники за шкалами емоційного вигорання є значно нижчими порівняно з іншими групами.

Високий ЕІ проявляється у здатності цих осіб до глибокого самоусвідомлення власних емоційних станів, що дозволяє їм своєчасно розпізнавати перші ознаки стресу та емоційного перевантаження. Їхня розвинена саморегуляція дає змогу ефективно керувати власними емоційними реакціями на складні та емоційно насичені ситуації, не допускаючи їхньої ескалації та негативного впливу на професійну діяльність. Високий рівень емпатії сприяє встановленню глибокого емоційного контакту з пацієнтами, розумінню їхніх потреб та переживань без надмірної емоційної залученості, що є важливим захисним механізмом від деперсоналізації. Їхні розвинені соціальні навички полегшують комунікацію з колегами, керівництвом та пацієнтами, сприяючи формуванню сприятливого робочого середовища та отриманню соціальної підтримки. Висока адаптивність цих фахівців відображає їхню гнучкість у мисленні та поведінці, здатність швидко пристосовуватися до змін у робочому процесі, непередбачуваних ситуацій та високих вимог професії. Вони демонструють толерантність до невизначеності, що допомагає їм ефективно функціонувати в умовах динамічного медичного середовища. Їхні розвинені копінг-стратегії є конструктивними та спрямованими на вирішення проблем, а не на емоційне уникнення, що сприяє збереженню психологічної стійкості. Завдяки поєднанню високого ЕІ та адаптивності, представники ресурсного типу ефективно протистоять розвитку емоційного вигорання. Їхня здатність до саморегуляції запобігає емоційному виснаженню, емпатія, поєднана з емоційною дистанцією, захищає від деперсоналізації, а адаптивність сприяє збереженню відчуття професійної ефективності та запобігає редукції особистих досягнень.

Амбівалентний тип. Особи, що належать до цього кластеру, демонструють середні показники за шкалами емоційного інтелекту та адаптивності. Водночас спостерігається тенденція до підвищення рівня емоційного вигорання, хоча його показники ще не досягають критичних значень. Середні рівні ЕІ можуть свідчити про наявність певних навичок самоусвідомлення та регуляції емоцій, емпатії та адаптації, проте їх недостатню розвиненість для ефективного протистояння хронічному професійному стресу. У складних або тривалих стресових ситуаціях ці особи можуть відчувати труднощі з підтриманням емоційної рівноваги та адаптацією до нових вимог. Наявність тенденції до вигорання вказує на те, що ці особи вже відчують певний рівень емоційного напруження та виснаження, хоча їхні компенсаторні механізми (завдяки наявному, хоч і не високому, рівню ЕІ та адаптивності) поки що стримують подальший розвиток синдрому. Однак, при збільшенні стресового навантаження або недостатності підтримки, вони є потенційно вразливими до переходу в групу високого ризику. Низька організаційна підтримка, високе робоче навантаження, відсутність можливостей для емоційної розрядки, недостатність навичок ефективного копіngu, зростання рівня соціальної фрустрованості можуть стати критичними факторами, що призведуть до прогресування емоційного вигорання у представників амбівалентного типу. Важливим є також індивідуальна чутливість до стресу та наявність особистих проблем, що можуть нашаровуватися на професійні стресори.

Ризиковий тип. Представники цього кластеру характеризуються низьким рівнем емоційного інтелекту (ЕІ) та низькою адаптивністю. Їхні показники за шкалами емоційного вигорання є найвищими серед усіх досліджуваних груп.

Низький рівень ЕІ у цих осіб ускладнює розпізнавання власних емоцій та емоцій інших, що призводить до неефективної саморегуляції та труднощів у встановленні емпатичного контакту з пацієнтами без надмірної емоційної залученості. Їм може бути складно керувати власними емоційними реакціями на стрес, що підвищує ризик емоційного виснаження. Низькі соціальні навички можуть ускладнювати отримання необхідної соціальної підтримки на робочому місці. Низька адаптивність відображає труднощі цих осіб у пристосуванні до змін, непередбачуваних ситуацій та високих вимог професії. Вони можуть відчувати значний дискомфорт та стрес у нових або нестабільних умовах, демонструвати ригідність мислення та поведінки, а також використовувати неефективні копінг-стратегії, орієнтовані на уникнення або емоційну розрядку без вирішення проблеми. Поєднання низького ЕІ та низької адаптивності робить представників ризикового типу вкрай вразливими до розвитку емоційного вигорання. Високий рівень емоційного виснаження призводить до почуття хронічної втоми, апатії та зниження енергії. Деперсоналізація проявляється у цинічному та відстороненому ставленні до пацієнтів та колег. Редукція особистих досягнень супроводжується відчуттям власної неефективності та втратою мотивації до професійної діяльності. Ці фактори можуть мати серйозні наслідки як для їхньої професійної діяльності (зниження якості надання медичної допомоги, зростання кількості помилок), так і для особистого життя (проблеми у стосунках, погіршення фізичного та психічного здоров'я).

Таким чином, виокремлені кластери чітко ілюструють взаємозв'язок між особистісними ресурсами (емоційним інтелектом та адаптивністю) та рівнем емоційного вигорання у медичних працівників.

Висновки. Емоційний інтелект та адаптивність є надійними предикторами розвитку або попередження емоційного вигорання. Профілактика вигорання має передбачати цілеспрямовану роботу з розвитку емоційної компетентності, емпатії, навичок емоційної саморегуляції, а також тренінги адаптивного мислення. З огляду на прогностичний потенціал цих змінних, доцільним є запровадження системи психологічного моніторингу фахівців із метою раннього виявлення ризику вигорання та індивідуального супроводу.

Література:

1. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. НЕЙРONEWS. Психосоматична медицина та загальна практика. Вип. 6. № 2. 2021. С. 28-33. DOI: 10.26766/pmgp.v6i2.295
2. Синдром емоційного вигорання серед лікарів. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6659-sindrom-emotsiynogo-vigorannya-sered-likariv/>
3. Kinman G., Grant C. Exploring stress resilience in trainee social workers: The role of emotional and social competencies. British Journal of Social Work. 2011. Vol. 41(2). P. 261–275.
4. O'Boyle E. H., Humphrey R. H., Pollack J. M., Hawver T. H., Story P. A. The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. Journal of Organizational Behavior. 2011. Vol. 32(5). P. 788–818.
5. Schutte N. S., Malouff J. M., Thorsteinsson E. B., Bhullar N., Rooke S. E. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. Personality and Individual Differences. 2007. Vol. 42(6). P. 921–933.

ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ У ПРАКТИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ: МОЖЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ ДЛЯ ФАХІВЦЯ

Бекчив М. П.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Стрімкий розвиток штучного інтелекту (ШІ) та цифрових технологій суттєво впливає на трансформацію практичної психології, відкриваючи нові можливості для діагностики, супроводу й психотерапії. Сучасні дослідження засвідчують, що інтеграція інтелектуальних систем у психологічну практику дозволяє автоматизувати рутинні процеси, підвищити точність вимірювань, а також персоналізувати психотерапевтичні втручання. Зокрема, використання чат-ботів (Woebot, Wysa) і цифрових тестів розширює доступ до психологічної підтримки, особливо для віддалених чи вразливих груп населення. Предиктивна аналітика на основі машинного навчання допомагає виявляти ризики психічних розладів, прогнозувати ефективність терапії, що сприяє більш цілеспрямованому підходу до лікування [1; 2].

Водночас впровадження ШІ супроводжується низкою етичних викликів, серед яких ключовими є захист персональних даних, забезпечення конфіденційності, уникнення упередженості алгоритмів та збереження ролі фахівця як основного суб'єкта прийняття рішень. Особливої уваги потребує питання юридичної відповідальності, меж автономії алгоритмів та необхідності професійного контролю за використанням цифрових інструментів. Досвід застосування чат-ботів у психологічній підтримці засвідчує їхню ефективність у скринінгу, ранньому втручанні, персоналізації терапії, однак підкреслює важливість етичного супроводу, особливо щодо приватності даних і кризових ситуацій [3; 4].

Баланс між технологіями та людською підтримкою є визначальним для забезпечення якості психологічної допомоги в умовах цифрової трансформації. Для ефективного впровадження інтелектуальних систем необхідно розробити чіткі стандарти, забезпечити підготовку психологів до роботи з цифровими інструментами та здійснювати постійний моніторинг якості наданих послуг. Успішна інтеграція ШІ у практичну психологію можлива лише за умови збереження провідної ролі фахівця, який несе відповідальність за інтерпретацію результатів і прийняття рішень щодо терапії [5].

Важливо також враховувати, що технології ШІ не повинні замінювати живе спілкування між психологом і клієнтом, а лише доповнювати його. Людський фактор, емпатія та інтуїція залишаються незамінними у процесі психотерапії, особливо у складних випадках, де потрібен індивідуальний підхід і глибоке розуміння контексту життя пацієнта. Тому розвиток компетенцій психологів у роботі з новими технологіями є не менш важливим, ніж самі технологічні інновації [2; 6].

Крім того, застосування ШІ у психології відкриває перспективи для розширення доступу до допомоги у віддалених регіонах та серед вразливих верств населення, де нестача кваліфікованих фахівців є гострою проблемою. Цифрові платформи та чат-боти можуть стати першою лінією підтримки, сприяючи ранньому виявленню проблем і направленню до спеціалістів. Проте

для цього необхідно забезпечити високу якість і надійність таких сервісів, а також підвищувати цифрову грамотність користувачів [1; 4].

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою етичних, правових та освітніх стандартів використання штучного інтелекту у психологічній практиці, а також із вивченням впливу цифрових інструментів на якість психотерапевтичної взаємодії. Важливо також досліджувати довгострокові наслідки використання ШІ у психології, щоб уникнути потенційних ризиків і максимально використати можливості для покращення психічного здоров'я населення [3; 5].

Література:

1. Australian Psychological Society. How AI could support your work in psychology. 2024.
2. Stein et al. Artificial intelligence in mental healthcare: transformative potential vs. practical limitations. PMC, 2024.
3. Fisher C.E. The real ethical issues with AI for clinical psychiatry. Int Rev Psychiatry, 2025.
4. Chatbots in Psychology: Revolutionizing Clinical Support and Mental Health Care. SCIRP, 2024.
5. Ali A. Revolutionizing Mental Health: Harnessing Predictive Analytics for Proactive Intervention and Support. EasyChair, 2024.
6. A look into the fascinating field of AI psychology and its impact on our lives. AI for Social Good, 2024.

ПСИХОСИМПТОМАТИКА НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ

Коренькова О.А.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У сучасному соціумі, що перебуває в стані постійної турбулентності, психосоматичні порушення посідають одне з чільних місць серед клінічних проявів психологічної дезадаптації. Невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади мають складну багатофакторну природу, яка вимагає міждисциплінарного підходу до діагностики, терапії та реабілітації [1].

Актуальність теми зумовлена зростанням кількості випадків цих розладів унаслідок воєнних дій, соціальної нестабільності, особистісних криз. Метою роботи є аналіз психосимптоматики, теоретичних моделей пояснення цих розладів та можливостей психотерапевтичної допомоги.

Визначальним є поєднання когнітивно-поведінкової, психоаналітичної та біопсихосоціальної моделей, які дозволяють розглянути психосоматичну симптоматику в контексті внутрішніх конфліктів, поведінкових схем та соціального середовища [2; 4; 5].

Емоційна саморегуляція, низький рівень усвідомлення афекту, тривожні розлади та хронічний стрес сприяють формуванню клінічної картини. Із цим пов'язане широке застосування когнітивно-поведінкової терапії, методів майндфулнесу, тілесноорієнтованих практик, фармакотерапії тощо. Значна увага також приділяється психоедукації, груповій роботі та підтримці родинного середовища [4; 5].

Дослідження показують, що мультидисциплінарні програми лікування, які об'єднують медичні, психологічні та соціальні інтервенції, забезпечують

покращення якості життя пацієнтів, зниження інтенсивності симптомів, відновлення адаптаційних ресурсів [4; 5].

У контексті посттравматичних змін, які переживає українське суспільство, важливо враховувати й національні особливості реагування на стрес. Зокрема, традиції виховання, роль родини, колективізм, а також тривалий досвід адаптації до кризових умов формують особливу психологічну чутливість до психосоматичних проявів.

Крім того, слід зазначити, що розвиток цифрових технологій відкриває нові можливості для діагностики та терапії психосоматичних розладів. Зокрема, телемедицина, мобільні застосунки з самоспостереження, дистанційна психотерапія стають ефективними інструментами у сфері психічного здоров'я.

Таким чином, поєднання класичних клінічних підходів, адаптованих психотерапевтичних програм та цифрових рішень може стати основою для побудови ефективної системи реабілітації людей з психосоматичними симптомами в умовах затяжної соціальної та гуманітарної кризи.

У післявоєнний період, згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, кількість звернень громадян із симптомами психоемоційного виснаження, тривоги, соматичних скарг невстановленої етіології зросла у декілька разів. Це свідчить про необхідність системного підходу до надання допомоги, з урахуванням досвіду кризових психологічних інтервенцій [7].

Значну роль у діагностиці відіграють клініко-психологічні методики, адаптовані до українських умов, зокрема: опитувальники HADS, PHQ-15, а також інтерв'ювання, що враховує культурні особливості сприйняття симптомів [6]. У клінічній практиці важливо розрізняти функціональні соматичні скарги від соматичних проявів органічного походження.

Згідно з рекомендаціями Української асоціації психосоматичної медицини, психоедукація пацієнтів має ґрунтуватися на принципах доступності, емпатії та активної участі родини [8]. Ефективними також є інтегровані протоколи роботи мультидисциплінарних команд у закладах первинної медичної допомоги.

Окремо слід зазначити роль цифрових інструментів українського виробництва, таких як платформи для психологічного самотестування («Ти як?»), а також мобільних додатків для самодопомоги, які сприяють ранньому виявленню тривожних станів і посиленню ресурсів саморегуляції.

Таким чином, в українському контексті психосоматичні розлади розглядаються не лише як індивідуальна реакція на стрес, але й як відображення соціокультурних і національних механізмів адаптації. Подальші дослідження повинні враховувати інтеграцію міжнародного досвіду з унікальними умовами посттравматичного розвитку українського суспільства.

Література:

1. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. – 1977. – Vol. 196, No. 4286. – P. 129–136.
2. Fava G.A., Tomba E. Mental disorders as 'dysfunctional patterns': new perspectives in the treatment of somatoform disorders // CNS Drugs. – 2010. – Vol. 24, No. 8. – P. 635–647.
3. Freud S. Introductory Lectures on Psychoanalysis. – London : The Hogarth Press, 1917.
4. Hofmann S.G., Asnaani A., Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses // Cognitive Therapy and Research. – 2012. – Vol. 36. – P. 427–440.
5. Juster R.P., McEwen B.S., Lupien S.J. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2010. – Vol. 35, No. 1. – P. 2–16.
6. Ліщинська І.І. Психосоматична медицина: міждисциплінарний підхід. – Київ : Книга-плюс, 2020. – 212 с.
7. МОЗ України. Протоколи надання психологічної допомоги в умовах війни. – Київ : МОЗ України, 2023. – 48 с.
8. Слободянюк О.О. Стрес, тривога та тілесні прояви: психотерапевтичні підходи // Актуальні проблеми психології. – 2022. – Т. 4(16). – С. 45–59.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВПЛИВ КОЛЕКТИВНОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДОСВІДУ СУСПІЛЬСТВА ПІСЛЯ КРИЗИ.

Костецька Л., Лазоренко Т. М.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Постановка проблеми. Терористичні акти, примусове переміщення, масові техногенні чи природні катастрофи, пандемії та збройні конфлікти, протягом останніх десятиліть, все частіше набувають масштабності, що призводить до глибоких деструктивних наслідків для людської психіки.

Саме так, руйнуються межі індивідуальної травматизації та набувається характер колективної травми, яка зачіпає групи спільнот, народів, націй. Така травма, окрім впливу на психосоціальне та емоційне функціонування окремого індивіда, змінює в межах великих систем соціальних осередків ідентичність, довіру, ставлення до безпеки, комунікації та спосіб мислення.

Феномен колективної травми полягає в тому, що формується певне поле досвіду, котре проходить крізь покоління створюючи спільні наративи, поведінкові моделі, соціальну пам'ять та культурні образи.

На рівні громад чи націй, у процесі проживання кризи, проглядаються спільні реакції на стрес, які коливаються від підвищення солідарності й колективної мобілізації до масової тривожності, апатії, агресивності чи, взагалі, до депресивних тенденцій. Такі реакції, можуть мати як короткотривалий вплив, так, водночас, і пролонгований. Саме вони в посткризовий період і визначають вектор розвитку суспільства.

Хоча актуальність даної теми зростає, психологічна наука вітчизняного періоду, на сьогодні, має недостатню системну досліджуваність. Зокрема, не вистачає теоретичних узагальнень та емпіричних даних щодо механізмів формування ідентичності, впливу на соціальну поведінку колективної травми, її колективного подолання та ресурсної трансформації травматичного досвіду. Відзначається, також і актуальність вивчення ролі психолога, як ролі фахівця, котрий може знизити ризики повторної травматизації, посприяти формуванню

соціальної стійкості через сприяння інтеграції та осмисленню досвіду у більш конструктивному форматі.

Варто зауважити, що досліджуючи психологічний вплив колективної травми на суспільний досвід, що формується у посткризовий період має важливу значимість як у науковому, так і у практичному форматі для відновлення, зокрема, як здорового соціального клімату, так і сталого розвитку в цілому, враховуючи розробку ефективних програм психосоціальної підтримки.

Виклад основного матеріалу дослідження. Незалежно від своєї природи, травматичний досвід, є радикальним порушенням цілісності та функціонування психосоціальних чи особистісних структур, які втрачають здатність до негайного самовідновлення під впливом надмірного деструктивного чинника. Відновлення потребує активації компенсаторних спеціалізованих механізмів, які відсутні у ситуації стабільного та ненасильницького розвитку. Деякі випадки характеризуються спонтанними процесами реорганізації та психічної регенерації, повертаючи систему до відносної рівноваги. У більш складніших випадках, вкрай необхідною є зовнішня підтримка, зокрема психотерапевтичне втручання. Хоча, не виключенням є і ситуації, в котрих неможлива повна реконструкція внутрішніх структур. Відповідно, головним завданням постає перехід з дестабілізованого та критичного станів до функціонально адаптованого, мінімізуючи залишкові негативні наслідки. Під час незворотних змін їх крайні прояви охоплюють як тілесну нездатність (інвалідність), так і летальні наслідки, котрі унеможливають збереження життя як такого. [1, с. 102]

Саме на основі загальнішого поняття психологічної травматизації і розгортається інноваційність ідеї колективної травми, котра схильна набувати як клінічних форм (прикладом можна зазначити посттравматичний стресовий розлад), так і мати латентні чи субклінічні прояви, котрі пов'язані із дезінтеграцією фундаментальних уявлень про навколишню дійсність та уявлень особистості про себе чи інших. Визначальною ознакою колективної травми є її трансляція за межі кола безпосередніх жертв та проникнення у свідомість тих, хто не попав під прямий вплив травмуючих подій.

Таким чином, це явище охоплює широку мережу міжособистісних зв'язків, набуває характеру соціального феномена, а значить виходить за межі просторової чи особистісної локалізації. [2, с. 22]

Як соціально-психологічний феномен, колективна травма, виникає внаслідок подій, які порушують устаткований устрій життя великої кількості людей і визначаються як екстремальні події. Відповідно, до них можна віднести природні катастрофи, війни, пандемії, масові насильницькі дії або системні політичні репресії. Саме від таких подій в індивідуальній психіці залишаються глибокі сліди., але водночас, трансформується суспільна свідомість щодо уявлень безпеки, соціальної довіри та колективної ідентичності.

Окрім того, формування колективної травми під впливом значущих історичних катастрофічних подій, дозволяють визначати її як глибинне психосоціальне явище, котре підсилюється у свідомості великих соціальних груп. Зважаючи на те, що вона символічно та афективно впливати на осіб, котрі на були прямими її учасниками чи свідками, а не лише обмежується фізичним охопленням постраждалих чи безпосередньо зв'язком з подією, виокремлюється певна специфіка травматичної події.

Феномен травматичного досвіду характеризується пролонгованою дією. Він постає як частина колективної ідентичності, вкорінюється в культурному дискурсі й транслюється між поколіннями, набуваючи форми транскультуральної пам'яті, що живе поза часовими межами самої події. [3, с. 200]

У порівнянні з індивідуальною травмою, локалізованою в особистісному досвіді, відмінність колективної травми полягає в охопленні нею значної кількості осіб і постає, як частина спільного емоційного та культурного зв'язку. Ще однією, особливістю колективної травми є її шлях між поколіннями через традиції, ритуали пам'яті, мовчазні наративи, мистецтво та літературу.

Внаслідок чого, формується «травмована культура», котра є особливим типом посттравматичної поведінки. У цій «культурі» зростають рівні відчуження, апатії, недовіри, тривоги та гіперконтролю. Водночас в суспільстві виникають героїзація пережитого досвіду, солідарність, підвищена соціальна, які визначаються як компенсаторні реакції.

Звернемо увагу й на колективну пам'ять, як одну з вагомих психологічних механізмів, котрі застосовують під час формування суспільного посткризового досвіду. Вона відповідає за те, які саме елементи травматичного досвіду будуть збережені, трансформовані чи витіснені. Саме такі травматичні події, неосмисленні та витіснені поля суспільної свідомості, сприяють формуванню паталогічних колективних наративів, від почуття сорому до ідеалізації агресора чи, навіть, жертви.

Дослідження останніх років фокусують увагу на реакціях суспільства на травму, виокремлюючи їх як деструктивними, так і адаптивними. Відповідно негативними наслідками колективної травми можуть бути: фрагментація суспільства, зниження здатності до емпатії, масова тривожність, зростання соціальної агресії, втрата довіри до інституцій. Натомість, до адаптивних реакцій, включають: розвиток волонтерського руху, створення нових форм соціальної взаємодії, посилення громадянської свідомості, зміцнення національної ідентичності.

Ще одним з важливих напрямків є дослідження щодо вивчення відмінностей сприйняття колективної травми у ракурсі різних соціальних груп щодо регіональної чи вікової складової або ж залежно від попереднього досвіду. Тому і потребується для роботи з колективною пам'яттю та психосоціальною підтримкою розробка диференційованих підходів.

Формування практик соціального відновлення, включно з психотерапевтичними інтервенціями чи груповою підтримкою, спрямованою на перетворення колективної травми теж потребує особливої уваги. Адже вони сприяють як зменшенню, так і трансформації його в ресурс розвитку.

Отже, можна спостерігати тенденцію, коли дослідження психологічного впливу колективної травми відкривають перспективи не тільки для розуміння масштабних змін у суспільстві, а й для створення ефективних моделей відновлення, що інтегрують як індивідуальні, так і колективні стратегії подолання кризи. При цьому психологічна наука та практика мають у цьому процесі вагомий роль підтримуючи суспільство у проживанні кризи та допомагаючи вийти з неї з новими сенсами, цінностями та досвідом.

Висновок. Колективна травма це складний і багаторівневий феномен, котрий має глибокий вплив на психологічний стан суспільства. Вона змінює індивідуальні життєві стратегії та формує нові моделі соціальної взаємодії, ідентичності та культурної пам'яті. Пролонгований характер психологічного впливу колективної, котрий має своє проявлення безпосередньо як у переживаннях окремого індивіда, так і у наративах, символічних практиках, та у суспільних реакціях переданих від покоління до покоління. Саме осмисленість суспільства, його здатність до інтеграції та трансформації травматичних подій в історичний чи культурний контекст, без їх витіснення та відмові бути у стані жертви, впливає на формування посткризового досвіду.

Психолог у цьому процесі відіграє ключову роль, надаючи не лише індивідуальну чи групову допомогу, а й приймаючи участь під час формування безпечного середовища для осмислення травматичного досвіду у колективному форматі.

Підсумовуючи, варто зазначити, що подолання наслідків колективної травми є комплексним процесом потребуючим участі, як широкого кола фахівців, так і держави та громадянського суспільства. Тільки критичним переосмисленням, створенням конструктивних форм пам'яті та спільного пережитого зусилля можливе формування відповідального, стійкого та зрілого посткризового суспільства.

Література:

1. Горностай П.П., «Колективна травма як складна соціальна ситуація: системно-понятійний аналіз», «Психологія груп та міжособових відносин» Наукові студії із соціальної та політичної психології Вип. 48, 2021, с. 100 -111
2. Горностай П.П., «Психологія колективних травм: монографія / Павло Горностай»; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2023. – 336 с.
3. Фролова Н.В., «Феномен колективної травми в контексті сучасного українського досвіду її проживання»/«Collective trauma phenomenon in the context of the present day ukrainian going-throuhg – it experience», Габітус, Випуск 46, 2023, с. 199 -203

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНОСТІ

Цевух Ю. О., Цевух Л. Б.

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Одеський національний медичний університет

В умовах турбулентних змін оточуючого середовища, зростає навантаження на психіку людини і адаптаційні механізми не завжди здатні швидко відреагувати, оскільки чинників дестабілізації буває занадто багато. Як наслідок, зростає кількість людей, потребуючих психологічної або медичної психіатричної допомоги. Хоча психічне здоров'я є одним з основних прав людини, воно все більше піддається натиску з боку проблем сучасного світу.

Питаннями підтримки ментального здоров'я у світі займаються: Всесвітня організація з охорони здоров'я (ВООЗ), Генеральна Асамблея ООН, національні агенції з питань психічного здоров'я. В Україні основні питання психічного здоров'я регулюються законодавчо, надається підтримка через відповідні центри та громадські організації. Серед вітчизняних вчених можна назвати наступних: Івкін В. Карамушка, Л., Креденцер, О., Карамушка Л. М, Кремень В. Г, Куліш Т.

І., Лагодзінська, В., Панок В. Г., Предко В, Предко Д., Терещенко, К., Титаренко Т. М.

Важливо окреслити низку чинників, які суттєво впливають на зростання психічних проблем у суспільстві: соціально-економічні (безробіття, бідність, економічні кризи); політичні суперечності (переслідування за поглядами, терористичні атаки, війни); епідеміологічні (пандемії і вимушені обмеження соціальних контактів); стихійні явища (землетруси, повені); екологічні катастрофи, тощо.

Поширеність психічних захворювань в усьому світі зростає. За оцінками Національного інституту ментального здоров'я, в Сполучених Штатах Америки 23,1% дорослого населення живе з психічними розладами (59,3 мільйона у 2022 році). За оцінками ВООЗ, у регіоні Східного Середземномор'я більше 14% людей мають розлади психічного здоров'я. Дослідження Європейського Союзу, проведене у 2023р., продемонструвало, що протягом останнього року 46% респондентів стикалися з емоційними або психосоціальними проблемами, такими як почуття депресії або тривоги. Більшість респондентів відповіли, що останні світові події вплинули на їхнє психічне здоров'я. При цьому, 54% респондентів із проблемами психічного здоров'я не звертались за допомогою до фахівця. [1; 2; 3]

Відзначаючи Всесвітній день психічного здоров'я у 2023 році, у ВООЗ повідомили, що більше 1 мільярда людей у світі живуть із психічними, неврологічними розладами та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин. Також дослідники у ВООЗ виділили основні поведінкові чинники, що спричиняють шкоду здоров'ю населення, при цьому, вони залежать від самих людей, а отже, на них можна впливати. Серед них: вживання тютюну, недостатня фізична активність, шкідливе вживання алкоголю, нездорове харчування. Дані чинники безпосередньо впливають на низку неінфекційних захворювань (НІЗ), до якої відносяться серцево-судинні захворювання, діабет та інші. У 2021 році від НІЗ померли 75% людей (43 млн.), що не було пов'язано з пандемією у всьому світі. [2; 4]

Спираючись на визначення психічного здоров'я Всесвітньою організацією з охорони здоров'я як «стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами життя, реалізувати свої здібності, добре навчатися та потім працювати, а також робити внесок у суспільство», додамо, що воно безпосередньо впливає на якість життя людей, їх здатність до ефективної комунікації у суспільстві. У той же час, психічне здоров'я нації має направлений вектор на добробут, соціально-економічний розвиток, демографічну ситуацію. Відмітимо і безпекові наслідки підриву психічного здоров'я людей: може знижуватись суспільна стабільність, зростати рівень злочинності та суїцидів. Зазначимо, що раніше у визначенні ВООЗ також фігурувала «відсутність психічних розладів». На наш погляд, усі вищезазначені аспекти є важливими у рівній мірі для розуміння даного предмету дослідження. [5]

За таких умов, необхідними засобами підтримки і покращення психічного здоров'я нації виступають дії з боку держави. Перш за все, це доступність психологічної та медичної (психіатричної) допомоги, що реалізується через наявність кваліфікованих психологів-консультантів, психотерапевтів, медичних закладів, центрів допомоги, гарячих ліній, інноваційних рішень. По-друге, це

державне регулювання і контроль. Зазначимо, що з боку Уряду нашої держави робиться багато дій з метою покращення психічного здоров'я нації. Міністерство охорони здоров'я України впровадило послуги з охорони психічного здоров'я населення за напрямом «Психологічна та психіатрична допомога», які можна отримати безкоштовно на базі Програми медичних гарантій. Психологічна та психіатрична допомога є безоплатною за наявності відповідного контракту з НСЗУ. Для осіб, які потребують психологічної допомоги створені гарячі лінії та служби підтримки в Україні. Серед них, можна назвати: Лінію Національної психологічної асоціації, Лінію емоційної підтримки Міжнародної організації з міграції, Mental Help (онлайн-платформа, що створена в рамках проєкту USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я», який виконує організація «Пакт») та інші. Окремо для допомоги і комплексної соціально-психологічної підтримки ВПО функціонують наступні сервіси: Центри допомоги врятованим, Project HOPE у м. Львів, БФ «Право на захист», офіси якого діють у містах: Київ, Харків, Дніпро, Одеса, Львів та інших. Перевагою таких служб є те, що вони надають консультації на безоплатній основі, їх фахівці мають спеціальну підготовку та діють виключно на основі затверджених методик і стандартів. [6; 7]

У приватному секторі надаються психологічні послуги фахівців, які мають відповідну освіту і пройшли додаткові курси навчання, підвищивши рівень своєї кваліфікації. За останні три роки люди частіше стали звертатися до психологів та психотерапевтів за консультаціями. Незважаючи на те, що більшість фахівців працюють в межах закону, існують і люди, які називають себе «психологами», не маючи відповідної освіти. Для боротьби з таким шахрайством було введено низку заходів з боку держави. Розпорядженням Кабінету міністрів України від 21.06.2024р. вже проведено аналіз національного законодавства. Розроблено і затверджено професійні стандарти надання послуг у сфері психічного здоров'я, що стосуються таких професій як: лікар-психіатр, лікар- психотерапевт, клінічний психотерапевт, психолог та ін. У січні цього року прийнято Закон «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні». [8; 9]

З огляду на вищезазначене, нині психічне здоров'я є невід'ємною частиною благополуччя усього суспільства, а, отже, і критичною проблемою для нації, оскільки глобальний тягар проблем сучасності є величезним. Питання психічного здоров'я людей будь-якої країни стають дуже актуальними і потребують вирішення на рівні держави та на міжнаціональному рівні. У той же час, психічне здоров'я має внутрішню цінність для кожної особистості. Саме тому, в суспільстві мають панувати принципи покращення психічного благополуччя протягом усього життя. Для їх реалізації необхідно інформувати людей про можливість отримання психологічної підтримки тим, хто їх потребує. Як демонструє досвід та практика індивідуального приватного консультування, впровадження програм психосоціальної підтримки, вчасне звернення по допомогу знижує психоемоційне навантаження, сприяє упередженню виникнення психічних розладів, зменшує ризик суїцидів, тощо. У зв'язку з вищезазначеним, подальші дослідження варто сфокусувати на аналізі шляхів зміцнення психічного здоров'я, а саме: державної підтримки, регулювання ринку приватних психологічних послуг та застосовуванні науково-обґрунтованих методів.

Література:

1. National Institute of Mental Health. URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness> (дата звернення 8.05.2025)
2. World Mental Health Day 2023: mental health is a basic human right/ Eastern Mediterranean Region. URL: <https://www.emro.who.int/media/news/world-mental-health-day-2023-mental-health-is-a-basic-human-right.html> (дата звернення 8.05.2025)
3. Mental Health. European Union. URL: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032> (дата звернення 8.05.2025)
4. Noncommunicable diseases (NCDs) *World Health Organization*. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата звернення 11.05.2025)
5. Mental Health. World Health Organization. URL: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1 (дата звернення 11.05.2025)
6. Безоплатна психологічна та психіатрична допомога в Програмі медичних гарантій. *Урядовий портал*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/bezoplatna-psykholohichna-ta-psykhiatrychna-dopomoha-v-prohrami-medychnykh-harantii> (дата звернення 13.05.2025)
7. Контакти психологічної підтримки: для цивільних, для ветеранів, для дітей і підлітків, для ВПО і постраждалих від війни. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/kontakty-psiologichnoyi-pidtrimki-dlya-civilnih-dlya-veteraniv-dlya-ditej-i-pidlitkiv-dlya-vpo-i-postrazhdalih-vid-vijni> (дата звернення 8.05.2025)
8. План заходів на 2024-2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 р.: Розпорядження від 21 червня 2024 р. № 572-р. *Урядовий портал*. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/572-2024-%D1%80#Text> (дата звернення 11.05.2025)
9. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні: Закон України від 15.01.2025 р. № 4223-IX (введення в дію відбудеться 07.02.2026р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text> (дата звернення 13.5.2025)

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПСИХОПАТІЮ ТА ПРИЧИНИ ЇЇ ВИНИКНЕННЯ

Мельничук І. В., Тодорова Л. О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вивчення психопатії як розладу особистості є актуальним питанням у сучасній психологічній науці.

На сьогодні, термін «психопатія» вважається застарілим та на заміну йому використовується термін «розлади особистості», які класифікуються за індивідуальними симптоматичними розладами поведінки [10]. Разом з тим, термін «психопатія» все ж присутній в загальному використанні.

Разом з тим, психопатія, як складний та небезпечний психічний розлад, досі є недостатньо вивченим у теоретичному та практичному аспектах, тому ця тема є актуальною та потребує сучасних додаткових досліджень.

Слід зазначити, що загальна світова поширеність розладів особистості становить приблизно 9-16% усього населення [1]. За дослідженнями 2023 року в Україні близько 30% людей мають один з психічних розладів протягом життя, а діагностують лише один з 50-ти випадків психічних розладів [6, 11].

Мета нашої статті полягала в аналізі, розкритті та узагальненні розуміння конструкту психопатії в сучасній психології, а також в огляді причин виникнення психопатії за сучасними дослідженнями.

Об'єкт дослідження: конструкт психопатії.

Предмет дослідження: особливості прояву психопатії та причини її виникнення.

Узагальнюючи наукову літературу та публікації багатьох робіт [1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14], вбачається, що психопатія є багатограним поняттям та має різні тлумачення та трактування з поглядів різних шкіл психології, що створює потребу у більш детальному вивченні та розумінні сучасних поглядів та визначень. Спільним у матеріалах досліджень та визначень є розуміння того, що психопатія є патологічним проявом психіки людини, який створює несприятливий вплив на її оточення та саму особистість, що супроводжується соціальною, міжособистісною та професійною дезадаптацією.

Зокрема, за поглядом вітчизняної та європейської шкіл психології, психопатія визначається як патологічний розвиток особистості, внаслідок якого формуються неадекватне реагування та неправильні форми поведінки, при відсутності якісних порушень з боку свідомості та психічних процесів таких як сприймання, мислення, пам'ять, емоції [9, 3].

Також, є погляд на психопатію як на патологічні стани, які спричиняють дисгармонію особистості та її поведінки, що проявляється в декількох сферах особистості та зазвичай супроводжується дезінтеграцією особистісною та соціальною [5].

В темі психопатії доречно зазначити про відомого німецького психіатра Карла Леонгарда та його роботу щодо акцентуації рис характеру. Він вважав психопатією тотальну деформацію особистості в такій мірі, що порушує її соціальну адаптацію.

Першу класифікація психопатій розробив Еміль Крепелін в 1904 році [8].

Широкого визнання здобула класифікація психопатій, що включала типи психопатичних особистостей, та знайшла своє відображення в Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ) [7].

Слід зазначити, що в МКХ 10-го перегляду термін «психопатія» вже не зазначається, а на заміну йому використовується термін «розлад особистості».

Отже, на сьогодні, в МКХ-10 включені розлади особистості, які проявляються станами та поведінкою клінічного значення, які є стійкими та виражають певний спосіб життя та ставлення особистості до себе та інших: специфічні розлади особистості (F60); змішані та інші розлади особистості (F61); стійкі зміни особистості, не пов'язані з пошкодженням мозку та хворобою (F62); розлади звичок і потягів (F63); розлади гендерної ідентичності (F64); розлади сексуальних переваг (F65); психологічні та поведінкові розлади, пов'язані зі статевим розвитком і орієнтацією (F66); інші розлади дорослої особистості та поведінки (F68); неуточнений розлад особистості та поведінки дорослої людини (F69) [4, 9].

Дещо відмінним розуміння психопатії є на просторах американської школи психології. Тут визначення «психопатія» вживається поруч із визначенням «антисоціальний розлад особистості», яким описують людей із специфічною формою поведінки та особливими негативними рисами характеру,

які нехтують правами інших осіб та вчиняють вчинки пов'язані з агресією, введенням в оману, маніпуляціями, насиллям та ін. Психопатія в даному випадку концептуалізується як крайній прояв антисоціального розладу особистості. Також, переважна більшість досліджень присвячена саме психопатії, в розумінні більш екстремальної форми антисоціального розладу особистості [12].

Та разом з тим, Robert D.Hare, який досліджує психопатію з 1960-х років, не погоджується з тим, що терміни «антисоціальний розлад особистості» та «психопатія» є синонімами, оскільки за Довідником діагностичних критеріїв DSM «антисоціальний розлад особистості» охоплює переважно антисуспільну та злочинну поведінку, а «психопатія», на його думку, є сукупністю рис характеру та суспільно девіантної поведінки. Саме під керівництвом Robert D.Hare було розроблено контрольний перелік ознак психопатії (PCL-R) як новий, науково обґрунтований інструмент діагностики розладу особистості, який він називає «психопатія» [14].

Слід зазначити, що Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR від Американської психіатричної асоціації (DSM-5-TR) визначає десять розладів особистості які поділені на три кластера: кластер А («дивні» розлади); кластер В («драматичні» розлади); кластер С (тривожний, залежний та обсесивно-компульсивний розлад особистості) [1, 2].

На підставі вище зазначеного вбачаємо, що на сьогодні існують різні трактування та розуміння психопатії: як патологічний процес розвитку особистості, як розлад особистості певного типу та як окремий розлад особистості з особливим набором рис характеру (психопати), але не є діагнозом в розумінні МКХ-10 та DSM-5-TR.

Щодо причин виникнення та розвитку розладів особистості Дональд В.Блек та Ненсі К.Андреасен в своїй роботі детально узагальнили наявні на сьогодні погляди та результати досліджень [1].

Відомо, що розлади особистості формуються в підлітковому віці та набувають стійкого вираження на початку дорослого життя. Вважається, що ризик розвитку розладу особистості підвищують насильство, недбале ставлення до дитини, відсутність батьків у ранньому віці. Появі певних розладів особистості, наприклад шизотипового розладу, є пояснення на основі генетичного фактору. Також, є дослідження, які свідчать про певні ознаки спадковості антисоціального та межового розладів особистості. Слід зазначити, що встановлена низька поширеність антисоціального розладу особистості в Китаї, Японії та на Тайвані, що вказує на вплив культурних факторів на розвиток і форму прояву розладу особистості.

Серед нейробіологічних чинників розладів особистості визначені наступні: при шизотиповому розладі спостерігається порушення руху очей, погіршення виконавчої функції, збільшення розмірів шлуночків по відношенню до головного мозку; при антисоціальному та межових розладах спостерігається порушення нейротрансмісії серотоніну, що призводить до проявів агресивної та імпульсивної поведінки, виявлені зміни обміну речовин у префронтальній ділянці; також при антисоціальному розладі особистості спостерігається певна низька активність центральної нервової системи та збільшення її активності при потенційно ризикованих ситуаціях, наявні ознаки зменшення об'єму сірої речовини в префронтальній ділянці, виявляються функціональні порушення

роботи лімбічної системи та лобно-скроневої кори, які відповідають за регуляцію настрою та поведінки, що може приводити до імпульсивної агресії та емоційної лабільності [1].

Література:

1. Вступ до психіатрії: пер.7-го вид., Дональд В. Блек, Ненсі К. Андреасен; наук. ред. пер. Ганна Кожина. ВСВ «Медицина», 2024. 597 с.
2. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR від Американської психіатричної асоціації/пер.з англ. О.Лизак, МюПрокопович, О.Антониши. Львів: «Компанія «Манускрипт»», 2024. 592 с.
3. Максименко С.Д. Загальна психологія, Видання 3-є, перероблене і доповнене. Навчальний посібник. Київ, Центр учбової літератури, 2023. 272 с.
4. Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, 10-й перегляд (МКБ-10) – версія BOO3 для; 2019 – covid-expanded. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F60.8> (дата звернення: 02.05.2025).
5. Мішиєв В.Д., Омелянович В.Ю., Гриневич Є.Г. Психіатрія. Еталони практичних навичок: електронний навчальний посібник. Київ, НМАПО імені П.Л. Шупика, 2018. ISBN 978-966-409-211-8.
6. МОЗ України. Публікація. URL: <https://www.facebook.com/moz.ukr/posts/pfbid02vfiYfwH3MsxkDKDxMkaSqWNf71X5yNzghznRipX7bhhWggHMXSGdgqsTD66V3kcWl> (дата звернення: 22.04.2025).
7. Павленко Т.-М. Розлади особистості: розвиток уявлень, сучасні класифікації, погляди на терапію. Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія». 2018. Т. 1, № 1. С. 64–65. URL: <https://health-ua.com/article/36225-rozlad-osobistost-rozvitok-uyavlen-suchasnklasifkatc-poglyadi-na-terapyu> (дата звернення: 30.04.2025).
8. Павленко Т.-М. Розлади особистості: еволюція поглядів і сучасна концептуалізація. НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2018. № 4-5. С. 36–39. URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/4-5\(97\)/pages-36-39-rozlad-osobistosti-evolyuciya-poglyadiv-i-suchasna-konceptualizaciya#gsc.tab=0](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/4-5(97)/pages-36-39-rozlad-osobistosti-evolyuciya-poglyadiv-i-suchasna-konceptualizaciya#gsc.tab=0) (дата звернення: 22.04.2025).
9. Савенкова І.І. Патопсихологія, навчально-методичний посібник. Миколаїв, 2017.
10. Спицька Л. Психопатія: міф чи божевільна реальність?. Psychology Travelogs. 2023. № 2. С. 148–155. URL: <https://doi.org/10.31891/pt-2023-2-13> (дата звернення: 02.05.2025).
11. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/news/vidkrita-reestraciya-na-lekciyu-poshireni-psikhichni-rozladu-pacientiv-zpt-ta-osoblivosti> (дата звернення: 22.04.2025).
12. Daniel J.Fox, Antisocial, Narcissistic, and Borderline personality disorders. A new conceptualization of development, reinforcement, expression, and treatment; пер.з англ. О.М. Савінової. Київ. «Науковий світ», 2023. 240 с.
13. Patrick K. Psychopathy. Державний університет Флориди. URL: <https://surl.li/lmrqju> (дата звернення: 30.04.2025).
14. Robert D.Hare, Позбавлені совісті: лякаючий світ психопатів серед нас; пер.з англ. Я.І. Пізінціалі. Київ. «Науковий світ», 2023. 266 с.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ТА РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Шадт Д.О., Симоненко С.М.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми. У сучасному світі, що характеризується швидкими змінами та численними викликами, особливого значення набуває дослідження психологічних чинників, які сприяють

особистісному зростанню та адаптації. Самоактуалізація як процес реалізації потенціалу та пошуку сенсу життя є важливою для формування зрілої особистості, здатної до автономії, творчості та відповідальності. Водночас резильєнтність – здатність вдало адаптуватися до стресових ситуацій, долати труднощі та відновлюватися після травматичних подій – є необхідною умовою для психологічного добробуту та ефективного функціонування в умовах невизначеності.

Особливої актуальності набуває дослідження самоактуалізації та резильєнтності в юнацькому віці, оскільки цей період є критичним для формування ідентичності, ціннісних орієнтацій та механізмів адаптації. Юнаки стикаються з численними викликами, пов'язаними з навчанням, професійним самовизначенням, міжособистісними відносинами та пошуком свого місця в суспільстві. Розуміння особливостей самоактуалізації та резильєнтності в цей період має важливе значення для розробки ефективних стратегій підтримки та розвитку юнаків, зокрема – в умовах війни.

Мета дослідження: Виявити психологічні особливості самоактуалізації та резильєнтності в осіб юнацького віку.

Виклад основного матеріалу. Самоактуалізація є однією з ключових концепцій у сучасній психологічній науці, що відображає глибинні процеси особистісного зростання, пошуку сенсу життя та реалізації потенціалу. У сучасному психологічному дискурсі самоактуалізація розглядається не просто як абстрактний ідеал, а як динамічний процес, що включає такі важливі аспекти, як автентичність, внутрішня мотивація, ціннісні орієнтації та здатність до адаптації.

Дослідження останніх років підкреслюють тісний зв'язок між самоактуалізацією, внутрішньою мотивацією, емоційним благополуччям і задоволеністю життям. Зокрема, у теорії самодетермінації, розробленій Р. Раяном і Е. Дечі, самоактуалізація визначається як результат задоволення базових психологічних потреб в автономії, компетентності та взаємопов'язаності [5]. З цієї точки зору, самоактуалізація – це не просто прагнення стати «кращою версією себе», а глибинний процес, що розгортається в сприятливому соціально-психологічному контексті та вимагає певних внутрішніх і зовнішніх умов.

Важливим є також розгляд самоактуалізації як складного явища, що поєднує в собі процесуальну та станову природу. З одного боку, це динамічний процес постійного розвитку, розширення досвіду, самопізнання та реалізації потенціалу. З іншого боку, самоактуалізація може розглядатися як стан внутрішньої цілісності, гармонії, осмисленості життя та відчуття психологічного благополуччя. Таке розуміння самоактуалізації підкреслюється в дослідженнях В. О. Вовк та С. В. Грабішук, які наголошують на важливості самопізнання, ціннісного вибору, творчої активності, емоційної відкритості та соціальної залученості [1; 2].

У юнацькому віці самоактуалізація набуває специфічних рис, пов'язаних з процесами самопізнання, ціннісного вибору та формування автономії. Цей період характеризується активним пошуком сенсу життя, визначенням власних цілей та прагненням до реалізації індивідуального потенціалу.

Важливим аспектом самоактуалізації в юності є розвиток суб'єктності – здатності ухвалювати відповідальні рішення, здійснювати свідомий вибір та

адаптуватися до невизначеності. Юнаки стикаються з необхідністю самовизначення в різних сферах життя: освіті, професії, міжособистісних стосунках, що вимагає від них рефлексії, самоаналізу та готовності до екзистенційного ризику.

Дослідження показують, що самоактуалізація в юнацькому віці тісно пов'язана з емоційною зрілістю, відкритістю до нового досвіду та творчою активністю. Здатність виражати свої почуття, досліджувати різні можливості та знаходити нестандартні рішення сприяє процесу самопізнання та розгортання особистісного потенціалу.

Резильєнтність є важливим психологічним конструктом, що описує здатність особистості успішно адаптуватися до складних життєвих обставин, долати стреси та відновлюватися після травматичних подій. У сучасній психології резильєнтність розглядається не лише як відсутність негативних наслідків, а як активний процес позитивної адаптації, що включає особистісне зростання та розвиток психологічних ресурсів.

Сучасні дослідження резильєнтності підкреслюють її динамічний характер та контекстуальну зумовленість. Резильєнтність – це не статична риса, а скоріше процес, що розгортається в часі та залежить від взаємодії між індивідуальними характеристиками особистості та особливостями навколишнього середовища. Таке розуміння резильєнтності представлено в роботах українських дослідників, зокрема – Г. Лазоса, який розглядає резильєнтність як складну систему адаптивних механізмів, що дозволяють особистості зберігати психологічне благополуччя в умовах стресових ситуацій [3].

Важливим аспектом вивчення резильєнтності є визначення факторів, що сприяють або перешкоджають її розвитку. Дослідження показують, що резильєнтність пов'язана з цілим рядом індивідуальних ресурсів, таких як самооцінка, емоційний інтелект, когнітивні навички, соціальні зв'язки та внутрішня мотивація. Наприклад, К. Мілашенко у своїх дослідженнях підкреслює важливість автентичності як одного з ключових компонентів резильєнтності, оскільки відповідність поведінки внутрішнім цінностям сприяє формуванню внутрішньої сили та психологічної стійкості [4].

Особлива увага приділяється вивченню резильєнтності в юнацькому віці, оскільки цей період є критичним для формування особистісної ідентичності та адаптації до соціальних викликів. Розвиток резильєнтності в цей період передбачає формування ефективних стратегій подолання труднощів, вміння мобілізувати внутрішні та зовнішні ресурси, а також здатність знаходити позитивний сенс у складних ситуаціях. Дослідження підкреслюють, що резильєнтність у юнацькому віці пов'язана з такими факторами, як: самооцінка та віра у власні сили; навички саморегуляції; соціальна підтримка та позитивні міжособистісні стосунки; когнітивна гнучкість та оптимізм; наявність цілей та життєвих цінностей.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні з метою виявлення психологічних особливостей самоактуалізації осіб юнацького віку з різним рівнем резильєнтності було використано комплекс психодіагностичних методів. Для оцінки рівня самоактуалізації застосовувалися опитувальник «САМОАЛ» (адаптація А. Лазукіної та Н. Каліної) та самоактуалізаційний тест Е. Шострома. Рівень резильєнтності визначався за допомогою шкали резильєнтності Коннора-

Девідсона-10. У дослідженні взяли участь 50 осіб віком від 20 до 23 років. Опитування проводилося в онлайн-форматі з використанням платформи «Google Forms». Для аналізу отриманих даних використовувалися методи кількісного та якісного аналізу, а також методи математико-статистичної обробки, включаючи кореляційний аналіз Пірсона.

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних за шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона-10 виявив значні відмінності у здатності юнаків адаптуватися до складних життєвих обставин. Високий рівень резильєнтності продемонстрували 18 осіб, що становить 36% від загальної вибірки. Ці юнаки характеризуються здатністю ефективно пристосовуватися до змін, гнучкістю мислення, вмінням знаходити сенс у складних ситуаціях. Вони здатні зберігати спокій під тиском, приймати складні рішення та долати перешкоди. Середній рівень резильєнтності виявлено у 10 респондентів (20%). Це вказує на наявність певного потенціалу до адаптації, однак його прояви є нестійкими та залежать від конкретних обставин. Низький рівень резильєнтності виявлено у 12 учасників дослідження (24%). Ці юнаки мають труднощі у справлянні зі стресом, часто не вірять у свою здатність долати перешкоди, схильні до дезорганізації мислення, зниженої концентрації уваги, труднощів у контролі емоцій та прийнятті рішень.

Аналіз результатів дослідження самоактуалізації за допомогою опитувальника «САМОАЛ» та самоактуалізаційного тесту Е. Шострома виявив різноманітність рівнів вираженості окремих показників серед досліджуваних юнаків. Близько 27% досліджуваних продемонстрували високі показники за різними шкалами самоактуалізації, такими як орієнтація в часі, цінності, погляд на природу людини, потреба в пізнанні, творчість, автономність, спонтанність, саморозуміння, аутосимпатія та контактність. Це свідчить про наявність у цієї групи юнаків розвинених рис самоактуалізованої особистості. Найбільша частина вибірки (47%) показала середні рівні за цими ж шкалами. Це свідчить про те, що процеси самоактуалізації у них ще не завершені, можуть бути суперечності між внутрішніми прагненнями та зовнішніми впливами, недостатня цілісність та автономність. І, зрештою, 26% досліджуваних мають низькі показники самоактуалізації. Це може вказувати на наявність внутрішніх конфліктів, залежність від минулого, неприйняття себе та інших, закритість до нового досвіду, конформність та труднощі у встановленні глибоких міжособистісних зв'язків.

Висновки. Проведене дослідження підтвердило важливість вивчення самоактуалізації та резильєнтності в юнацькому віці як чинників, що сприяють особистісному зростанню та адаптації. Отримані результати свідчать про те, що значна частина юнаків знаходиться в процесі становлення самоактуалізованої особистості, але ще не досягла її повною мірою. При цьому виявлено значні відмінності у рівнях резильєнтності серед досліджуваних, що вказує на різний ступінь їхньої здатності долати життєві труднощі.

Встановлено, що самоактуалізація тісно пов'язана з такими характеристиками, як автономність, внутрішня мотивація, творчість, емоційна відкритість та здатність приймати себе та інших. Резильєнтність, у свою чергу, виявилася пов'язаною з гнучкістю мислення, вмінням знаходити сенс у складних ситуаціях, вірою у власні сили та ефективними стратегіями подолання стресу.

Отримані дані можуть бути використані для розробки психологічних програм, спрямованих на підтримку самоактуалізації та розвитку резильєнтності у молоді, що сприятиме їхньому психологічному благополуччю та успішній адаптації до дорослого життя.

Література:

1. Вовк В. О. Прагнення до самоактуалізації як інтегративний показник розвитку суб'єктної позиції сучасного студента. Психологічний часопис. 2017. № 4. С. 155-167.
2. Грабішук С. В. Аналіз моделей самоактуалізації майбутніх фахівців у сучасній психологічній літературі. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2017. № 2. С. 33-38.
3. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології. Том 3 : Консультаційна психологія і психотерапія. Вінниця: ФОП Рогальська І. О., 2018. Вип. 14. С. 26–64.
4. Mylashenko K. The Role of Emotional Intelligence in Self-Actualization of Personality. Psychological Counseling and Psychotherapy. 2019. №11. P.59-66
5. Ryan, R. M., & Deci, E. L. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. Guilford publications. 2017. 653 p.

PECULIARITIES OF PERFECTIONISM AND TENDENCIES TOWARD SELF-HARM

A.M. Taraniuk, I.P. Kondratieva

State Institution «South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky»

The empirical study of the relationship between perfectionism and self-destructive behavior was conducted in three stages:

1. **Preparatory stage**, which involved preparing for the study: selecting and adapting psychodiagnostic tools, translating and approving one of the methods, and developing an author's questionnaire to collect information from participants.
2. **Main stage**, which included creating an online survey using Google Forms and distributing it via the Internet.
3. **Final stage**, which consisted of mathematical and statistical processing of the collected data and their further interpretation.

Considering the situation in the country, the study was conducted remotely. A Google Forms questionnaire was created and distributed via social networks. The survey included several key elements: an address to participants stating the research objective and instructions for completing the form; a consent form to participate in the study with an option to decline; a questionnaire to collect social and demographic data of respondents; and psychodiagnostic tools allowing the assessment of the level and type of perfectionism, as well as the frequency, intensity, duration, and functional aspects of self-harming behavior.

Before the study began, all participants were introduced to the informed consent form [4]. Respondents agreed to participate in the study and were informed of their right to discontinue participation at any time. The introductory section stated that all information provided would be kept confidential, with details on data storage and publication conditions.

Below is the distribution of study participants by levels of perfectionism. According to the results:

- 77 respondents (55.5%) demonstrated a high level of perfectionism, indicating high performance standards and a drive to achieve the best outcomes.
- 36 respondents (25.5%) showed a medium level of perfectionism. This group had moderate expectations regarding achievements and showed some flexibility in defining quality standards.
- 25 respondents (18.4%) had a low level of perfectionism, suggesting lower self-demands and greater flexibility in goal achievement (see Fig. 1).

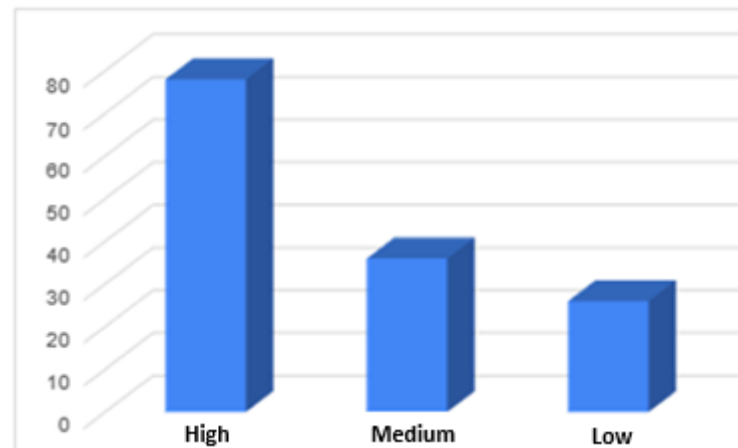


Fig. 1. Classification of respondents by degree of perfectionism.

According to the results, 44 respondents (31%) reported self-destructive behavior. This indicates a significant portion of individuals prone to self-destruction, which may be associated with various psychological factors (see Fig. 2).

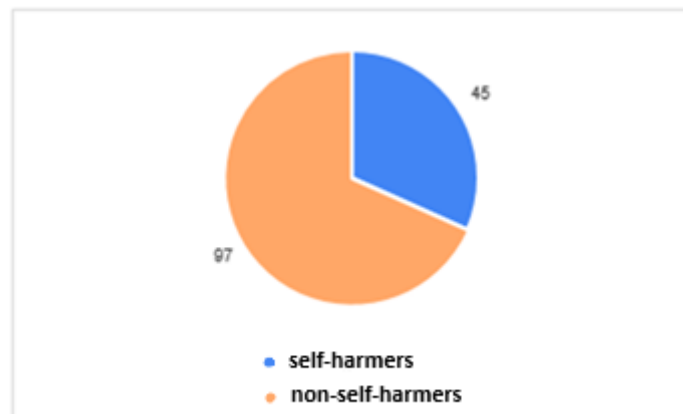


Fig. 2. Classification of respondents based on manifestations of self-destructive behavior.

The study showed that self-harming behavior varied in duration among respondents:

- 9 respondents (6.40%) had engaged in self-harm less than a year ago;
- 4 participants (2.84%) indicated such behavior occurred 1–2 years ago;
- 8 respondents (5.69%) – 2–3 years ago;
- 6 individuals (3%) – 3–5 years ago;
- The largest group, 18 respondents (18.70%), reported experiences of self-harm more than five years ago.

This indicates that self-harming behavior can be both short-term and chronic, with long-term psychological consequences for those affected (see Fig. 3).

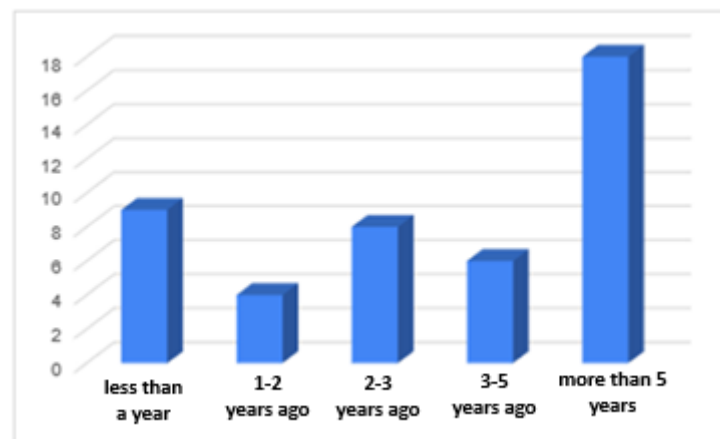


Fig. 3. Distribution of participants by timing of most recent self-harming behavior.

During the research, several challenges arose that are worth noting. One major issue was the inability to provide verbal instructions to participants on how to complete the methods. This was especially important as the research was conducted online, making verbal communication impossible [3].

There were also difficulties providing additional explanations or answering questions from participants during the survey process. This limitation may have affected the accuracy of instructions' interpretation and the precision of responses, potentially influencing data quality.

To gather data within the empirical study of perfectionism and self-harming behavior, survey and psychodiagnostic methods were used. Participants were given various psychodiagnostic tools, listed below [5].

The questionnaire for assessing perfectionism, developed in 1996, was based on statements from patients with emotional disorders in outpatient treatment [1]. The instrument was later refined and underwent reliability and validity testing, confirming its effectiveness in diagnosing perfectionistic traits.

This method is designed to assess the overall level of perfectionism and the intensity of its individual components:

- **Polarized thinking** – a tendency for dichotomous perception of outcomes, where planning and evaluation occur on an “all or nothing” basis.
- **Focusing on own mistakes and failures** – a tendency to selectively pay attention to negative results, leading to self-criticism and lowered self-esteem.
- **Aspiration for high performance standards, success orientation** – a tendency to set ambitious goals and look up to the most successful people as role models.
- **Excessive self-demands** – the urge to set challenging tasks and ambitious plans that may exceed actual capabilities.
- **Perceived social pressure and expectations** – the belief that others have overly high expectations, prompting constant comparison and internal stress.

Perfectionism level is measured on a scale from 0 to 4, where 0 means complete disagreement, and 4 means complete agreement. Evaluation criteria include:

- Dependence on others' opinions
- Tendency to self-blame

- Polarized “all or nothing” thinking
- Focus on one’s own mistakes and failures
- Orientation toward high performance standards
- Excessive demands on oneself
- Sense of social pressure and expectations

In our study, an adapted Ukrainian-language version of the method was used. It had been modified to better suit linguistic and cultural context, achieving an overall reliability level (Cronbach’s alpha) of 0.75.

Internal consistency analysis of individual scales confirmed their psychometric stability:

- Polarized thinking – $\alpha = 0.75$
- Excessive self-demands – $\alpha = 0.74$
- Dependence on others’ evaluation – $\alpha = 0.73$
- Orientation toward high performance standards – $\alpha = 0.73$
- Focusing on own mistakes and failures – $\alpha = 0.72$
- Perceived social pressure and expectations – $\alpha = 0.68$
- Tendency to self-blame – $\alpha = 0.67$

The results confirm that the adapted method is a reliable tool for studying the level of perfectionism and its components and can be used in psychological research to assess personal manifestations of perfectionistic tendencies [2].

References:

1. Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18(3).
2. Kamushadze T, Martskvishvili K, Mestvirishvili M, Odilavadze M. Does Perfectionism Lead to Well-Being. The Role of Flow and Personality Traits. *Eur J Psychol*. 2021 May 31;17(2):43-57.
3. Sadath A, Troya MI, Nicholson S, Cully G, Leahy D, Ramos Costa AP, Benson R, Corcoran P, Griffin E, Phillip E, Cassidy E, Jeffers A, Shiely F, Alberdi-Páramo Í, Kavalidou K, Arensman E. Physical and mental illness comorbidity among individuals with frequent self-harm episodes: A mixed-methods study. *Front Psychiatry*. 2023 Mar 9;14:1121313.
4. Seeliger, H., & Harendza, S. (2017). Is perfect good? - Dimensions of perfectionism in newly admitted medical students. *BMC Med Educ*, 17(1), 206.
5. Whitlock, J. L. (2010). What is self-injury? Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults.

METHODS OF PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND DIAGNOSIS OF EMOTIONAL STATE

A.S. Fastykovska

State Institution “South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky”

The participant selection process was carried out in stages, using clearly defined inclusion and exclusion criteria.

Participant recruitment. During the specified period, volunteers were recruited to participate in a training program based on the BASIC Ph model. Targeted informational mailings aimed at representatives of the educational sector in one of the metropolitan areas were used to attract respondents. At this stage, all interested

individuals provided official consent to participate in the study, which included being informed about its goals, procedures, and potential risks.

Preliminary survey and basic diagnostics. Before the main stage of the study, all selected participants completed socio-demographic questionnaires containing information about experienced crisis situations and irreversible losses. At this stage, the basic level of resilience was assessed using the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25) and a specialized questionnaire corresponding to the structure of BASIC Ph.

Comprehensive pre-training testing. Immediately before the start of the training program, respondents underwent a detailed psychological assessment that included a number of standardized scales:

- W&SAS – determining the level of everyday distress;
- PHQ-9 – assessing the presence and severity of depressive symptoms;
- GAD-7 – measuring the level of generalized anxiety;
- Impact of Event Scale – Revised (IES-R) – assessing the psychological impact of traumatic events.

Application of exclusion criteria. The obtained results served as the basis for selecting the final sample. Participants who showed clinically significant manifestations of anxiety that could distort the study results or negatively affect their psychological state were excluded from further participation.

Final sample composition. At the final stage, participants were not divided into control and experimental groups. All selected respondents underwent training in a unified format, which made it possible to assess its impact on resilience holistically without external interference.

This step-by-step procedure ensured the quality and compliance of the sample with the stated research criteria, allowing reliable conclusions to be drawn about the effectiveness of the intervention [4].

The level of everyday distress was assessed using the Work and Social Adjustment Scale (WSAS), which determines the degree of negative impact of stress factors on daily life and professional activity (Cronbach's $\alpha = 0.89$).

This tool focuses on measuring the decline in adaptive capabilities caused by psycho-emotional tension and allows an assessment of how mental health issues affect:

- fulfillment of professional responsibilities;
- everyday household tasks;
- participation in social and personal leisure;
- quality of interpersonal and family relationships.

The WSAS is a widely used tool in clinical and research practice, as it provides a quantitative measure of the degree of maladaptation and allows tracking changes in personality functioning under psycho-emotional influence [2].

The severity of depression and generalized anxiety symptoms was assessed using standardized questionnaires PHQ-9 and GAD-7, which are publicly available screening tools for determining psycho-emotional state.

These scales, widely used in clinical and research settings, allow the identification of depressive and anxiety symptoms in various contexts and among different population groups. The PHQ-9 is focused on evaluating depressive symptoms, including decreased motivation, changes in mood and energy level, while the GAD-7

focuses on indicators of generalized anxiety, such as increased tension, worry, and difficulty concentrating.

Both tools are compact and effective methods of initial detection of mental disorders, allowing quick assessment of the severity of emotional disturbances and their impact on a person's daily life.

Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms were assessed using the Impact of Event Scale – Revised (IES-R), a standardized self-report instrument with high reliability (Cronbach's $\alpha = 0.92\text{--}0.96$). This method is used to measure the severity of post-traumatic symptoms, including intrusive memories, avoidance, and hyperarousal of the nervous system. It is particularly effective for analyzing the consequences of recent and clearly defined traumatic events, allowing the intensity of their impact on the respondent's emotional state to be assessed [5].

The level of resilience was assessed using the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25), a reliable psychometric instrument (Cronbach's $\alpha = 0.90$). This questionnaire provides a quantitative assessment of psychological resilience, determining the personality's adaptive resources, its ability to effectively cope with stress and maintain functionality in crisis situations.

This assessment tool is based on the concept of resilience as "the ability not only to adapt, but also to grow despite adverse circumstances." Its main emphasis is on internal personality factors such as self-efficacy, situational control, spiritual beliefs, and self-regulation ability [1].

As a complement to this measurement, the BASIC Ph questionnaire was used, the features of which were discussed earlier. It is important to note that unlike the CD-RISC-25, which focuses primarily on individual adaptive mechanisms, BASIC Ph also takes into account the role of social support in overcoming stressful situations [3]. Therefore, combining both instruments allows for a more holistic picture of resilience, covering both internal personal resources and external support factors.

The assessment of the effectiveness of training interventions was to be based on analysis of the results obtained using the two key scales measuring resilience.

The first follow-up measurement was planned one month after the end of the training, to evaluate initial changes in participants' stress resistance levels. It was scheduled to be conducted in the autumn period of one of the research years.

The next assessment stage was to take place three months after the intervention, which would have made it possible to explore the dynamics of long-term effects. However, due to organizational reasons, this stage was not implemented, which became a methodological limitation of the study that should be taken into account when interpreting the obtained data.

References:

1. Ayalon, O., & Lahad, M. (2012). Life-Box: A Dynamic Stress Management System for Individuals and Groups, 86-87.
2. Eshel, Y., Kimhi, S., Lahad, M., Leykin, D., & Goroshit, M. (2018). Risk Factors as Major Determinants of Resilience: A Replication Study. *Community Mental Health Journal*.
3. Jennings, E. A., Farrell, M. T., Liu, Y., & Montanac, L. (2022). Associations between cognitive function and marital status in the United States, South Africa, Mexico, and China. *SSM*.
4. Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25–30.

5. Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., III, Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40.

THE RELATIONSHIP BETWEEN GENDER IDENTITY AND LIFE SATISFACTION IN YOUNG WOMEN

Bondarenco O., Glavan A.

State University of Moldova

Relevance. Today, the issue of gender identity is widely discussed among both scholars and practitioners, as it is closely related to fundamental aspects of personality formation and self-determination. Understanding and accepting one's gender identity plays a key role in young women's perception of life satisfaction. It affects their social interactions, professional fulfillment, and personal relationships with others. Despite significant advances in gender studies, there are still many unanswered questions about the influence of gender identity on various aspects of life, making this topic relevant and important in contemporary society.

The age range of 18 to 30 is the most important period in the life of any person, when significant changes are actively taking place at the social, personal, and professional levels. The topic of gender identity takes on particular importance at this age as a significant aspect of self-determination, as it is often accompanied by self-exploration and the exploration of different strategies for behavior and self-expression. Thus, the aim of the study is to examine the relationship between gender identity and life satisfaction among young women. The hypotheses of the study are as follows:

1. There is a relationship between gender identity and life satisfaction among young women.

2. Acceptance of one's gender identity contributes to higher life satisfaction among young women.

3. There is a relationship between gender identity type and subjective happiness.

To achieve these objectives, we used the following research methods: Theoretical research methods: analysis and synthesis of scientific literature; Empirical research methods: The unfinished sentence technique for studying gender identity, developed by L. N. Ozhigova [5] ; The gender role questionnaire by S. Bem [5] ; Methodology “Life Satisfaction Diagnostic Test” (LSDT) by A. B. Belousov, developed on the basis of the concept by R. Kh. Shakurov[4]; Methodology: “Subjective Happiness Scale” (SHS) by S. Lyubomirsky [1].

The sample includes 41 women aged 18-30 working in fields such as education, medicine, IT, services, business, marketing, creative industries, etc.

By the theoretical aspects, gender identity self-determination is a key element of a person's self-image, shaped by biological, psychological and socio-cultural factors. For girls and young women (aged 18 to 30), this aspect is particularly important, as this is a period of active self-discovery, affirmation of personal roles and the development of a strong sense of self-esteem.[3] Women who feel inner harmony with their gender role tend to adapt more easily to their environment and are characterised by a more balanced emotional state. The ability to perceive gender roles flexibly makes it easier to cope with external influences and contradictions between one's own desires and social norms. [6] This, in turn, leads to a higher level of personal well-being. However,

the influence of gender identity cannot be assessed out of context. Common stereotypes can hinder the free acceptance of gender roles and provoke internal conflicts. Women who experience a discrepancy between their beliefs and social expectations (e.g., pressure to be a perfect mother or wife) may experience dissatisfaction, anxiety, and emotional exhaustion. External factors such as support from loved ones, level of education and financial stability also have a significant impact. All of these factors directly influence how women view themselves and their place in society. Today, the importance of gender identity may be overshadowed by other factors. However, its contribution to overall well-being remains significant. [2] Therefore, the formation of a conscious and accepted gender identity is positively associated with personal development and psychological stability. Helping women accept their gender roles and overcome limiting stereotypes is a necessary condition for increasing their life satisfaction and achieving harmony with themselves.

RESULTS OF THE EMPIRICAL RESEARCH

The vast majority of women in the sample (93%—38 participants) are characterised by **androgynous**, which means a balanced combination of masculine and feminine characteristics. Only a small proportion—7% of the total sample—exhibit pronounced feminine traits. Meanwhile, there are no masculine participants in the sample, despite the fact that many of them have pronounced masculine characteristics.

The unfinished sentence technique allowed us to explore gender identity perception even more broadly, revealing respondents' personal associations with femininity, strength, and the role of women in society. Many participants emphasise in their responses the importance of traditional feminine qualities such as caring, love, emotionality and the ability to support others. For example, women's responses often emphasise the desire to be loved, understanding their femininity through caring for themselves and others, and recognising the role of women in the family. Several respondents express disappointment and even sadness that outdated ideas persist about women having to be caring housewives or fulfil certain social roles, such as having children and doing housework. Women express a desire to break free from these stereotypes and express themselves through various aspects of their personalities, including their careers, personal interests, and self-development. Most of the women's responses show that they are willing to combine different traits traditionally associated with men and women. Many women assert that they can be both strong and independent as well as caring and emotional. This is confirmed by responses in which women acknowledge their ability to be multifaceted individuals, combining different aspects of gender roles. Respondents' answers also clearly express a desire for respect and recognition of their personalities, regardless of gender roles. Women actively reject the idea that they should conform to stereotypes or be limited in their opportunities. They strive to be free in their actions and perceptions of themselves, without restrictions.

To study the level of subjective happiness among young women, we used the Subjective Happiness Scale (SHS). Forty-one women aged 18 to 30 participated in the survey. We assessed the level of subjective happiness among the participants based on their ratings of four statements.

The results ranged from 12 to 28 points, which indicates a wide distribution of values among the respondents. Among them, there are those with low levels of subjective happiness and those with fairly high levels of happiness. The average score

in the sample was 21 points. This indicates a moderate level of life satisfaction among the participating women and confirms the existence of individual differences in the perception of happiness.

Speaking of the results of our correlation analysis between Gender Identity and level of life satisfaction, we can see on the table 1 that femininity has no significant correlation with most factors of life satisfaction. Traditional notions of femininity (e.g., caring, emotionality) are not determining factors for overall life satisfaction in the group of women studied. Masculinity, on the contrary, shows more pronounced correlations with factors related to achievement and stability.

Table 1 Correlations between gender identity type and life satisfaction level

	Spearman's correlation (rho)	Coefficient p
Masculinity	0.380	0.015
Femininity	0.009	0.958
Androgyny	-0.343	0.033

This may indicate that women with more pronounced masculine traits (e.g., ambition, independence) tend to rate their lives as more satisfying in terms of career achievement and financial stability. It is important to note that this may also be related to the social role in which women with high masculinity may exhibit leadership qualities, ambition, and a desire for independence. Androgyny shows negative correlations with factors such as achievement, material wealth, professional sphere, and stability. This may indicate that women with more balanced masculine and feminine qualities face difficulties in achieving career goals, stability, and confidence in their financial situation.

CONCLUSION

The study explored the relationship between gender identity and life satisfaction among young women. The results suggest that gender identity is a meaningful factor influencing one's perception of life and well-being. Women who display traditionally masculine traits-such as independence, ambition, and a drive for success-tend to report higher life satisfaction. These traits are linked to career growth, financial independence, and a greater sense of control over life, contributing to psychological well-being. However, the initial hypotheses were only partially confirmed. While a weak positive correlation was found between masculinity and life satisfaction, the relationship between femininity and life satisfaction was statistically insignificant. Surprisingly, androgyny showed a negative correlation with life satisfaction, contradicting expectations that a balance of masculine and feminine traits would enhance well-being. The hypothesis that acceptance of one's gender identity leads to higher life satisfaction was also not fully supported. Awareness and acceptance of gender roles, particularly feminine ones, did not significantly impact life satisfaction in this sample. Androgynous women often experienced greater anxiety and internal conflict, without a corresponding increase in life satisfaction. Social stereotypes remain influential. Many participants reported internal conflict between societal expectations (e.g., roles of mothers and wives) and personal aspirations, leading to stress and reduced satisfaction. This highlights the need for social support and the freedom to express one's identity

outside traditional gender norms. In conclusion, for young women, the formation and acceptance of gender identity is an important, though complex, factor in life satisfaction. Cultural, social, and individual influences must be considered, especially in a society where gender roles are rapidly evolving. Psychological well-being appears closely tied to the ability to navigate these influences while maintaining inner harmony.

References:

1. Belousov, A.B. Test for diagnosing life satisfaction (TLS) // *Psychology of happiness and life satisfaction*. Moscow: Nauka, 2006. ISSN 1993-5552
2. BUTLER, G. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. V-A-C press, 2022. 270 pp. ISBN 5-907183-47-6
3. FELDSHTEN, D.I. *Psychology of Human Development as a Personality: Selected Works: in 2 vols. Vol. 1*. Moscow: MPSI; Voronezh: MODEK, 2005. pp. 372-380. ISBN 5-89502-698-2.
4. Osin, E. N., Leontiev, D. A. Brief Russian-language scales for diagnosing subjective well-being: psychometric characteristics and comparative analysis//*Monitoring public opinion*. 2020. No. 1. URL: <https://doi.org/10.14515/monitoring.2020.1.06>
5. Psychodiagnostic methods for studying gender characteristics of personality. E. D. Bespanskaya Pavlenko. – Minsk: Belarusian State University, 2013. ISBN 978-985-518-932-0. URL: <https://elib.bsu.by/bitstream/123456789/105002/1/Bespanskaja2.pdf>
6. TYULKINA V. A. Life satisfaction as a component of subjective well-being in men and women // *Scientific and methodological electronic journal 'Concept'*. – 2016. – Vol. 32. – P. 203–212. – URL: <https://e-koncept.ru/2016/56686.htm>

THE PSYCHOLOGICAL ESSENCE OF A PERSON'S ATTITUDE TOWARD SUCCESS

Bykova S.V.

State Institution "South Ukrainian National Pedagogical University named after K.D. Ushynsky"

The problem of forming and developing a personality's orientation toward success is one of the central issues in modern psychology of motivation and self-regulation. Success in life and professional activity cannot be explained solely by the presence of abilities or external circumstances. The decisive factor is a person's internal psychological readiness – their mindset, which directs cognitive processes, the emotional-motivational sphere, and behavior toward achieving positive outcomes.

The success mindset is a multidimensional phenomenon that combines cognitive, emotional, and behavioral components. Research by domestic and foreign scholars (D. Uznadze, A. Bandura, C. Dweck, D. McClelland, and others) demonstrates that it serves as the core of personality self-regulation and largely determines the level of life and professional fulfillment.

The first ideas about mindset were formulated in the works of D. Uznadze, who defined it as the "internal readiness" of the psyche for certain activities. In the Western tradition, a close concept is attitude, which includes cognitive, affective, and behavioral components [5].

Further development of the concept took place within motivational theories. In particular, in the works of D. McClelland and J. Atkinson, the relationship between motives of achievement and avoidance of failure was described [1, 4]. A. Bandura substantiated the concept of self-efficacy – the belief in one's ability to achieve set goals [2]. C. Dweck, in her "growth mindset" theory, emphasized that an individual's

beliefs about the development of abilities influence their persistence and willingness to overcome difficulties [3].

Thus, the success mindset is considered an integral formation that determines the direction of activity, the strength of motivation, and the nature of behavioral strategies.

In scientific literature, several key components of this phenomenon are distinguished:

- cognitive component – a system of representations about success, expectations of results, and attributions of one's own achievements and failures;

- emotional-motivational component – experiences of hope, optimism, and interest that sustain activity; the internal value of the goal;

- volitional-regulative component – the ability to exercise self-control, planning, and persistence in achieving set tasks;

- behavioral component – concrete actions aimed at achieving results, readiness to experiment with new strategies, and the ability to use feedback.

The success mindset functions as a holistic system, meaning that changes in one component inevitably influence the others.

The mechanism of the success mindset lies in filtering information and choosing behavioral strategies. It determines how an individual interprets difficulties – for example, as insurmountable obstacles or as challenges for growth. Expectation of success increases readiness for sustained activity, whereas orientation toward failure leads to avoidance of activity or rapid cessation of efforts.

An important factor is the attributional style. If success is attributed to effort and strategies, and failure to lack of preparation or variable factors, a constructive mindset for further activity is formed. Conversely, attributing results solely to external circumstances or “innate abilities” decreases the likelihood of repeating achievements.

The social environment also influences the formation of mindset. For instance, a culture that tolerates mistakes as a learning resource stimulates persistence and readiness to experiment. In contrast, an environment where mistakes are perceived as defeat fosters avoidance strategies and undermines the pursuit of achievements.

The formation of a success mindset is possible through:

- cognitive restructuring of beliefs (transition from fixed ideas to growth mindset);

- training in attributional flexibility – learning to explain failures through variable and controllable factors;

- goal-setting methods: defining specific, achievable, and meaningful goals;

- self-regulation techniques (breathing exercises, micro-breaks, planning);

- mentoring and high-quality feedback in learning and work;

- practicing self-compassion as a prevention of maladaptive perfectionism [3].

Thus, the success mindset is not only an individual trait but also the result of interaction between the personality and the social and cultural environment.

The psychological essence of the success mindset lies in its regulatory function: it coordinates cognitive, emotional, and behavioral processes, ensuring consistency and purposefulness of activity. The success mindset manifests in readiness to overcome difficulties, the ability to interpret mistakes as resources, intrinsic motivation, and persistence.

The development of this phenomenon requires a comprehensive approach that includes work with beliefs, the emotional sphere, self-regulation skills, and social conditions. The success mindset is a key factor in personal and professional

development, determining a person's ability not only to achieve goals but also to transform life difficulties into a source of growth.

References:

1. Atkinson, J. W. (1981). Studying personality in the context of an advanced motivational psychology. *American Psychologist*, 36(2), 117–128.
2. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 1977, 84(2), 191–215.
3. Dweck C.S. *Mindset: The New Psychology of Success*. New York: Random House, 2006. 283 p.
4. McClelland D.C. *Human motivation*. Cambridge University Press, 1988. 215 p.
5. Uznadze D. N. *Psychology of attitude*. Tbilisi: Tbilisi University Publishing House, 1966. 340 p.

ПРОЯВ АДАПТИВНИХ ТА ДЕЗАДАПТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ

Поспелова І.Д., Канюка О.Є.

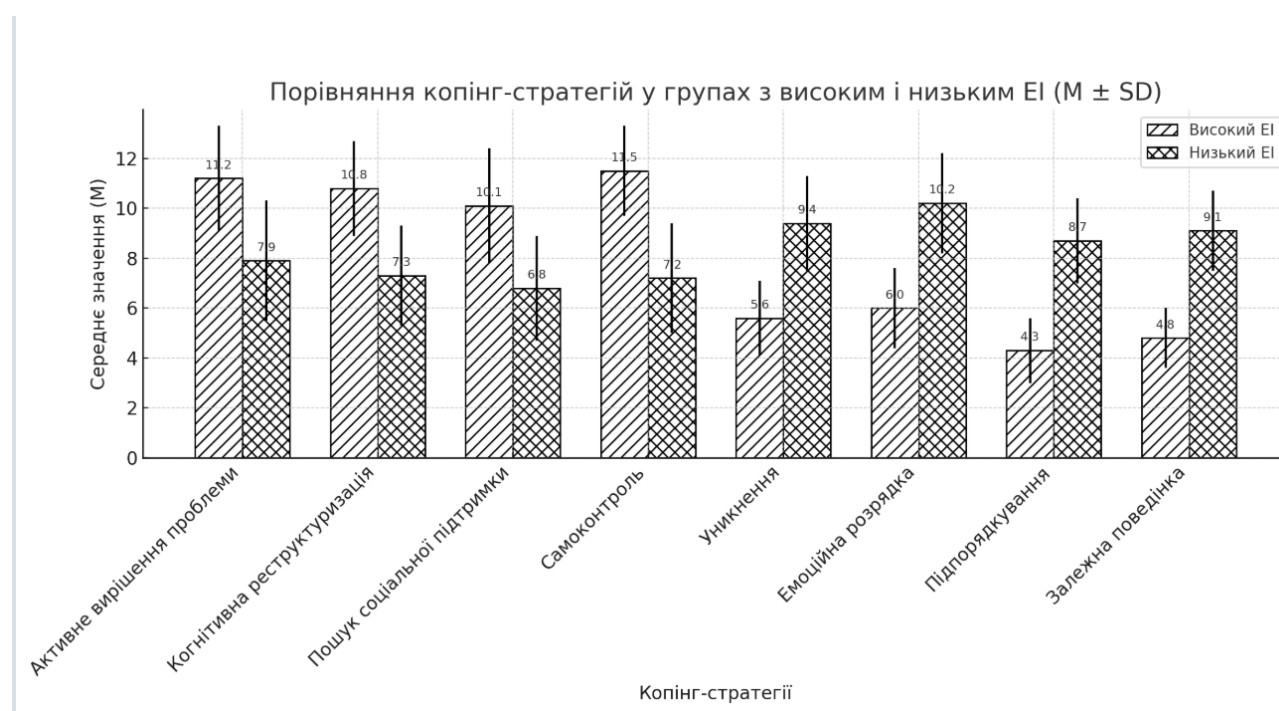
*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність дослідження. Копінг-стратегії — це психологічні методи, які люди використовують для подолання стресових ситуацій, що виникають у процесі життєдіяльності. Вони можуть бути адаптивними або дезадаптивними, в залежності від того, наскільки ефективно вони сприяють збереженню психічної та фізіологічної рівноваги. Одним із основних факторів, що впливає на вибір копінг-стратегії, є рівень емоційного інтелекту (ЕІ) особистості. Люди з високим рівнем ЕІ мають більш розвинену здатність до самоусвідомлення своїх емоцій, а також здатність ефективно керувати ними, що сприяє застосуванню адаптивних копінг-стратегій. У свою чергу, особи з низьким рівнем ЕІ можуть мати схильність до використання дезадаптивних стратегій, що посилюють стрес і погіршують психологічне самопочуття.

Проблема емоційного інтелекту та його зв'язку з подоланням стресу широко досліджується в сучасній психологічній науці. Д. Гоулман [4] визначив емоційний інтелект як ключовий фактор особистісної успішності та стійкості до стресу. Згідно з дослідженнями [5], емоційний інтелект включає здатність до розпізнавання, використання, розуміння та регуляції емоцій. У дослідженні Євченко І., Маслюка А. та ін. [1] встановлено, що високий рівень емоційного інтелекту пов'язаний із застосуванням адаптивних копінг-стратегій, таких як планування та пошук соціальної підтримки, а також сприяє зниженню негативного впливу стресу. Подібні результати подано й у роботі Жиліна М., Малиш В. та ін. [2], де виявлено, що низький рівень емоційного інтелекту корелює з униканням і емоційним дистанціюванням, тоді як високий — з конструктивними способами подолання труднощів. Однак недостатньо вивчено, як саме проявляються адаптивні та дезадаптивні стратегії в осіб з різним рівнем емоційного інтелекту і стало метою цього дослідження.

Мета дослідження – визначити особливості прояву адаптивних та дезадаптивних копінг-стратегій у осіб із різним рівнем емоційного інтелекту. У дослідженні взяли участь 150 осіб віком 18–45 років (студенти, педагоги, медичні працівники). Для визначення взаємозв'язку між рівнем емоційного інтелекту та типами копінг-стратегій використовувалися методи: методика емоційного інтелекту Д.В. Люсіна (EI-DB); Опитувальник копінг-стратегій С. Едісона (Edison Coping Inventory). Також використано методи математичної статистики (кореляційний аналіз Пірсона, U-критерій Манна-Уїтні).

Для наочності результати статистичного аналізу було відображено у вигляді графіка. Графік демонструє порівняння середніх значень копінг-стратегій у групах осіб з високим та низьким рівнем емоційного інтелекту, що дозволяє зробити висновки про зв'язок емоційної компетентності з характером подолання стресових ситуацій. Усі показники наведені з урахуванням стандартного відхилення, що дозволяє оцінити стабільність вибору стратегій у межах кожної групи.



Результати показали, що у групі осіб з високим емоційним інтелектом спостерігається виражене домінування адаптивних копінг-стратегій. Зокрема, середнє значення за шкалою активного вирішення проблем у цій групі становить 11,2 бала, тоді як у групі з низьким EI — лише 7,9 бала. Різниця складає 3,3 бала, і ця відмінність є статистично значущою ($t=3,11$; $p < 0,01$). Це свідчить про те, що особи з високим рівнем емоційного інтелекту частіше діють цілеспрямовано й конструктивно у складних ситуаціях.

Аналогічна тенденція спостерігається у використанні когнітивної реструктуризації: 10,8 бала в групі з високим ЕІ проти 7,3 бала в групі з низьким, з різницею у 3,5 бала ($t=3,42$; $p < 0,01$). Це свідчить про здатність до позитивного переосмислення стресових ситуацій у осіб з розвиненою емоційною компетентністю. Показник пошуку соціальної підтримки також є вищим у групі з високим ЕІ (10,1 бала проти 6,8), різниця становить 3,3 бала ($t=2,87$; $p < 0,01$), що вказує на відкритість до взаємодії та вміння звертатися по допомогу. Найбільша розбіжність виявлена за шкалою самоконтролю — 11,5 бала у групі з високим ЕІ та 7,2 бала у групі з низьким, різниця 4,3 бала ($t=4,01$; $p < 0,001$), що відображає здатність до ефективної емоційної регуляції у складних умовах.

У той час, як адаптивні стратегії переважають у респондентів з високим емоційним інтелектом, у групі з низьким ЕІ домінують дезадаптивні копінг-стратегії. Наприклад, уникнення є більш характерним для осіб з низьким ЕІ — 9,4 бала проти 5,6 у групі з високим ЕІ, різниця становить 3,8 бала ($t=-3,65$; $p < 0,01$). Подібна картина спостерігається у використанні емоційної розрядки: 10,2 бала у групі з низьким ЕІ проти 6,0 у групі з високим, різниця — 4,2 бала ($t=-4,27$; $p < 0,001$). Це свідчить про більшу афективну збудливість і схильність до імпульсивних емоційних реакцій у першій групі.

Високі показники за шкалами підпорядкування (8,7 проти 4,3; різниця — 4,4 бала, $t=-4,03$; $p < 0,001$) та залежної поведінки (9,1 проти 4,8; різниця — 4,3 бала, $t=-3,98$; $p < 0,001$) також свідчать про менш зрілий стиль подолання, що супроводжується перекладанням відповідальності на інших та пасивним прийняттям ситуації.

Таким чином, побудований графік підтверджує висунуту гіпотезу дослідження: високий рівень емоційного інтелекту асоціюється з переважанням адаптивних, конструктивних копінг-стратегій, таких як активне вирішення проблем, позитивне переосмислення, пошук підтримки та самоконтроль. Низький рівень ЕІ, навпаки, пов'язаний з частішим використанням дезадаптивних форм реагування, зокрема уникненням, емоційною розрядкою, підпорядкуванням і залежною поведінкою. Виявлені відмінності мають значний розмір ефекту та високий рівень статистичної значущості ($p < 0,01$ або $p < 0,001$), що дозволяє вважати ці результати надійним емпіричним підтвердженням зв'язку між емоційною компетентністю та ефективністю подолання стресових ситуацій.

Проведене дослідження дало змогу всебічно реалізувати поставлену мету — визначити особливості прояву адаптивних та дезадаптивних копінг-стратегій у осіб із різним рівнем емоційного інтелекту. На основі виконаних завдань можна сформулювати такі основні **висновки**:

1. У результаті теоретичного аналізу підтверджено, що емоційний інтелект є важливою індивідуально-психологічною характеристикою, яка включає в себе здатність до розпізнавання, розуміння, регуляції та вираження емоцій. Його рівень тісно пов'язаний зі способом реагування на стрес і вибором копінг-стратегій. Адаптивні стратегії, такі як активне вирішення проблем, когнітивна реструктуризація, самоконтроль та пошук соціальної підтримки, забезпечують ефективнішу адаптацію до труднощів і психоемоційне благополуччя.

2. В емпіричній частині дослідження за допомогою методики Д.В. Люсіна було визначено рівні емоційного інтелекту серед респондентів, а опитувальник копінг-стратегій С. Едісона дозволив виявити репертуар їх поведінкових реакцій у стресових ситуаціях. У вибірці було виділено дві групи — з високим та низьким рівнем ЕІ — для подальшого порівняльного аналізу.

3. Було встановлено, що респонденти з високим рівнем емоційного інтелекту демонструють значно вищі показники за шкалами активного вирішення проблем, когнітивного переосмислення, пошуку соціальної підтримки та самоконтролю. Натомість особам з низьким рівнем ЕІ властиве домінування дезадаптивних стратегій — уникнення, емоційної розрядки, підпорядкування та залежної поведінки. Відмінності між групами є статистично значущими (рівень значущості $p < 0,01$ та $p < 0,001$), що свідчить про надійність отриманих результатів.

4. Кореляційний аналіз виявив наявність прямих зв'язків між окремими компонентами емоційного інтелекту (саморегуляцією, розумінням та контролем емоцій) і використанням адаптивних копінг-стратегій. Також зафіксовано негативні кореляції між низьким рівнем емоційного інтелекту і схильністю до деструктивних реакцій на стрес, що дозволяє говорити про системну роль ЕІ у процесі подолання труднощів.

5. Таким чином, отримані результати **підтверджують гіпотезу дослідження**: особи з високим рівнем емоційного інтелекту значно частіше використовують адаптивні стратегії подолання (активне вирішення, позитивне переосмислення, емоційна саморегуляція), тоді як особи з низьким ЕІ виявляють схильність до дезадаптивних способів реагування, зокрема уникнення, емоційного зриву та залежної поведінки.

6. Отримані результати дозволяють сформулювати рекомендації щодо розвитку адаптивного копіngu через формування емоційної грамотності. Це може реалізовуватись у форматі тренінгів емоційного інтелекту, психопросвітницьких програм, формування навичок емоційної регуляції, що сприятиме підвищенню стресостійкості та ефективнішому подоланню життєвих криз.

Отже, дослідження засвідчило вагоме значення емоційного інтелекту у структурі психологічної адаптації та окреслило напрями його практичного застосування в контексті психологічної допомоги особам, які перебувають у кризових або стресогенних обставинах.

Література:

1. Євченко І., Маслюк А., Миронець С., Дубініна К., Ортікова Н. (2025). Вплив емоційного інтелекту на копінг-навічки *International Journal of Statistics in Medical Research*. 2024. 14, 257–265. DOI: <https://doi.org/10.6000/1929-6029.2025.14.25>
2. Жилін М., Малиш В., Мендело В., Потапюк Л., Галаган В. The impact of emotional intelligence on coping strategies for psychological trauma // *Environment and Social Psychology*. 2024. Т. 9, № 7.
<https://esp.as-pub.com/index.php/esp/article/view/2370/1307>
3. Addison C. Psychometric evaluation of Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF). In *The Jackson Heart Study cohort. International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2007. Vol. 4(4). P. 289–295.
4. Goleman D. *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books, 1995. 352 с.
5. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D. *Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications*. *Psychological Inquiry*, 2004. том 15, випуск № 3, с. 197–215.

ПРОЯВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ У ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ

Денисенко А.О., Шувалова О.І.

Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Актуальність дослідження. Умови повномасштабної війни в Україні створюють для громадян постійний психоемоційний тиск, що вимагає високого рівня адаптації та стійкості до стресових впливів. Жінки, які виконують соціальні, професійні та родинні ролі, часто опиняються у ситуаціях подвійного навантаження: турбота про дітей, підтримка членів сім'ї, волонтерська діяльність або участь у професійній діяльності у складних обставинах. У цьому контексті прояв психологічної стійкості у жінок набуває особливої ваги як чинник психічного благополуччя, адаптації до екстремальних умов та підтримки ресурсного функціонування. Попри наявні дослідження в галузі резилієнтності, досі недостатньо вивчені зв'язки між рівнем психологічної стійкості, копінг-стратегіями та особистісними ресурсами саме у жіночій вибірці в умовах війни. Це обумовлює наукову та практичну значущість вивчення даного феномена.

Поняття психологічної стійкості (resilience) розглядається як здатність особистості адаптуватися до складних життєвих обставин та зберігати ефективне функціонування (Коннор і Девідсон, 2003; Лютар, 2015; Bonanno, 2004). Дослідники відзначають важливість індивідуальних ресурсів, таких як емоційна регуляція, підтримка, життєва мета, які сприяють розвитку стійкості (Masten, 2014; Тарабрина, 2018). У сучасних дослідженнях (Зейгарник, Скворцова, Гаврилова, 2022; Böttche et al., 2023) вказується на роль копінг-стратегій у підтриманні психічної рівноваги в умовах травматичного досвіду.

В українському контексті під час війни зростає інтерес до вивчення адаптаційних механізмів у жінок (Кратенко, 2022; Мельник, 2023), однак емпіричних

підтвердженнь взаємозв'язків між психологічною стійкістю, життестійкістю та копінг-поведінкою в умовах війни наразі недостатньо. Необхідним є дослідження профілів функціонування жінок з різними рівнями адаптивних ресурсів, що дозволить формувати ефективні стратегії психологічної підтримки.

Мета дослідження - виявити особливості прояву психологічної стійкості у жінок в умовах війни шляхом аналізу її зв'язку з наявними внутрішніми психологічними ресурсами та домінуючими копінг-стратегіями, які застосовуються в кризових ситуаціях. До вибірки увійшли 120 жінок віком від 22 до 55 років, які проживають на території України в умовах воєнного часу. Для реалізації мети дослідження було застосовано комплекс взаємодоповнюючих психодіагностичних методик, що охоплюють різні аспекти психологічної стійкості: CD-RISC-10 (Connor-Davidson Resilience Scale, скорочена версія); Опитувальник життестійкості С. Мадді (Hardiness); Brief COPE (Карвера, скорочена версія) 4. Опитувальник способів подолання стресу Лазаруса і Фолкмана (WOCQ).

У результаті проведеного емпіричного дослідження було отримано дані, які дозволяють глибоко охарактеризувати особливості прояву психологічної стійкості у жінок в умовах війни. Оцінка здійснювалася за кількома взаємопов'язаними показниками: загальний рівень стійкості, життестійкість як особистісний ресурс, використання копінг-стратегій, когнітивні механізми подолання, а також зв'язки між цими змінними.

За шкалою CD-RISC-10, яка оцінює рівень стресостійкості, середній показник у вибірці становив 28,2 бала, що відповідає середньому рівню стійкості. Більшість учасниць (60%) продемонстрували середні показники, 25% – високі, а 15% мали низький рівень стресостійкості. Це свідчить про достатньо активну мобілізацію внутрішніх ресурсів у жінок навіть в умовах хронічного стресу. Паралельно за опитувальником життестійкості С. Мадді середній показник склав 97,6 бала, що вказує на середньо-високий рівень життестійкості у вибірці. Високі значення життестійкості спостерігалися у третини жінок, що свідчить про сформовану здатність долати труднощі через смислову орієнтацію, активне включення в життєві події, відчуття контролю над власним життям.

Детальний аналіз внутрішніх особистісних ресурсів показав, що середні значення за шкалами життестійкості (контроль, залученість, виклик) перебували в межах 31–33 балів із можливих 45. Це означає, що значна частина жінок характеризується високим рівнем суб'єктності, здатністю до емоційного включення та позитивного сприйняття змін. Особистісна установка на подолання труднощів, відповідальність за власне життя та гнучке мислення виявилися важливими чинниками психологічної стійкості.

Вивчення копінг-стратегій, здійснене за скороченою версією опитувальника Карвера (Brief COPE), засвідчило переважання адаптивних способів подолання стресу. Найбільш характерними для жінок виявилися: пошук емоційної підтримки (3,4 бала), позитивна переоцінка ситуації (3,2), планування (3,0) та прийняття (2,9). Релігійні стратегії також посідали важливе місце (2,8).

Неадаптивні копінги, такі як уникнення, заперечення, самозвинувачення, мали нижчі значення (1,8–2,3), що свідчить про меншу схильність до неефективних стратегій подолання у більшості учасниць.

Результати, отримані за опитувальником Лазаруса і Фолкмана, дозволили глибше проаналізувати когнітивні механізми реагування на стрес. Найвищі середні показники були зафіксовані за шкалами самоконтролю (2,8), позитивної переоцінки (2,9) та прийняття відповідальності (2,6), що свідчить про здатність учасниць до рефлексії, внутрішньої регуляції емоцій та усвідомленого ставлення до стресових ситуацій. Неадаптивні когнітивні стратегії, такі як уникнення чи ескапізм, мали низьку частотність, що знову ж підтверджує переважання конструктивних підходів до подолання труднощів.

Кореляційний аналіз продемонстрував статистично значущі позитивні зв'язки між рівнем стійкості та адаптивними копінг-стратегіями. Так, вищий загальний бал за CD-RISC-10 достовірно корелював із позитивною переоцінкою ($r = 0.58$), самоконтролем ($r = 0.51$), пошуком підтримки ($r = 0.47$) і релігійними стратегіями. Натомість виявлено зворотній зв'язок між стійкістю та уникненням ($r = -0.39$), що свідчить про негативний вплив неадаптивних копінгів на здатність протистояти стресу. Крім того, виявлено позитивну кореляцію між життєстійкістю за Мадді та плануванням як стратегією подолання ($r = 0.42$), що підкреслює зв'язок між довготривалими особистісними ресурсами та конкретною поведінковою реакцією.

На основі узагальненого аналізу було виокремлено три типові психологічні профілі жінок. До першої групи увійшли респондентки з високими показниками стійкості та життєстійкості, домінуванням адаптивних стратегій, високим самоконтролем та активною соціальною позицією (приблизно 34% вибірки). Друга, найбільша група (близько 47%) мала середні значення всіх показників і характеризувалась коливанням між адаптивними та унікальними копінгам. Третя група (19%) включала жінок з низькими показниками стійкості, домінуванням неадаптивних стратегій та зниженим рівнем суб'єктивного контролю, що може свідчити про потребу в цілеспрямованій психологічній підтримці.

Отримані результати підтвердили вихідну гіпотезу дослідження, згідно з якою рівень психологічної стійкості жінок в умовах війни залежить від рівня мобілізації внутрішніх ресурсів, сформованості життєстійкісних установок і переважання адаптивних копінг-стратегій. Сукупність особистісних та когнітивно-поведінкових чинників забезпечує конструктивне подолання стресу, сприяє збереженню функціональності й психічного благополуччя навіть в умовах екстремальної нестабільності.

Висновки

1. Встановлено, що психологічна стійкість жінок в умовах війни є комплексним психологічним феноменом, що характеризується поєднанням особистісних ресурсів, стратегій подолання стресу та здатності ефективно використовувати когнітивні механізми адаптації.

2.Виявлено, що суттєву роль внутрішніх психологічних ресурсів (емоційної регуляції, цілеспрямованості, когнітивної гнучкості та життєстійкості) у формуванні стійкості до стресу. Найбільш значущими особистісними компонентами, які забезпечують збереження психічного благополуччя, є суб'єктивний контроль над подіями, залученість у життя та позитивне сприйняття викликів як можливостей для особистісного зростання.

3.Отримано, що домінування адаптивних копінг-стратегій (зокрема, пошук соціальної підтримки, позитивна переоцінка ситуації, планування подальших дій і прийняття відповідальності) позитивно впливає на психологічну стійкість жінок. Натомість використання унікальних або заперечувальних стратегій має негативний зв'язок із загальним рівнем стійкості.

4.Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих позитивних зв'язків між психологічною стійкістю та такими копінг-стратегіями, як позитивна когнітивна переоцінка, самоконтроль, планування і звернення за підтримкою. Водночас зафіксовано негативну кореляцію між психологічною стійкістю й уникненням проблем, що підкреслює важливість активного і свідомого підходу до подолання життєвих труднощів.

5.Отримані емпіричні результати дозволяють рекомендувати розробку цільових програм психологічної підтримки для жінок, орієнтованих на розвиток їхніх внутрішніх ресурсів (емоційної регуляції, суб'єктивного контролю, когнітивної гнучкості), навчання ефективним копінг-стратегіям та формування навичок самодопомоги в умовах тривалого стресу.

Література:

1.Кратенко О. А. Психологічні ресурси жінок у воєнний час: стійкість, копінг, адаптація. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія*. 2022. №73, с. 55–62.

2.Мельник І. П. Особистісні чинники психологічної стійкості жінок в умовах тривалого стресу. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2023. №3, с. 90–97.

3.Connor K. M., & Davidson J. R. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2023. 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>.

4.Maddi S. R. Hardiness: The courage to grow from stresses. *Journal of Positive Psychology*. 2006. 1(3), 160–168. <https://doi.org/10.1080/17439760600619609>.

5.Carver, C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997. 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ

Рошиор К.О., Розіна І.В.

Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Анотація. У статті представлено результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження особливостей прояву комунікативних здібностей особистості. Здійснено системний аналіз феноменології комунікативних здібностей у психологічній науці, визначено їх структурно-функціональні компоненти та концептуальні підходи до вивчення. Емпірично досліджено особливості прояву комунікативних здібностей у студентів різних спеціальностей, виявлено гендерну специфіку їх прояву, взаємозв'язки з іншими психологічними характеристиками особистості, а також індивідуально-типологічні особливості структури комунікативних здібностей.

Ключові слова: комунікативні здібності, структурно-функціональні компоненти, емоційний інтелект, емпатія, комунікативна компетентність, психологічний супровід, типологія комунікативних здібностей.

Abstract. The article presents the results of theoretical analysis and empirical research on the manifestation of communicative abilities of an individual. A systematic analysis of the phenomenology of communicative abilities in psychological science has been carried out, their structural and functional components and conceptual approaches to study have been defined. The features of communicative abilities among students of different specialties have been empirically investigated, revealing gender specificity of their manifestation, relationships with other psychological characteristics of personality, as well as individual-typological features of the structure of communicative abilities.

Keywords: communicative abilities, structural and functional components, emotional intelligence, empathy, communicative competence, psychological support, typology of communicative abilities.

Вступ. Комунікативні здібності людини є фундаментальною основою соціальної взаємодії, що забезпечує ефективність міжособистісних контактів та успішність професійної діяльності. Актуальність дослідження зумовлена стрімкими трансформаціями сучасного суспільства, де комунікація набуває нових форм і значень, а вміння ефективно взаємодіяти з іншими стає ключовою компетенцією XXI століття.

Проблема розвитку та функціонування комунікативних здібностей привертає увагу науковців з різних галузей знань: психології, педагогіки, соціології, лінгвістики та філософії. В умовах інформаційного суспільства особливої значущості набуває дослідження трансформації комунікативних здібностей, їх адаптації до нових реалій віртуального спілкування [6].

Теоретичний аналіз наукової літератури свідчить про значний внесок українських дослідників у вивчення комунікативних здібностей. Зокрема, праці Н. В. Александрової [1], А. Король [2], Л. І. Березовської [6], І. А. Власенко [7] розкривають різні аспекти цього феномену.

Метою статті є теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення особливостей прояву комунікативних здібностей особистості в сучасних умовах соціальної взаємодії.

Виклад основного матеріалу. У психологічній науці комунікативні здібності розглядаються як складне інтегративне утворення, що забезпечує ефективність комунікативної діяльності особистості. Н. В. Александрова визначає їх як "індивідуально-психологічні особливості особистості, що забезпечують ефективність її спілкування та сумісність з іншими людьми" [1, с. 29].

А. Король розглядає комунікативні здібності як "комплекс індивідуально-психологічних особливостей, що забезпечують здатність індивіда до активного й ефективного спілкування, передачі та адекватного сприймання інформації, організації взаємодії з іншими людьми" [2, с. 56].

О. В. Бакланова та О. М. Струтинська виділяють у структурі комунікативних здібностей три базових компоненти: когнітивний, емоційний та поведінковий [5, с. 11]. Когнітивний компонент включає комунікативні знання, розуміння психологічних особливостей співрозмовника, здатність до рефлексії. Емоційний компонент охоплює емпатію, емоційну чутливість, здатність до емоційної саморегуляції. Поведінковий компонент представлений комунікативними вміннями та навичками, здатністю до гнучкої поведінки в різних комунікативних ситуаціях.

Н. Волошина та О. Азаркіна додають мотиваційний компонент, який включає комунікативні потреби, мотиви та цінності [8, с. 127]. Автори зазначають, що саме мотиваційний компонент є рушійною силою розвитку комунікативних здібностей.

Комунікативна компетентність є більш широким поняттям, що включає комунікативні здібності як свій структурний компонент. За визначенням Н. В. Александрової, комунікативна компетентність – це "інтегративна якість особистості, що включає знання, уміння, навички та особистісні якості, необхідні для ефективного спілкування" [1, с. 30].

М. А. Багрій підкреслює: "Комунікативна компетентність є результатом розвитку комунікативних здібностей та набуття комунікативного досвіду, що забезпечує ефективність професійної діяльності фахівця, особливо у сфері "людина-людина" [4, с. 79].

Особливої актуальності набуває дослідження комунікативних здібностей у контексті професійної діяльності. Як зазначають Н. Волошина та О. Азаркіна, "комунікативні здібності є професійно значущою якістю для представників

соціономічних професій, зокрема психологів, педагогів, медичних працівників, менеджерів" [8, с. 125].

Ефективними методами розвитку комунікативних здібностей є соціально-психологічні тренінги, рольові ігри, моделювання комунікативних ситуацій, групові дискусії [3, с. 32]. Особливої уваги заслуговують арт-терапевтичні методи, які сприяють розвитку емоційного інтелекту, емпатії, креативності у спілкуванні [3, с. 35].

У сучасних умовах цифровізації та віртуалізації комунікативного простору особливої значущості набуває дослідження трансформації комунікативних здібностей. Л. І. Березовська зазначає, що "віртуальна комунікація висуває нові вимоги до комунікативних здібностей особистості, зокрема здатності до самопрезентації в онлайн-просторі, володіння цифровими комунікативними технологіями, критичного оцінювання інформації" [6, с. 30].

І. А. Власенко наголошує, що "розвиток комунікативних здібностей в умовах цифрового суспільства має бути спрямований на формування медіаграмотності, критичного мислення, здатності до ефективної комунікації як у реальному, так і у віртуальному просторі" [7, с. 157].

Результати дослідження. Для емпіричного дослідження особливостей прояву комунікативних здібностей було використано комплекс психодіагностичних методик: "Тест комунікативних умінь" (адаптація О.В. Кулешової, А.В. Герман), "Діагностика комунікативної соціальної компетентності" (КСК), "Діагностика емоційного інтелекту" (І.В. Кряж, Н.В. Левенець), "Тест-опитувальник комунікативних здібностей" (О.М. Запорожець), "Діагностика комунікативного контролю" (М. Снайдер).

У дослідженні взяли участь 85 студентів різних спеціальностей (психологія, педагогіка, менеджмент, інженерія) віком від 18 до 25 років. Дослідження проводилося на базі трьох закладів вищої освіти України протягом 2023-2024 навчального року. Вибірка формувалася за принципом стратифікованого відбору з урахуванням пропорційного представлення студентів різних курсів (1-4), що дозволило забезпечити репрезентативність результатів дослідження.

Аналіз результатів дослідження рівня розвитку комунікативних здібностей студентів різних спеціальностей виявив суттєві відмінності, що представлено в таблиці 1.

Таблиця 1.

Рівень розвитку комунікативних здібностей студентів різних спеціальностей (у %)

Рівень розвитку комунікативних здібностей	Психологія (n=29)	Педагогіка (n=22)	Менеджмент (n=17)	Інженерія (n=18)
Високий	43,3	36,7	33,3	16,7
Середній	46,7	50,0	53,3	53,3
Низький	10,0	13,3	13,4	30,0

Як видно з таблиці 1, найвищий рівень розвитку комунікативних здібностей демонструють студенти-психологи (43,3% з високим рівнем), що

може бути зумовлено професійною спрямованістю та специфікою навчання, яка передбачає інтенсивну комунікативну практику. Студенти педагогічних спеціальностей також виявляють досить високий рівень комунікативних здібностей (36,7% з високим рівнем). Найнижчі показники виявлено у студентів інженерних спеціальностей (16,7% з високим рівнем та 30,0% з низьким рівнем).

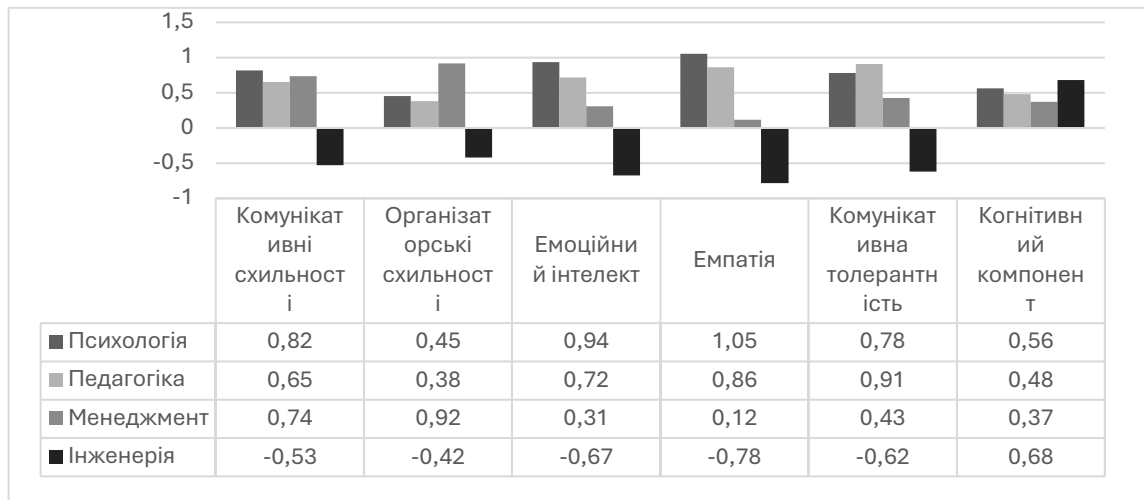


Рисунок 2. Профілі розвитку структурних компонентів комунікативних здібностей студентів різних спеціальностей

Поглиблений аналіз структурних компонентів комунікативних здібностей студентів різних спеціальностей виявив специфічні профілі їх розвитку. Студенти-психологи демонструють найвищі показники за емпатією та емоційним інтелектом, студенти-педагоги – за комунікативною толерантністю та емпатією, студенти-менеджери – за організаторськими схильностями, студенти інженерних спеціальностей – за когнітивним компонентом комунікативних здібностей.

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між компонентами комунікативних здібностей та іншими психологічними характеристиками особистості виявив наявність значущих кореляцій. Зокрема, встановлено позитивні кореляції між рівнем розвитку комунікативних схильностей та емоційним інтелектом ($r=0,68$, $p<0,001$), емпатією ($r=0,57$, $p<0,001$), комунікативною толерантністю ($r=0,49$, $p<0,001$), самооцінкою ($r=0,42$, $p<0,001$), екстраверсією ($r=0,53$, $p<0,001$).

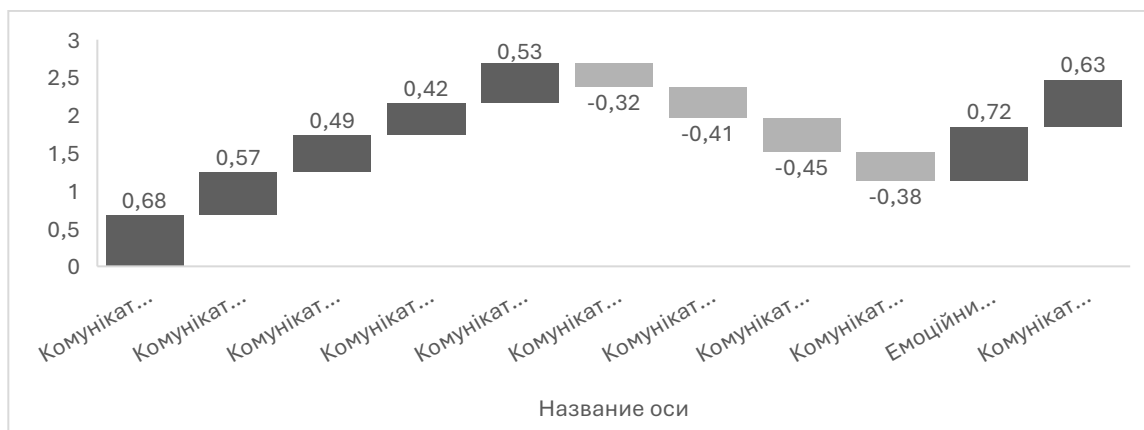


Рисунок 3. Кореляційна плеяда взаємозв'язків між компонентами комунікативних здібностей та іншими психологічними характеристиками особистості

Факторний аналіз дозволив виділити три основні фактори в структурі комунікативних здібностей: емоційно-емпатійний (36,4% дисперсії), поведінково-регулятивний (28,7% дисперсії) та когнітивно-перцептивний (19,2% дисперсії). До першого фактору увійшли такі показники, як емоційний інтелект, емпатія, комунікативна толерантність; до другого – комунікативні та організаторські схильності, домінантність, впевненість у собі; до третього – когнітивні аспекти комунікації, здатність до аналізу комунікативних ситуацій, соціальна перцепція.

На основі кластерного аналізу виділено чотири типи особистості за особливостями прояву комунікативних здібностей, що представлено на рисунку 5.

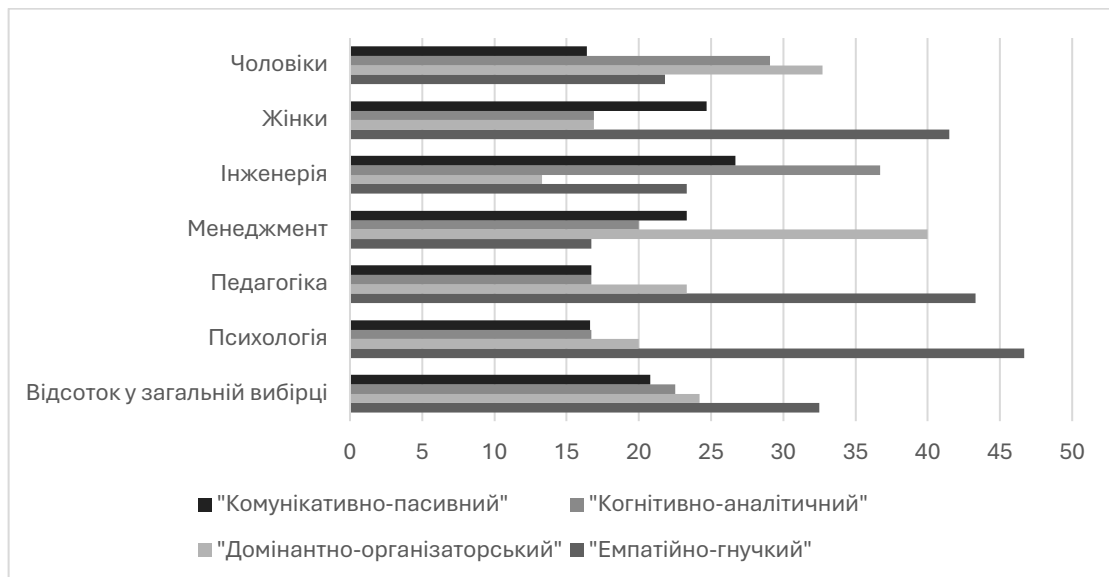


Рисунок 4. Типи особистості за особливостями прояву комунікативних здібностей

1. "Емпатійно-гнучкий" тип (32,5% досліджуваних) – характеризується високим рівнем емпатії, емоційного інтелекту, комунікативної толерантності, гнучкістю комунікативної поведінки. Представники цього типу легко встановлюють контакт з різними людьми, чутливі до емоційних станів співрозмовників, здатні адаптувати свою комунікативну поведінку відповідно до ситуації. Вони виявляють високий рівень рефлексії в комунікації, вміють активно слухати та проявляти емпатію.

2. "Домінантно-організаторський" тип (24,2% досліджуваних) – відзначається високим рівнем організаторських здібностей, схильністю до лідерства, домінування в комунікації, середнім рівнем емпатії. Представники цього типу ефективні в ситуаціях, що вимагають організації групової взаємодії, прийняття рішень, координації дій інших людей. Вони прагнуть до лідерства в комунікації, вміють переконувати, мотивувати, але можуть недостатньо враховувати емоційні стани співрозмовників.

3. "Когнітивно-аналітичний" тип (22,5% досліджуваних) – характеризується розвиненими когнітивними аспектами комунікації, здатністю до аналізу комунікативних ситуацій, середнім рівнем емоційного інтелекту та емпатії. Представники цього типу орієнтовані на раціональні аспекти комунікації, логіку, аргументацію. Вони вміють структурувати інформацію, аналізувати комунікативні ситуації, знаходити оптимальні стратегії взаємодії, але можуть недооцінювати роль емоційних аспектів комунікації.

4. "Комунікативно-пасивний" тип (20,8% досліджуваних) – відзначається низьким рівнем комунікативних схильностей, емоційного інтелекту, емпатії, схильністю до уникнення комунікативних ситуацій. Представники цього типу відчують труднощі у встановленні контактів, ініціюванні спілкування, підтриманні розмови. Вони часто уникають ситуацій, що вимагають інтенсивної комунікації, відчують тривогу та напруження в процесі спілкування, особливо з незнайомими людьми.

Виявлено, що розподіл типів комунікативних здібностей має певну специфіку залежно від спеціальності досліджуваних. Серед студентів-психологів та педагогів переважає "емпатійно-гнучкий" тип (46,7% та 43,3% відповідно), серед студентів-менеджерів – "домінантно-організаторський" тип (40,0%), серед студентів інженерних спеціальностей – "когнітивно-аналітичний" (36,7%) та "комунікативно-пасивний" типи (33,3%).

Додатковий аналіз динаміки розвитку комунікативних здібностей студентів різних курсів виявив тенденцію до підвищення рівня їх розвитку від першого до четвертого курсу, особливо у студентів спеціальностей, пов'язаних з інтенсивною комунікацією (психологія, педагогіка).

Висновки. Проведене теоретико-емпіричне дослідження особливостей прояву комунікативних здібностей особистості дозволяє сформулювати такі висновки.

Комунікативні здібності є складним інтегративним утворенням, що забезпечує ефективність комунікативної діяльності особистості та її взаємодії з іншими людьми. Аналіз наукових підходів до визначення поняття "комунікативні здібності" свідчить про відсутність єдиного трактування цього феномену, що зумовлено його багатоаспектністю та міждисциплінарним характером. У структурі комунікативних здібностей виділяють когнітивний, емоційний, поведінковий та мотиваційний компоненти, що підтверджується результатами факторного аналізу, який виявив три основні фактори: емоційно-емпатійний, поведінково-регулятивний та когнітивно-перцептивний.

Емпіричне дослідження виявило відмінності у рівні розвитку комунікативних здібностей студентів різних спеціальностей. Найвищий рівень розвитку комунікативних здібностей демонструють студенти-психологи, найнижчий – студенти інженерних спеціальностей. Це свідчить про вплив професійної спрямованості та специфіки навчання на розвиток комунікативних здібностей.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність взаємозв'язків між комунікативними здібностями та іншими психологічними характеристиками особистості. Зокрема, виявлено позитивні кореляції між рівнем розвитку комунікативних схильностей та емоційним інтелектом, емпатією, комунікативною толерантністю, а також негативні кореляції з авторитарністю, агресивністю, підозрілістю.

На основі кластерного аналізу виділено чотири типи особистості за особливостями прояву комунікативних здібностей: "емпатійно-гнучкий", "домінантно-організаторський", "когнітивно-аналітичний" та "комунікативно-пасивний". Розподіл цих типів має певну специфіку залежно від спеціальності досліджуваних.

Результати дослідження свідчать про необхідність диференційованого підходу до розвитку комунікативних здібностей з урахуванням індивідуально-типологічних особливостей особистості та її професійної спрямованості. Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості їх використання для розробки програм психологічного супроводу розвитку комунікативних здібностей студентів різних спеціальностей, а також для оптимізації процесу професійної підготовки фахівців, особливо тих, чия діяльність пов'язана з інтенсивною комунікацією.

Література:

1. Александрова Н.В. Комунікативна компетентність – ефективність у професії. Журнал практичного психолога. 2021. № 7-8. С. 28-31.
2. Анжела, Король. Розвиток комунікативних здібностей учнів: теоретичний аналіз. Молодь і ринок. 2019. №2 (169). С. 54-59.
3. Арт-терапія та арт-педагогіка в допомогу батькам та дітям в складних ситуаціях / під ред. О. Тараріної. Київ: ГО «Східноукраїнська асоціація арт-терапії» некомерційне видання, 2019. 48 с.
4. Багрій М.А. Формування комунікативної компетентності здобувачів вищої освіти. Медична освіта. 2022. № 4 (98). С. 77–81.
5. Бакланова О. В., Струтинська О. М. Взаємозв'язок комунікативної компетентності та мотивації у студентів-психологів. Психологія і особистість. 2019. Т. 3. С. 9-19.
6. Березовська Л.І. Вплив соціальних мереж на психологічне благополуччя особистості. Вісник Національного університету оборони України. 2020. № 55(2). С. 28–36.
7. Власенко І. А. Конфліктологічна компетентність студентів: умови та програма формування. Теорія і практика сучасної психології. 2020. № 1. Т. 1. С. 155-160.
8. Волошина Н., Азаркіна О. Психологія професійного спілкування: навч. посіб. Одеса: Олди Плюс, 2021. 280 с.
9. Волошина Н.В. Дослідження особливостей розвитку комунікативного потенціалу керівників органів внутрішніх справ. Юридична психологія та педагогіка. 2019. № 2. С. 213-224.
10. Гандзюк О. Гендерні особливості кризи ранньої дорослості. Міжнародна науково-практична конференція. 2022. Тернопіль.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТРИВОЖНОСТІ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Шимбарьов В.Р., Розіна І.В

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вивчення тривожності у підлітків під час воєнного стану в країні є актуальною проблемою як для наукової, так і практичної психології. Такі дослідження мають важливе значення для збереження ментального здоров'я молоді, забезпечення адаптації, розвитку психологічної стійкості в сучасних умовах.

Сучасні дослідження доводять (К. Журба, О. Міненко, Т. Палько, К. Травіна), що війна в країні має значний вплив на поведінку підлітків та їх емоційне сприйняття середовища [1; 2; 3]. К. Журба, досліджуючи вплив війни на смислоттєву сферу підлітків визначила, що основними джерелами їх психотравматизації в даних умовах є численні стресогенні фактори. До останніх відносяться звуки сирен, вибухи, обстріли, навіть якщо вони відбуваються на значній відстані, а також панічні реакції дорослих, які підлітки емоційно віддзеркалюють. Сильне напруження викликають і такі явища, як диверсійна активність, акти терору, обмеження, пов'язані з воєнним станом, зруйноване житло, вимушене перебування у сховищах, інформація про насильство, втрати, зникнення людей чи тортури [1]. Особливої уваги, як зазначає вчена, потребують підлітки, що перебували або перебувають в окупації. Для них стресогенними є як безпосередні наслідки воєнних дій (фізичні руйнування, загроза життю), так і психологічні травми, пов'язані з досвідом втрати рідних, постійного страху, необхідності пристосовуватися до екстремальних умов, а також ризики, які виникають під час евакуації або внаслідок пережитого насильства. Всі ці чинники залишають глибокий слід у свідомості дитини, формуючи негативні переживання, які з часом можуть трансформуватися у стійкі психологічні порушення [1]. В своїх роботах О. Міненко доводить, що рівень тривожності значно зростає у підлітків в умовах воєнного стану в країні, який має негативний вплив на психоемоційне благополуччя та розвиток особистості підлітків [2].

Метою статті є емпіричне дослідження особливостей прояву тривожності у підлітків в умовах війни.

В емпіричному дослідженні брали участь 40 підлітків 13-14 років. В якості діагностичного інструментарію було використано «Шкала соціально ситуаційної тривоги» Р. Кондаша, методика дослідження психічних станів Г. Айзенка.

Одержані результати за методикою Р. Кондаша дозволили встановити, що у загальній вибірці підлітків переважає помірний рівень шкільної тривожності ($X_{\text{ср}}=25,82$), високий рівень самооціночної тривожності ($X_{\text{ср}}=29,40$) та міжособистісної тривожності ($X_{\text{ср}}=30,17$). Також, у досліджуваних підлітків переважає високий рівень тривожності на рівні середніх значень. Виявлено, що нормальний рівень тривожності переважає у 12% досліджуваних, дещо підвищений рівень тривожності мають 15% підлітків. Високий рівень тривожності переважає у 30% досліджуваних, що свідчить про стійке переживання тривожності в різних ситуаціях. Більша частка із загальної вибірки

мають дуже високий рівень тривожності – 42% підлітків, що вказує на виражене психоемоційне напруження.

Окремо за шкалами методики Р. Кондаша встановлено, що 32% підлітків мають дуже високий рівень шкільної тривожності, тобто їм властиві виражене внутрішнє напруження щодо навчальної діяльності, занижена самооцінка, невпевненість у собі, а також може проявлятися негативне ставлення до школи. Дуже високий рівень самооціночної тривожності виявлено у 45% досліджуваних підлітків, що вказує на наявність вираженої внутрішньої невпевненості в собі, в своїх силах та соціальному статусі. Щодо рівня міжособистісної тривожності, то 30% досліджуваних мають дуже високий рівень, тобто вони мають виражене емоційне напруження, яке пов'язано із спілкуванням з однолітками, мають соціальну невпевненість, підвищену самокритику в соціальних ситуаціях, замкненість або надмірну стриманість.

Результати показників психічних станів за методикою Г. Айзенка виявилися наступними. У загальній вибірці досліджуваних виявлено середній рівень за всіма показниками, а саме тривожності, агресивності, фрустрації, ригідності. Проте, серед досліджуваних є підлітки, які продемонстрували високий рівень означених психічних станів. Так, у 40% підлітків виявлено високий рівень тривожності, що свідчить про виражену емоційну нестабільність, схильність до внутрішньої напруги, невпевненості в собі.

Результати за показником фрустрації дозволяють говорити, що 28% досліджуваних мають низький рівень, тобто здатні впоратися з перешкодами, труднощами, мають низьку емоційну збудливість та розвинену саморегуляцію. А високий рівень за показником фрустрації продемонстрували 17% підлітків, їм властиві підвищена чутливість до перешкод, невдач, соціальних обмежень, можуть бути **схильні до емоційно насичених реакцій** у складних ситуаціях.

Щодо рівня агресивності, то у 37% досліджуваних він є високим, це вказує на схильність до ворожих імпульсивних або деструктивних реакцій, особливо у фрустраційних ситуаціях. За показником ригідності 35% підлітків продемонстрували високий рівень, що свідчить про складнощі адаптації до нових умов.

У ході дослідження були встановлені взаємозв'язки між видами тривожності та психічними станами. Виявлені додатні зв'язки між показником тривожності та фрустрацією, агресивністю, ригідністю на 5%-рівні значущості, тобто є помірний позитивний зв'язок між означеними показниками. Також простежується позитивний зв'язок між різними видами тривожності: шкільною, самооціночною, міжособистісною та агресивністю й ригідністю на 1%-рівні значущості. Це свідчить, що зростання рівня агресивності та ригідності тісно пов'язано з підвищенням рівня тривожності. Наявність тісних зв'язків між тривожністю та іншими психічними станами обумовлені тим, що сучасні умови життя підлітків, а саме війна, спричиняють зростання загального рівня психологічного напруження. Постійна загроза життю, бойові дії, нестабільність та інше призводять до емоційного перенавантаження підлітків, що веде до зростання тривожності та супутніх їй станів.

Одержані результати дослідження дозволяють зробити висновок, що в умовах війни у підлітків значно зростає рівень тривожності, який негативно впливає на їх психоемоційний стан.

Література:

1. Журба К.О. Війна як чинник впливу на смисложиттєву сферу сучасних підлітків. *Нова педагогічна думка*. 2022. № 2 (110). С. 105–109. <https://doi.org/10.37026/2520-6427-2022-110-2-105-109>
2. Міненко О. О. Дослідження особливостей тривожності підлітків в умовах воєнного конфлікту. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. С. 47-54 <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-7>
3. Палько Т.В., Травіна К.В. Вплив війни на психоемоційний стан підлітків. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2024. Вип. № 8(42) С. 832–844. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-8\(42\)-832-844](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-8(42)-832-844)

Секція II.

ОСОБИСТІСТЬ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ

СТРЕСОВІ ПЕРЕЖИВАННЯ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ПАРАЛЕЛІ З ЯПОНСЬКИМ ДОСВІДОМ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ МОДЕРНІЗАЦІЇ

Адашкевич В.О., Денисенко А.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Обґрунтування надзвичайної актуальності дослідження психологічних наслідків триваючої російської воєнної агресії проти України. Підкреслення всеосяжного впливу війни на психічне здоров'я українців на індивідуальному та суспільному рівнях. Посилання на сучасні дослідження у галузі психології травми та колективної травматизації.

Вивченням проблематики, що висвітлюється у роботі займалися такі вчені, як: Богатаєва О.О. (психологічні особливості стресів); Бацилєва О.В., Потаєва К.С. (особливості вибору копінг-стратегій); Лукомська С.О. (подолання особистістю кризових ситуацій); Шайхлісламов З.Р., Горбенко В.Ю. (визначення копінг-стратегії поведінки особистості); Степаненко Л.В. (копінг-стратегії та психологічний захист як механізми саморегуляції особистості); Сугак А. (копінг-стратегії та допомога при стресі); Krzysztof Stanislawski (теорія саморегуляції поведінкою); Hinch R., Sirois M.F. (стратегії поведінки при стресовій ситуації) та інші.

Деталізація проблеми високого рівня стресу, тривожності та депресивних станів серед населення України в умовах воєнного стану. Опис потенційних довгострокових наслідків для психічного здоров'я нації, соціальної згуртованості та відновлення країни. Акцентування на недостатність кількості досліджень, що поєднують аналіз психологічних наслідків війни з досвідом інших країн, які пережили масштабні соціальні трансформації.

Здійснити порівняльний аналіз психологічних аспектів подолання кризових ситуацій, використовуючи як приклад досвід Японії після Другої світової війни та сучасні стресові переживання українців в умовах воєнного стану. Виявити потенційні адаптивні стратегії та психологічні механізми, які

можуть бути корисними для зміцнення психологічної стійкості українського суспільства.

Існує значуща кореляція між психологічними механізмами адаптації японського суспільства до масштабних соціально-економічних змін після Другої світової війни та стратегіями подолання стресових переживань українців в умовах воєнного стану. Зокрема, такі фактори, як соціальна згуртованість, орієнтація на майбутнє та використання адаптивних копінг-стратегій, відігравали ключову роль в обох контекстах.

Стрес безсумнівно був та залишається частиною буденності, проте особливо яскраво він відстежується наразі через військові дії в країні. Поняття стресу є доволі багатограним у своєму розумінні, цим терміном часто користуються вчені при описі станів психічного типу в індивіда при складних умовах де присутні певні стресові фактори які діють як дратівники та спричиняють подібну реакцію. При цьому дане поняття розглядали не лише у рамках психологічної науки, а й інших галузях серед яких медицина, соціологія, біологія, педагогіка тощо. У сучасному світі під словом стрес описуються не лише психічні стани, до нього відносять в додаток фізіологічні та психофізіологічні стани особистості. До категорії яких, своєю чергою, належать різні види напруження, втоми тощо [2].

У дослідженні взяло участь 50 здобувачів (25 дівчат та 25 юнаків) віком 17 - 23 років.

Аналіз отриманих даних за методикою Дж. Тейлора виявив помірний рівень тривожності у значної частини респондентів (45%), що свідчить про хронічний стан напруження. Високий рівень тривожності зафіксовано у 30% вибірки, що вказує на значну групу ризику розвитку тривожних розладів. Гендерний аналіз підтвердив статистично значущу вищу тривожність серед жінок (30% з високим рівнем) порівняно з чоловіками (30% з високим рівнем, але розподіл помірного рівня інший), що узгоджується з попередніми дослідженнями впливу стресу на жіночу психіку.

За шкалою Т.І. Балашової у більшості респондентів (60%) ознаки депресії не виявлено, що може свідчити про активні механізми психологічного захисту на початкових етапах хронічного стресу. Проте, значна частина вибірки демонструє легку (28%) та помірну (12%) депресію, що підкреслює потенціал розвитку депресивних розладів у довгостроковій перспективі. Жінки виявилися більш схильними до депресивних станів (32% з легкою та 13% з помірною депресією) порівняно з чоловіками (24% з легкою та 11% з помірною депресією).

Оцінка за шкалою Холмса та Раге показала низький рівень стресостійкості у 35% респондентів, що вказує на високу вразливість до негативного впливу стресових подій та підвищений ризик психосоматичних розладів. Помірний рівень стресостійкості виявлено у 45%, а високий лише у 20%, що свідчить про загальну тенденцію до зниженої здатності адаптуватися до хронічного стресу. Жінки продемонстрували нижчий рівень стресостійкості (38% з низьким рівнем) порівняно з чоловіками (32% з низьким рівнем).

За методикою В.В. Бойко найбільш вираженим є тип емоційної реакції (середній бал 7,8), що свідчить про схильність до імпульсивного та емоційно забарвленого реагування на стрес, що може бути дезадаптивним у довгостроковій перспективі. Також значно виражені стратегії уникнення (6,5) та агресивності

(5,9). Жінки частіше демонструють емоційну реакцію та уникнення, тоді як чоловіки – агресивність.

Опитувальник С. Нормана виявив, що найбільш вживаними є пошук соціальної підтримки (3.8), активне подолання (3.5) та уникнення (3.2). Гендерний аналіз показав, що жінки частіше вдаються до активного подолання та пошуку соціальної підтримки, що вважаються більш адаптивними стратегіями, тоді як чоловіки частіше використовують уникнення.

Результати дослідження підтверджують значний психологічний вплив воєнного стану на українців, проявляючись у підвищеному рівні тривожності, наявності субклінічних депресивних станів та зниженій стресостійкості. Виявлено гендерні відмінності у проявах стресових реакцій та виборі копінг-стратегій.

Хоча історичні та культурні контексти України та післявоєнної Японії суттєво відрізняються, можна провести певні паралелі щодо важливості соціальної згуртованості та орієнтації на майбутнє як факторів психологічної стійкості в умовах масштабних криз. Активне подолання та пошук соціальної підтримки, які є відносно поширеними серед українців, також відігравали важливу роль у процесі адаптації японського суспільства до змін.

Головна думка полягає в тому, що, незважаючи на травматичний досвід війни, українці демонструють певний потенціал психологічної адаптації, зокрема через прагнення до соціальної підтримки та активне розв'язання проблем. Однак, високий рівень тривожності та поширеність дезадаптивних копінг-стратегій (емоційна реакція, уникнення) підкреслюють необхідність розробки та впровадження ефективних програм психологічної допомоги та підтримки, спрямованих на зміцнення стресостійкості, формування адаптивних копінг-механізмів та сприяння психологічному відновленню на індивідуальному та суспільному рівнях. Досвід Японії підкреслює важливість національної єдності, інвестицій у людський капітал та формування позитивного бачення майбутнього як ключових факторів успішного подолання наслідків масштабних криз.

Література:

1. Богатая О.О. Психологічні особливості стресів в діяльності управлінців: контекст просоціальної поведінки. *Національна академія педагогічних наук України інститут психології імені Г.С. Костюка*, 2021. Том 7. №9 (53). С. 26-32.
2. Даниляк О., Маринець С.А., Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень. *Медична психологія та психосоматична медицина*, 2021. №2(18). С. 31 - 37.
3. Лукомська С.О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Херсон, 2020. Вип. 1. С. 190 - 195.
4. Krzysztof Stanislawski The Coping Circumplex Model: A Theoretical Synthesis of Coping Constructs and Its Empirical Verification. *Wydawnictwo Naukowe UKSW. Warszawa*, 2022. 143 p.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НАСЛІДКІВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ЇХ ПОДОЛАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

Галузинська О.І., Мельничук І.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Беззаперечним є той факт, що повномасштабна війна зумовила безпрецедентне зростання кількості військовослужбовців, які пережили травматичні події та мають симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії й тривоги. У світовій вибірці ветеранів ПТСР діагностують у 11–20 % випадків, тоді як серед українських бійців рівень травматичних переживань уже сягає показників 23–28% [1]. Психотравматичні наслідки суттєво погіршують бойову ефективність, ускладнюють демобілізацію та підвищують ризики суїцидів, тому окреслення їхніх особливостей та шляхів подолання є пріоритетом національної безпеки.

Проблема вивчення особливостей перебігу наслідків психічної травми та їх подолання у військовослужбовців в умовах бойових дій є актуальною, як в теоретичному так і в практичному аспектах [6,8,14,15,16].

Важко сказати, хто перший звернув увагу на явище травми і хто ввів це поняття в наукову літературу та в буденну мову. Свідчення травматичного досвіду людини сягають до глибоких витоків людства, і дослідники знаходять опис цього феномена у працях стародавніх поетів, мислителів і філософів: Гомера, Геродота, Платона, Аристотеля, Лукреція, Аристофана та ін. [17]. Лише деякі характеристики опису травмуючого досвіду в давніх працях знайшли своє відображення безповоротність, сила переживання, психологічний слід від однієї події, який може залишатись упродовж життя. Отже, психічна травма – це феномен, записаний у досвіді людства і в колективному несвідомому кожної людини. У своїх наукових працях А. Молохов розкрив історію розвитку уявлень про психічну травму, виділяючи три етапи [17].

1. Психологічний, для якого характерний акцент на травмуючому факторі без зв'язку його з психічним і соматичним преморбідом (К. Jaspers, К. Schneider).
2. Клініко-описовий, коли проводяться визначення основних клінічних форм психогеній (П. Б. Ганнушкін та ін.).
3. Патофізіологічний, в основу концепцій психогеній були покладені ідеї представників наукової школи І. П. Павлова.

Метою дослідження є вивчення особливостей перебігу наслідків психічної травми у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, а також визначення ефективності психологічних інтервенцій, спрямованих на подолання симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у контексті повномасштабного військового вторгнення в Україну.

Завданням дослідження було описати характерні прояви психотравматичного досвіду у військовослужбовців, залучених до активних бойових дій. Визначити динаміку змін у психоемоційному стані учасників дослідження до та після проведення психологічної корекції. Обґрунтувати ефективність запропонованих психологічних втручань щодо зменшення симптомів ПТСР.

Слід зазначити, що в науковій літературі, психічна травма визначається, як переживання події, що перевищує адаптаційні ресурси особистості, спричиняючи стійкі емоційні, когнітивні та фізіологічні зміни. На погляд С. Л. Соловйової, «психічна травма» – термін, що використовується переважно в медичній психології для опису критичного стану на психологічному, точніше, на патопсихологічному рівні його існування; застосовується в інтерпретації психогенних захворювань. Поділяє психічну травму на макро- та мікротравми Н. Пезешкіан. На думку цього автора, макротравма – це значуща подія в житті людини, яка потребує від неї прояву різноманітних особистісних якостей, що сприяють адаптації до змінних умов. Автор зазначає, що серед них можуть бути не лише негативно оцінювані події, але й такі, які людина розглядає як радісні. На думку О. І. Захарова та А. С. Співаковської, травма, як відображення індивідуально-значущих подій життя, що справляють гнітючу та негативну дію на людину в цілому. Під психічною травмою Д. А. Єнікеева розуміє інтенсивний, але відносно короткочасний негативний вплив, що викликає болісні й патогенні переживання: тривога, горе, жах і, як наслідок, психічні порушення й розлади діяльності внутрішніх органів. На погляд представника психоаналітичного підходу в психології Д. Калшеда, робота з травмою в окремих випадках може затягуватися майже на все життя. Таким чином, медична природа психічної травми підтверджується, коли подія: – несподівано і явно знаходиться за межами звичайного досвіду людини; – регулярно переживається тим чи іншим чином (погане розуміння ситуації та її контексту; сильна асоціативна пам'ять, провали в спогадах, кошмарні сновидіння, втрата інтересу до життя та ін.); – здатна викликати стійке уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, або заціпеніння загальної чутливості; – здатна стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, якого не було до травми, тобто визначення дається через наслідки події [17].

В умовах сучасної реальності у військовому контексті виокремлюють:

- Гостру бойову реакцію або гостру реакцію на стрес (до 48 год).
- ПТСР (≥ 1 міс) із симптомами нав'язливих спогадів (флешбеків), уникання, негативних змін когніцій/афекту та гіперзбудження.
- Моральну травму — порушення базових цінностей через участь або свідчення подій, що суперечать особистим переконанням [1].

Слід зазначити, що у той час як феноменологія та діагностика ПТСР є добре відомими, концепція моральної травми є відносно новою та визначається як сильна когнітивна та емоційна реакція після подій, що порушують моральні принципи та переконання людини. Результати метааналізу підтверджують надійний зв'язок між моральною травмою та результатами ПТСР і погіршенням психічного здоров'я з погляду вищих показників тривожності, депресії, суїцидальності та вживання психоактивних речовин. Проте моральна травма і ПТСР несумісні: наявний обсяг досліджень військовослужбовців підкреслює поведінкові та настановні відмінності між моральною травмою і ПТСР. Моральна травма виражається у втраті довіри до інших, почутті власної нікчемності та самодокорі, що призводить до поведінкових моделей пошуку допомоги та вибачень. І навпаки, почуття втрати контролю та постійної загрози призводять до поведінки уникнення при ПТСР. Крім того, моральна травма часто проявляється

у вигляді емоцій сорому та провини, тоді як посттравматичний стресовий розлад здебільшого характеризується емоціями гніву, ненависті та обурення[1, 2].

З огляду на сучасні події, варто підкреслити український досвід, як контроль оперативно-бойового стресу: як і північноамериканські та західноєвропейські колеги, Україна розробила втручання в бойовий стрес. Проте ці програми є відносно новими, не інтегрованими з іншими практиками охорони здоров'я і майже виключно зосереджені на поточній місії, а не на довгостроковому відновленні. Таким чином, існує необхідність у сприянні стійкості в рамках обмежень наявних ресурсів і культурно вкоріненого скептицизму щодо психології. Стійкість, або «розумова, фізична, емоційна та поведінкова здатність стикатися з негараздами та справлятися з ними, адаптуватися до змін, відновлюватися, навчатися та зростати на невдачах», була пов'язана з кращими результатами психічного здоров'я в умовах високої бойової схильності. Принципи контролю бойового й оперативного стресу можуть сприяти такій стійкості [3,7].

Біопсихосоціальна модель пояснює травмогенез взаємодією інтенсивності стресора, попереднього досвіду, генетичних та соціокультурних факторів. Для українських військових особливо значущими є культура «нескореності», підтримка побратимів і суспільна легітимація звернення по допомогу.

Звернемо увагу на особливості перебігу наслідків у бойових умовах, а саме на багатофакторність: поєднання бойових, побутових та інформаційних стресорів. Пролонгованість: циклічний характер бойових ротацій унеможливорює завершення фаз стресу. Соматизація: підвищений рівень соматичної коморбідності (кардіологічні, гастроентерологічні прояви). Стигма: наявна культура «емоційної броні» та скептицизм відтерміновує звернення до фахівців. Бессел Ван дер Колк підкреслює, що для подолання травми важливо не лише зрозуміти емоції, але й працювати з тілом, використовуючи методи, такі як рух, дихальні практики, терапію, що включає тілесні прояви. Він наголошує, що це допомагає зруйнувати старі нейронні зв'язки, які підтримують стрес, і сформувати нові, що сприяють відчуттю спокою та безпеки.

Емпіричні дані показують, що рівень ПТСР у поранених військових майже вдвічі вищий, ніж у тих, хто не мав тілесних ушкоджень. Погане психічне здоров'я і якість життя поширені серед військовослужбовців, які зазнали травми, і можуть бути більш виражені серед поранених під час бойових дій. Вкрай важливо виявити чинники, які пом'якшують ці проблеми. У цьому дослідженні вивчалось [1], чи є сприйнята підтримка з боку друзів і сім'ї буфером асоціацій між рівнем впливу травми, симптомами психічного здоров'я (наприклад, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією. Були зібрані записи про стан здоров'я військовослужбовців і дані перехресної веб-оцінки для 1643 осіб, які брали участь у великомасштабному проєкті спостереження за результатами, повідомленими пацієнтами, у військовослужбовців, які дістали поранення під час бойових дій. Загальні лінійні моделі показали, що сприйнята підтримка з боку сім'ї та друзів була незалежно пов'язана з нижчими симптомами депресії та ПТСР. Сприйнята підтримка з боку друзів буферизувала асоціації між впливом травми і симптомами депресії, але не симптомами ПТСР. Навпаки, люди з високою підтримкою сім'ї повідомили про найнижчі рівні як ПТСР, так і симптомів депресії за низького рівня впливу травми.

Однак за високого рівня впливу травми симптоми були схожі на різних рівнях підтримки сім'ї. Аналогічна тенденція спостерігалася і щодо якості життя. Такі дані підтверджують важливість міжособистісних стосунків і підтримки поранених військовослужбовців і наголошують на необхідності розгляду цих тем у наявних програмах лікування та реабілітації [5,7].

Таким чином, комплексної оцінки пропонується перелік методик:

- PCL-5 – оцінка тяжкості ПТСР.
 - PHQ-9 – депресивна симптоматика.
 - GAD-7 – генералізована тривога.
 - Moral Injury Outcome Scale – моральна травма.
 - Біопоказники варіабельності серцевого ритму як маркер гіперзбудження.
- Застосування мультидоменної діагностики забезпечує валідацію результатів і моніторинг динаміки під час лікування.

Таблиця Напрями подолання і реабілітації [7,8,12,13]

Рівень	Інтервенція	Ключові елементи
Первинна профілактика	<i>Combat Path Debriefing (Дебрифінг бойового шляху)</i>	структуроване групове обговорення після бою
Психотерапія	ТФ-КПТ, ЕМДР, групова когнітивна терапія, майндфулнес, дихальні та релаксаційні вправи, психоедукація	8–12 сесій; фокус на реконструкції травматичної пам'яті
Реабілітаційні центри	<i>Superhumans, RECOVERY, WHO mobility units; TMS HUB</i> — спортивна реабілітація з адаптованим джиу-джитсу для людей з травмами, ампутаціями чи ПТСР. Едукація членів родини	мультидисциплінарна команда + залучення близьких та членів родини
Іноваційні підходи	Ксенотерапія, Кетамін-асистована психотерапія*, спортивна реабілітація (джиу-джитсу) *	дослідницькі протоколи, спрямовані на зниження дисоціації
Нейропсихологічна корекція та тілесна терапія	Нейрофідбек (або нейробіофідбек); програмні когнітивні тренажери, тілесно-орієнтована терапія, включно з методами сенсомоторної інтеграції	відновлення та оптимізації роботи мозку, що надає можливість керувати психоемоційним станом людини без застосування медикаментів; відновлення сенсомоторики

* Метод поки проходить етичну та клінічну апробацію в Україні. Клініка Xenium у Києві є клінічною базою Кафедри медицини невідкладних станів Національного університету охорони здоров'я України імені Платона Шупика. Це єдиний заклад у країні, який спеціалізується на ксенотерапії. У "Лісовій поляні" проводять й річне дослідження кетамін-асистованої терапії: пацієнти проходять 2–3 сеанси кетаміну із психотерапією між ними.

Клініка вже понад рік працює з військовослужбовцями та ветеранами. За словами лікарів, метод ксенону допомагає швидко відновити фізичний і психічний стан, зокрема після контузій.

Спорт, зокрема джиу-джитсу, може сприяти відновленню фізичного здоров'я, покращенню настрою та самооцінки, а також зменшенню тривожності та стресу. Важливо, щоб реабілітація була комплексною та включала, крім фізичних вправ, професійну психологічну підтримку.

* Як джиу-джитсу може допомогти при ПТСР:

Фізична активність: Джиу-джитсу вимагає фізичної напруги, що допомагає вивільнити накопичений стрес та покращити загальний фізичний стан.

Соціальна взаємодія: Заняття спортом у групі сприяють соціальній взаємодії та зменшенню ізоляції, що часто відчувають люди з ПТСР.

Відчуття контролю: Джиу-джитсу дає можливість відчути контроль над своїм тілом та ситуацією, що може бути корисним при відчутті втрати контролю, характерному для ПТСР.

Покращення настрою та зменшення тривожності: Джиу-джитсу може допомогти знизити рівень тривожності, оскільки під час занять потрібно зосереджуватися на техніці та рухах, також важливо врахувати про зниження кортизолу та збільшення нейромедіаторів, що відповідають за .

Самооцінка: Оволодіння новими навичками та досягнення успіхів у джиу-джитсу може позитивно вплинути на самооцінку та впевненість у собі. Важливо також врахувати скептичність чоловіків, особливо військових до будь-якої психологічної допомоги, а джиу-джитсу, як вид японського бойового мистецтва, вивчає техніку і тактику ведення ближнього бою зі зброєю та без, додає впевненості. (TMS HUB — спортивна реабілітація з адаптованим джиу-джитсу для людей з травмами, ампутаціями чи ПТСР.)

Психічна травма у військових має складний пролонгований характер і зумовлена сукупністю бойових та соціальних факторів. Мультидоменна діагностика дозволяє точно визначати профіль порушень і відстежувати ефективність допомоги. Головними чинниками подолання є рання інтервенція, доказові психотерапевтичні методи, спеціалізовані реабілітаційні центри та суспільна дестигматизація психічних розладів. Подальші дослідження мають бути спрямовані на апробацію іноваційних протоколів (фармакотерапія, нейрофідбек, експозиція) і розроблення національних клінічних рекомендацій.

Разом із цим, спостерігається високий рівень особистісної мобілізації та мотивації до подолання травматичних наслідків завдяки ряду чинників, серед яких варто виокремити: **наявність підтримки з боку побратимів і командирів, соціально-емоційну підтримку родини, внутрішнє відчуття обов'язку перед державою, а також потребу у визнанні власного внеску в захист Батьківщини.** Такі чинники відіграють важливу роль у збереженні психологічної стійкості та можуть розглядатися як ресурси посттравматичного зростання.

Результати підкреслюють важливість **мультидисциплінарного підходу** в роботі з військовослужбовцями: психологічна допомога має поєднувати зусилля фахівців різних профілів (психологів, психіатрів, соціальних працівників, військових капеланів), а також передбачати системну взаємодію з сім'єю, військовим колективом і медичними службами. Такий підхід дозволяє не лише зменшити гострі симптоми, але й формувати нові способи адаптації та сприяти відновленню цілісності особистості.

Подальші дослідження у цьому напрямі мають бути зосереджені на довготривалій динаміці психоемоційного стану військових, з урахуванням факторів резильєнтності, характеру соціальної підтримки та особливостей професійної ідентичності.

Література:

1. Kudler W., Porter B. Veteran and Military Mental Health Issues [Електронний ресурс] / StatPearls Publishing, august 2023. – Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092/> Shevlin P., Khan A. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury among Ukrainians during Active War // *Frontiers in Psychiatry*. – 2023. – № 14. – DOI:10.3389/fpsyt.2023.XXXX [pmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/).
2. Засекіна Л, Засекін С, Куперман В. Посттравматичний стресовий розлад та моральна травма серед українського цивільного населення під час тривалої війни (Community Health. 2023, жовтень) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10148618/?utm_source=chatgpt.com#CR30
3. Held P та ін. – «Чи чинять морально травмуючий досвід та індексні події негативний вплив на результати інтенсивного лікування ПТСР серед ветеранів бойових дій.» Європейський журнал психотравматології. 2021 doi: 10.1080/200081981877026. [DOI] [Безкоштовна стаття PMC] [PubMed] [Google Scholar].
4. Цитата з HQDA, «Холістичне здоров'я та фітнес ; Томас У. Бритт, Емі Б. Адлер и Джеймі Файнс, «Сприйнята стійкість і соціальний зв'язок як предиктори адаптації після професійних негараздів», Журнал психології професійного здоров'я 26, №4(2021):33949, <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Focp0000286>
5. Pinchuk V. RECOVERY: Network of Rehabilitation Centres [Електронний ресурс].2024. [/https://pinchukfund.org/en/projects/28687/?utm_source](https://pinchukfund.org/en/projects/28687/?utm_source)
6. Бойовий шлях: Підтримання психологічної готовності українських солдатів: Олег Гуковський, Джеймс К. Вест, Джошуа К. Морганштейн, Юджин Ф. Аугустерфер, Девід М. Бенедек, Олег Бойко, Роберт Д. Урсано та Емі Б. Адлер <https://www.train-de-trainer.org/wp-content/uploads/2025/03/The-Combat-Path-Sustaining-Mental-Readiness-in-Ukrainian-Soldier.pdf>
7. Hennessy E. Trauma Exposure, Mental Health and QoL among Injured Service Members // *Journal of Traumatic Stress*. – 2023. – Т. 36, № 2. – С. 279–291.
8. Апаєв І. С., & Мельник, Л. В. Особливості психічної травматизації в умовах бойових дій. Психологічний журнал. 2021. 3(12), 45–53.
9. Бевз Л. М. Сучасні тенденції посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Медична психологія. 2022. 2(5), 17–24.
10. Власенко О. Г. Досвід нейрореабілітації ветеранів війни в Україні. Наука і оборона.2023. 1, 78–85.
11. Іванова М. А. «Психотерапевтична допомога особам з ПТСР: міжнародний та український досвід. Актуальні проблеми клінічної психології», 2021. 15, 103–110.
12. Superhumans Center [Електронний ресурс]. – 2025. superhumans.compinchukfund.orgreliefweb.int
13. Heal Ukraine Trauma. Our Work [Електронний ресурс]. – 2025. – healtraumas.orgapnews.com
14. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська // Вісн. Нац. ун-ту оборони України : зб. наук. пр. / Нац. ун-т оборони України ім. Івана Черняховського.-Київ, 2015. - Вип. 3. - С. 123-129.
15. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : метод, посіб. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. -Київ, 2018. - 310 с.
16. Бондарев Г. В. Основи військової психології : навч. посіб. І Г. В. Бондарев, П. П. Круть ; Харків, нац. ун-т внутр. справ. - Харків, 2020.- 272 с.
17. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с. (с.13-14,18).
18. Бессел ван дер Колк «Тіло веде лік»

КРИЗОВА СИТУАЦІЯ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГА

Хінцицька Н.О., Головська І.Г.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У професійній діяльності педагога можна спостерігати нестабільність, невизначеність та виклики, що набувають ознак кризових ситуацій. Особливо гостро це спостерігається в умовах українського сьогодення, де освітяни працюють під час повномасштабної війни, гуманітарної катастрофи, соціально-економічних викликів та психологічного виснаження.

Слід зазначити, що з 2018/2019 навчального року в Україні розпочато реформу «Нова українська школа», що триває і по сьогодні [2]. Це потребує гнучкості та готовності формувати нові стратегії навчання, втілювати в життя методичні рекомендації, що супроводжують дану реформу.

Згідно звіту "Опитування вчителів та керівників навчальних закладів середньої освіти" (грудень 2022 року) педагоги гостро потребують психологічної підтримки для себе та інструментів для допомоги учням, які масово переживають стрес та психологічні травми [9]. Навчальний процес суттєво ускладнюється через повітряні тривоги, відключення світла та проблеми з інтернетом, що вимагає як матеріально-технічного забезпечення, так і методичної допомоги. Українські педагоги працюють в умовах значно збільшеного навантаження, емоційної, когнітивної та фізичної втоми, що сприяє розвитку синдрому емоційного вигорання. Цей стан супроводжується емоційним виснаженням, відстороненістю, зниженням задоволеності роботою, втратою віри у власну професійну ефективність.

Важливу роль у формуванні емоційного вигорання є взаємодія між індивідуальними характеристиками вчителя (рівень стресостійкості, емпатійність, професійні компетентності), організаційними чинниками (розклад, тривалість роботи, кількість учнів у класах), соціально-демографічними чинниками (стать, вік, сімейний стан), зовнішніми чинниками (війна, тиск з боку батьків учнів і громадськості). Всі ці фактори мають вплив на особисте життя педагога, на якість професійної діяльності та опосередковано на учнів та їх успішність [1].

Професія педагога традиційно вважається однією з найбільш емоційно напружених. Щоденна взаємодія з учнями, батьками, колегами та адміністрацією закладу, необхідність вирішення численних професійних завдань, високий рівень відповідальності створюють значне емоційне навантаження. У кризових ситуаціях, таких як пандемія COVID-19 та повномасштабна війна в Україні, рівень стресу та емоційної напруги серед педагогів помітно виріс [4].

Пандемія вимагала швидкого переходу на дистанційне навчання, що зобов'язало педагогів освоювати нові технології, змінювати звичні методи роботи та підтримувати емоційний стан учнів і їхніх батьків у невизначених умовах. Війна в Україні додала до цього списку загрози для життя та здоров'я, вимушену міграцію, втрату близьких, а також необхідність адаптації до нових реалій навчання в умовах воєнних дій або евакуації.

Емоційне вигорання, яке є результатом хронічного стресу, виникає внаслідок тривалого впливу емоційних та міжособистісних стресорів. Проблема емоційного вигорання вивчається в психології вже десятки років. Термін "burnout" був введений і описаний американським психіатром Дж. Фрейденбергом в 1974 р. Синдром емоційного вигорання є результатом інтеграції фізичної, емоційної та когнітивної втоми за умови, що головним чинником виступає емоційне виснаження [8].

Емоційне вигорання – це характерне явище для фахівців професій які відповідають типу «людина-людина». Педагоги відповідають високому ризику даного синдрому, але на жаль, часто навіть не співвідносять симптоми, що з'явилися, з даним явищем. Не усвідомлюючи того, що відбувається вигорання, освітяни наражаються на найрізноманітніші ризики: зміни емоційних процесів, погіршення стану фізичного здоров'я, руйнування особистих відносин, бажання піти з професії, навіть, незважаючи на втрату накопиченого досвіду та статусу [3]. На думку Р. В. Павелкова, недостатня обізнаність та розуміння емоційного вигорання серед педагогів в умовах тривалої військової агресії є однією з проблем в Україні. На жаль, дана проблема часто залишається без належної уваги або не вирішується належним чином, залишаючи педагогів без необхідної підтримки та ресурсів для подолання викликів, з якими вони стикаються [5].

Наразі сучасні дослідження вирізняють декілька моделей емоційного вигорання, що пояснює різні аспекти цього явища [6]. Перша - однофакторна модель, що визначає емоційне вигорання як стан фізичного, емоційного та психічного виснаження (А. Pines & Е. Aronson). Ключовим фактором даної моделі є тривале перебування в емоційно напружених ситуаціях, що призводить до емоційного виснаження - головного компоненту, а інші поведінкові прояви є наслідком. Наступна модель розроблена голландськими дослідниками D. Diredonck та W. Schaufeli. Двофакторній моделі «вигорання» характерно емоційне виснаження та деперсоналізації. Трьохфакторній моделі (С. Maslach & S. Jackson) характерно емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію досягнень, а чотирьохфакторна модель включає емоційне виснаження, деперсоналізацію професійної діяльності, деперсоналізацію суб'єктів професійної діяльності та редукцію особистих досягнень (В. Parman & Е. Hartman).

Кожна з цих моделей емоційного вигорання демонструє, що цей стан проявляється як на фізичному, так і на психологічному рівнях. Існуючі моделі відрізняються залежно від динаміки цього явища: одні розглядають емоційне вигорання як стан, коли інші як процес.

У літературі щодо вигорання саме виснаження є найбільш широковідомим та найбільш ретельно проаналізованим компонентом цього синдрому. Усі теоретичні моделі вигорання включають виснаження як ключовий компонент [7].

Огляд основних моделей емоційного вигорання дозволяє краще зрозуміти його структурні компоненти, динаміку розвитку та механізми впливу на особистість. Проте для глибшого усвідомлення природи цього явища недостатньо лише теоретичних підходів — важливо аналізувати чинники, що зумовлюють його виникнення та перебіг. Саме тому актуальним є звернення до аналізу детермінант емоційного вигорання, які охоплюють як індивідуально-психологічні особливості педагогів, так і специфіку їхнього професійного

середовища. Розуміння цих факторів дозволяє пояснити механізми формування вигорання та визначити можливості його попередження та подолання.

З метою вивчення стану педагогів було розпочато дослідницьку роботу, що включає результати методики діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко) та опитувальника «Самооцінка стійкості до стресу» для 33 респондентів, які є педагогами одного з ліцеїв міста Південного в Одеській області. Вік респондентів варіювався від 21 до 49 років, педагогічний стаж - від 2 до 12 років. Мета даного дослідження - провести аналіз впливу кризи, використовуючи результати методик для оцінки рівня емоційного вигорання та самооцінки стресостійкості педагогів і визначити зв'язок між цими факторами.

Аналіз отриманих результатів показав, що значна частина педагогів перебуває у сформованій або у стадії формування фаз резистенції (45,5% повністю сформована, 54,5% у стадії формування) та виснаження (36,4% повністю сформована, 18,2% у стадії формування). Фаза напруження сформована у 18,2% педагогів, 27,3% знаходяться на стадії формування цієї фази. Також виявлено, що симптоми емоційного вигорання є середньо або високо вираженими у всіх трьох фазах. У фазі напруження 18,2% педагогів відзначили високі рівні переживання психотравмуючих обставин, тривоги та депресії. У фазі резистенції 100% респондентів продемонстрували високий рівень редукції професійних обов'язків та 54,5% відображають високу виразність сфери економії емоцій. В фазі виснаження спостерігається високий рівень емоційного відчуження у 54,5% педагогів і значні психосоматичні порушення у 36,4%.

Згідно з результатами опитувальника самооцінки стресостійкості встановлено, що більшість педагогів мають середній рівень стійкості до стресу, за винятком шести респондентів із високим рівнем даного показника.

Аналіз отриманих даних показав взаємозв'язок між рівнем стресостійкості та ступенем виразності емоційного вигорання серед педагогів. Особи із середнім рівнем стресостійкості частіше демонструють ознаки сформованих фаз резистенції та виснаження, а також більш виражені симптоми вигорання порівняно з педагогами з високим рівнем стресостійкості.

Проте дослідження не визначає чітко характер кризової ситуації, її вплив можна опосередковано простежити через високий рівень переживання психотравмуючих обставин, тривоги та депресії у фазі напруження. Ймовірно, ці фактори пов'язані із зовнішніми негативними умовами, що значно посилюють прояви емоційного вигорання педагога, особливо з нижчим рівнем стресостійкості. Симптоми резистенції та виснаження (такі як редукція професійних обов'язків і емоційне відчуження) можна розглядати як адаптивну реакцію на тривалий стрес від кризових умов.

Дані результати наголошують на важливості підвищення стресостійкості та розробці програм підтримки освітян, що направлені на формування стратегій управління стресом в умовах кризи для запобігання вигоранню. На індивідуальному рівні це можуть бути тренінги зі стресостійкості, саморегуляції та тайм-менеджменту. На інституційному рівні – створення сприятливого психологічного клімату в педагогічному колективі, організація регулярних супервізій з метою підтримки на шляху реформи НУШ, інформування про доступ до психологічної допомоги та оптимізація навантаження. На державному рівні важливим є визнання проблеми емоційного вигорання педагогів, що потребує

відповідної політики щодо реалізації та забезпечення ресурсів для підтримки та підвищення престижу професії вчителя.

Зі зростанням навантаження освітяни перебувають у стресі, що визначає пріоритет психологічної підтримки. Такого роду підтримка може бути ефективною за умови освоєння знань та умінь про те як діяти в екстремальних умовах, опанування копінг-стратегій для саморегуляції власного стану і бути готовим допомогти дитині у різних кризових ситуаціях [10].

Підтримка емоційного добробуту педагогів є не лише питанням їхнього особистого здоров'я, але й ключовою умовою забезпечення якості освіти та психологічної стійкості молодого покоління українців. Вивчення факторів емоційного вигорання створює підґрунтя для визначення ключових детермінант, які необхідно враховувати при створенні стратегій підтримки психологічного добробуту педагогічних працівників.

Дослідження кризової ситуації як детермінанти є формуючим напрямком для реалізації програм з психологічної підтримки освітян. Розробка програм з урахуванням впливу екстремальних умов та кризових ситуації є стратегією трансформації педагогічної діяльності з урахуванням потреб педагогів закладів загально середньої освіти. Це вагомий внесок у якість та ефективність освітнього процесу, адже забезпечить педагогів необхідними інструментами для збереження власного ресурсу та ефективного виконання професійних обов'язків.

Література:

1. ВАРНАВСЬКА, Інна. Фактори емоційного вигорання педагогів. 2023.
2. ГРИНЕВИЧ, Лілія Михайлівна. Концептуальні ідеї реформи «Нова українська школа» у світлі української педагогічної думки. Український педагогічний журнал, 2022, 4.
3. МІЩЕНКО, Марина Сергіївна. Особливості емоційного вигорання педагогів в умовах війни. 2023.
4. ОЛІЙНИК, Марія. Дослідження синдрому вигорання. КПП орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні. efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://icbt.org.ua/wp-content/uploads/2021/08/Oliynyk-M.-KPT-oriyentovana-modeldopomogy-pry-emotsiynomu-vygoranni.pdf, 2021.
5. ПАВЕЛКІВ, Р. Синдром емоційного вигорання викладачів закладів вищої освіти в умовах військової агресії росії проти України. Психологія: реальність і перспективи, 2023, 20: 144-153.
6. СИТНИК, Світлана Володимирівна. Особистісні детермінанти емоційного вигорання педагогів. 2024.
7. ASSONOV, Dmytro. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. Psychosomatic Medicine and General Practice, 2021, 6.2: e0602295-e0602295.
8. FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burn-out. Journal of social issues, 1974, 30.1: 159-165.
9. Gradus Research. Аналітичний звіт. Опитування вчителів та керівників навчальних закладів середньої освіти. 2022. (<https://gradus.app/uk/open-reports/gradus-report-goglobal-ua/>)
10. <https://goglobal.com.ua/post/goglobal-prezentuvaly-rezultaty-doslidzhennya-osvitnij-front-vplyv-vijny-na-osvityan>
1. Чухраєва, Ганна Вікторівна. “Психологія оперативно-розшукової діяльності працівників Національної поліції України: дис. на здобуття... докт. псих. наук: 19.00.01.” Інститут психології імені Г. С. Костюка, Київ (2019).
2. Шашкова, Анна Віталіївна, and Оксана Сергіївна Христюк. “Особливості профілактики професійної деформації працівників Національної поліції України.” (2024).

ДЕТЕРМІНАНТИ КОРЕКЦІЇ АУТОАГРЕСІЇ В КРИЗОВОМУ СТАНІ

Скріннік В.Г.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми. Кризові стани в сучасних умовах, спричинені військовими конфліктами, економічною нестабільністю та соціальними потрясіннями, дедалі більше впливають на психологічний стан людей. Особливо вразливою категорією є молодь, яка в силу своїх психофізіологічних особливостей схильна до більшої емоційної нестабільності та підвищеного рівня стресу. У таких умовах все частіше проявляються різні форми аутоагресії, що є своєрідною реакцією на зовнішній тиск і внутрішні переживання.

Аутоагресія визначається як деструктивна поведінка, спрямована на себе, що проявляється у формах самопошкодження, аутоагресивних думок та дій. Вона часто супроводжує кризові стани, погіршує адаптацію до життєвих викликів і значно ускладнює процес відновлення психологічної рівноваги.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю розробки ефективних психологічних інтервенцій, що сприяють подоланню аутоагресивних тенденцій у молоді. В умовах військового конфлікту в Україні, соціальної нестабільності та економічних потрясінь, такі заходи набувають особливої важливості.

Мета дослідження - встановити характер взаємозв'язків між стратегіями подолання кризового стану у молоді, рівнем їхньої самооцінки та проявами аутоагресивної поведінки. Дослідження зосереджувалося на визначенні основних детермінант, що впливають на схильність до аутоагресії в умовах кризи, а також на ефективності адаптивних копінг-стратегій для подолання емоційної напруги та підвищення стійкості до стресу.

Матеріали та методи дослідження. Для оцінки рівня стресу та його впливу на психологічний стан досліджуваних, використовувалася шкала сприйнятого стресу (PSS) III. Коена в адаптації В. Абабкова. Ця методика дозволила визначити суб'єктивне сприйняття стресових ситуацій та їхній вплив на емоційний стан респондентів.

Для вивчення типових способів подолання кризових ситуацій було застосовано опитувальник копінг-стратегій (CSI-SF), що включає скорочену форму для визначення основних моделей поведінки в умовах стресу. Це дало змогу проаналізувати, які стратегії молодь обирає найчастіше — адаптивні чи деструктивні.

Оцінка рівня самооцінки здійснювалася за допомогою тест-опитувальника С.В. Ковальова. Методика дозволила визначити рівень самоприйняття, критичність до себе та здатність респондентів ефективно функціонувати у складних життєвих обставинах.

Враховуючи, що розподіл більшості показників не відповідав нормальному закону, для статистичного аналізу було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Для порівняння отриманих результатів з даними інших досліджень застосовано одновибірковий критерій знакових рангів Вілкоксона. Розрахунки здійснювалися за допомогою статистичних пакетів IBM SPSS Statistics та Microsoft Excel.

Вибірка досліджуваних включала 120 молодих людей віком від 18 до 25 років, що проживають в умовах соціально-економічної нестабільності та військового конфлікту. Респонденти характеризувалися підвищеним рівнем тривожності та схильністю до аутоагресивної поведінки, що було визначено під час попереднього етапу діагностики.

Результати дослідження продемонстрували, що рівень аутоагресії серед молоді, яка перебуває у кризовому стані, суттєво варіюється. Згідно з опитувальником рівня аутоагресії, показники розподілилися в діапазоні від 18 до 52 балів. Середній бал становив 34.7 зі стандартним відхиленням 6.2, що відповідає помірному рівню аутоагресивних тенденцій серед респондентів. Медіана — 33 бали, значення першого квантилю — 28 балів, третього — 39 балів. Це свідчить про те, що у більшості респондентів спостерігається схильність до самопошкоджувальної поведінки, яка часто проявляється у вигляді самокритики, соціальної ізоляції та підвищеного рівня тривожності. Зокрема, 14% респондентів продемонстрували високий рівень аутоагресії (більше 45 балів), що вимагає особливої уваги з боку психологів та соціальних служб.

Щодо копінг-стратегій, результати застосування методики CSI-SF показали, що серед досліджуваних найбільш частотними є когнітивне реструктурування ($M=8.7$, $SD=2.3$), вирішення проблем ($M=9.3$, $SD=2.1$) та емоційна підтримка ($M=8.9$, $SD=2.4$). Високі середні показники цих стратегій підкреслюють схильність молоді шукати раціональні підходи до подолання стресу. Водночас, менш популярними виявилися соціальне уникнення ($M=5.6$, $SD=1.9$) та самокритика ($M=5.9$, $SD=2.0$), що є деструктивними підходами, які часто поглиблюють кризовий стан.

Аналіз рівня самооцінки показав, що середні значення варіювалися від 43 до 109 балів. Середній показник становив 56.3 бала зі стандартним відхиленням 18.9, що свідчить про загальний низький рівень самооцінки серед респондентів. При цьому, 18% опитаних показали критично низький рівень самооцінки (менше 50 балів), що прямо корелює з високим рівнем аутоагресивної поведінки.

Кореляційний аналіз дозволив встановити статистично значущі зв'язки між рівнем самооцінки, рівнем аутоагресії та стратегіями подолання кризового стану (табл.1.).

Таблиця 1.

Показники	Когнітивне реструктурування	Вирішення проблем	Соціальне уникнення	Самокритика	Рівень аутоагресії
Самооцінка	-0.32*	-0.28*	0.41**	0.46**	0.37**

*Примітки: * – кореляція є статистично значущою на рівні $p < 0.05$; ** – на рівні $p < 0.01$.

Кореляційний аналіз показав, що когнітивне реструктурування та вирішення проблем мають негативний зв'язок з рівнем аутоагресії, тоді як соціальне уникнення та самокритика — позитивний. Це свідчить про те, що адаптивні стратегії подолання стресу сприяють зниженню рівня деструктивної поведінки, тоді як деструктивні — навпаки, підсилюють кризові стани.

Виявлені результати підкреслюють важливість розвитку адаптивних копінг-стратегій, спрямованих на підвищення рівня самооцінки, що в подальшому може зменшити ризики аутоагресії в умовах кризового стану.

Висновки

1. Виявлено, що молоді люди, які взяли участь у дослідженні, переживали помірний рівень стресу, який був виражений через підвищений рівень аутоагресії. Незважаючи на кризовий стан, більшість з них намагалися ефективно справлятися з емоційною напругою, використовуючи адаптивні копінг-стратегії, такі як когнітивне реструктурування та вирішення проблем. Водночас, низький рівень самооцінки у респондентів був пов'язаний зі схильністю до соціального уникнення та самокритики, що ускладнювало процес подолання стресу.
2. Встановлено, що висока самооцінка корелює з активним вирішенням проблем у кризовій ситуації, тоді як низька самооцінка обумовлює вибір неадаптивних стратегій подолання, таких як соціальне уникнення, самокритика та емоційна ізоляція. Це підтверджує необхідність розробки програм підвищення рівня самосприйняття як одного з напрямів корекції аутоагресії.
3. Визначено, що високий рівень сприйнятого стресу серед респондентів є предиктором аутоагресивної поведінки. Особи з низькою самооцінкою демонструють вищий рівень емоційної вразливості, що підсилює прояви аутоагресії в кризовому стані. Це свідчить про необхідність підтримки молоді в навчанні адаптивних способів подолання стресових ситуацій та розвитку емоційної стійкості.

4. Результати дослідження підтверджують важливість формування адаптивних копінг-стратегій та підвищення рівня самооцінки для зниження ризику аутоагресії у кризовому стані. На основі отриманих даних рекомендовано створення психокорекційних програм, спрямованих на розвиток емоційної стійкості та підтримку соціальних зв'язків як засобів запобігання аутоагресивним тенденціям.

Література:

1. Заїка В., Клевака Л. (2021). Психологічні особливості динаміки переживання, подолання та особистісної трансформації людини в умовах життєвої кризи.
2. Brühlhart M., Klotzbücher V., Lalive R. (2023). Young people's mental and social distress in times of international crisis: evidence from helpline calls, 2019–2022.
3. Dat N.T. et al. (2022). The Effectiveness of Self-Esteem-Related Interventions in Reducing Suicidal Behaviors: A Systematic Review and Meta-Analysis.
4. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни.
5. Ababkov V.A. et al. (2016). Validation of the Russian version of the questionnaire "Scale of perceived stress–10".
6. Dukhnovsky S. (2021). Features Of Professional Self-Attitude In Subjects Experiencing "Adulthood Crisis".
7. Lazarus R.S., Folkman S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ПРАЦІВНИКІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ УКРАЇНИ

Бондаренко А.Д.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вступ і сучасний стан досліджуваної проблеми. У сучасних умовах тривалої війни, високого соціального напруження та реформування правоохоронної системи працівники Національної поліції України опиняються під постійним впливом інтенсивних стресових чинників. Щоденна професійна діяльність поліцейського включає взаємодію з агресивно налаштованими особами, ухвалення рішень в умовах небезпеки, контакт із постраждалими або загибеллю, що створює високе психоемоційне навантаження.

Проблема збереження психологічного здоров'я та ефективності правоохоронців у таких умовах постає особливо гостро. Саме тому стресостійкість, як інтегративна властивість особистості, стає ключовим чинником професійної витривалості людини. Вона проявляється у здатності регулювати емоції, адаптуватися до змін, підтримувати працездатність і приймати рішення в умовах ризику.

Вивчення стресостійкості як феномену актуалізується у працях К. Коннора, Дж. Девідсона, Н. Водоп'янової, В. Остаповича та українських дослідників, які звертають увагу на взаємозв'язки між професійним середовищем, особистісними

якостями та ефективністю діяльності. Проте дослідження, спрямовані саме на молодих працівників поліції, залишаються недостатньо опрацьованими, незважаючи на їхню вразливість і потребу в адаптації.

Мета дослідження – виявлення психологічних особливостей розвитку стресостійкості у молодих працівників Національної поліції України віком від 18 до 24 років, а також встановлення взаємозв'язків між рівнем сприйнятого стресу, емоційного вигорання, мотиваційних стратегій і резильєнтності.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 30 молодих співробітників Національної поліції України віком від 18 до 24 років, усі з досвідом професійної діяльності від 6 місяців до 2 років. Участь у дослідженні була добровільною та анонімною.

З метою досягнення поставленої мети були використані наступні психодіагностичні методики:

- шкала сприйнятого стресу (PSS-10) в адаптації К. Тарабриної;
- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) - для вимірювання рівня резильєнтності;
- COPE Inventory (Ткач, 2019) — для аналізу стратегій подолання стресу;
- HADS — для вимірювання рівня тривожності й депресії, як наслідків низької стресостійкості.

Збір та обробка даних здійснювалися за допомогою програми IBM SPSS Statistics. Для статистичного аналізу застосовувалися коефіцієнт рангової кореляції Спірмена та описова статистика. Рівень статистичної значущості приймався на рівні $p < 0.05$.

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів дав змогу встановити, що рівень суб'єктивного стресу, за шкалою PSS-10, є помірним у 60% респондентів, високим - у 33%, низьким - лише у 7%. Це свідчить про значний емоційний тиск, який переживають молоді працівники в початковий період професійної діяльності. За шкалою CD-RISC-10 виявлено, що високий рівень резильєнтності мають 37% респондентів, середній - 43%, низький - 20%. Найвищі показники стресостійкості мали ті, хто демонстрував високий рівень внутрішньої мотивації, позитивне ставлення до керівництва та вміння самостійно регулювати свій емоційний стан. Окрім уже наведених результатів за шкалами PSS-10 і CD-RISC-10, для кращого розуміння механізмів адаптації було також досліджено, які саме стратегії подолання стресу використовують молоді працівники поліції. За результатами скороченого варіанта опитувальника COPE (адаптація Т.М. Ткач, 2019), переважна частина респондентів демонструвала схильність до активного подолання труднощів - саме ця стратегія мала найвищі середні значення. Багато з них вказували, що намагаються брати ситуацію під контроль або розв'язувати проблеми в міру їхнього виникнення, що в певному сенсі співвідноситься з високими показниками резильєнтності. Також досить поширеним було звернення за соціальною підтримкою, особливо серед тих, хто мав позитивне уявлення про колектив і керівництво. Разом з тим, стратегії уникнення та самозвинувачення також фіксувалися у частини респондентів. Частіше за все вони проявляються в тих, хто паралельно мав високі показники емоційного виснаження або низький рівень суб'єктивної стресостійкості. Уникнення як спосіб реагування на труднощі не завжди супроводжувалося розв'язанням проблем, а іноді й призводило до ще більшого емоційного напруження. Самозвинувачення, своєю чергою, частіше

проявляється в тих, хто мав високі бали за шкалою тривожності. Щоб краще зрозуміти, як респонденти емоційно реагують на напругу, було також застосовано шкалу HADS, що дає змогу оцінити рівень тривожності та депресивних проявів. Тут результати виявилися досить показовими: у значної частини учасників спостерігалися помірні або підвищені рівні тривожності. У деяких навіть були значення, що свідчать про потребу в глибшому психологічному супроводі. Депресивні прояви виявилися менш поширеними, але теж були помітними у певного відсотка молодих поліцейських, особливо серед тих, хто відчував себе стомленим, емоційно виснаженим або незадоволеним якістю професійної підтримки. Загалом результати цих методик додатково підтвердили важливість системної підтримки, чіткої мотивації та розвитку навичок адаптивної саморегуляції в умовах підвищеного службового навантаження. Виявлені особливості поведінкових стратегій та емоційного фону допомагають глибше зрозуміти, як саме формується стресостійкість у молодих правоохоронців на ранніх етапах їхньої професійної діяльності.

Висновки

1. Молоді працівники Національної поліції віком 18-24 років демонструють високий рівень сприйняття стресу, що є закономірним у перші роки служби. Водночас рівень резильєнтності у більшості з них перебуває на середньому рівні, що свідчить про наявність адаптивного потенціалу, але й про потребу в підтримці.

2. Дані дослідження показали, що найчастіше використовуваними стратегіями подолання є активне розв'язання проблем і звернення по соціальну підтримку. Однак також фіксувалися стратегії уникнення і самозвинувачення, які частіше супроводжувалися ознаками емоційного виснаження.

3. За результатами HADS, частина респондентів мала підвищені рівні тривожності, а окремі - прояви пригніченості. Це може бути сигналом до необхідності раннього психопрофілактичного втручання, особливо в контексті професійного вигорання та нестабільного емоційного фону.

4. Виявлені зв'язки між показниками стресу, стратегіями копінгу, емоційним станом і резильєнтністю дають змогу краще розуміти, як формується психологічна витривалість у молодих поліцейських. Це знання може стати корисним для створення тренінгових програм, системи менторства та підтримки, орієнтованої на збереження психологічного здоров'я.

Література:

3. Кісіль, Зоряна Романівна. "Психологічні чинники професійного стресу у працівників Національної поліції України." (2019).
4. Малькова, Марина Олександрівна. "Методи розвитку стресостійкості в курсантів ВНЗ зі специфічними умовами навчання." Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України: тези доп. наук.-практ. конф. (м. Харків, 30 берез. 2018 р.). – Харків, 2018. – С. 129–131.
5. Петренюк А. О. Зв'язок рівня стресостійкості та емоційного вигорання у працівників поліції : автореф. дип. роботи на здобуття освітнього ступеня «магістр»: спец. 053

- «Психологія» / А. О. Петренюк, ЧНУ ім. Петра Могили. – Миколаїв, 2019. – 16 с. URL: <https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/928>
6. Петренюк, А. О. “Зв’язок рівня стресостійкості та емоційного вигорання у працівників поліції.” (2020).

ЕКСТРЕМАЛЬНА ТА КРИЗОВА ПСИХОЛОГІЯ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Панькова Т. О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Анотація: У статті розглядається сучасний стан розвитку екстремальної та кризової психології в умовах соціальних, воєнних і гуманітарних викликів. Визначено основні завдання цієї галузі в контексті війни, природних катастроф, терористичних загроз, масових травм і наслідків насильства. Підкреслено роль кризового психолога у стабілізації стану постраждалих, наданні першої психологічної допомоги, запобіганні розвитку ПТСР. Розглянуто ефективні стратегії психоемоційної підтримки та ресоціалізації.

Ключові слова: кризова психологія, екстремальні ситуації, ПТСР, стрес, психологічна допомога, війна, травма, психологічна перша допомога.

ВСТУП

Екстремальна та кризова психологія вийшла на передній план практичної психології в Україні після початку повномасштабної війни у 2022 році. Збройний конфлікт, масова міграція, втрати, руйнування, насильство — усі ці чинники спричинили хвилю психологічних травм у населення. Перед фахівцями постала задача термінової адаптації до нових умов роботи, створення кризових інтервенцій, формування довготривалих програм психосоціальної підтримки. Психологи в екстремальних умовах працюють на межі — часто в полі, під час обстрілів, у тилу з родинами загиблих, в евакуаційних центрах, з військовими, волонтерами й переселенцями. У таких реаліях особливо важливою стає системна підготовка кризових фахівців та впровадження ефективних стратегій допомоги.

МЕТА СТАТТІ

Метою цієї статті є систематизація сучасних викликів у сфері екстремальної та кризової психології, аналіз ключових завдань фахівців, а також висвітлення інструментів ефективної допомоги постраждалим у кризових ситуаціях.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Поняття екстремальної та кризової психології.

Екстремальна психологія досліджує психічну діяльність людини в умовах підвищеної небезпеки, ризику для життя, ізоляції, дефіциту ресурсів. Вона вивчає адаптивні можливості психіки під час воєнних дій, природних катастроф, техногенних аварій. Кризова психологія зосереджена на емоційних і когнітивних реакціях на травматичні події: втрата близьких, насильство, серйозні захворювання, раптова зміна життєвих обставин. Основне завдання кризової психології — стабілізація стану особистості та повернення її до функціонального рівня.

Класичні дослідження Дж. Ліндемманна, Дж. Бонно та Ж. Абрагама ще в ХХ ст. показали, що своєчасна психологічна допомога після травматичної події значно зменшує ризик довготривалих наслідків. Сьогодні ці підходи доповнено сучасними методиками: когнітивно-поведінковою терапією (КПТ), методами емоційного звільнення (EMDR), тілесно-орієнтованими практиками тощо.

2. Актуальні виклики для кризової психології в Україні.

Після початку війни значно зросла потреба у кризових психологах у всіх регіонах країни. Психологи працюють у шпиталях, евакуаційних центрах, освітніх закладах, телефонах довіри. Нові виклики:

- Масове поширення тривожних і депресивних розладів серед населення;
- Значне підвищення рівня ПТСР у військових та цивільних;
- Труднощі з наданням допомоги дітям, які пережили втрати та евакуацію;
- Емоційне вигорання самих фахівців унаслідок постійного стресу;
- Потреба у швидкому перепрофілюванні психологів різних спеціальностей.

Додатково виникають виклики, пов'язані з відсутністю підготовлених кадрів, перевантаженням системи охорони здоров'я, нестачею фахової літератури, обмеженим доступом до психотерапії. Ключовою загрозою є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Це патологічний стан, який виникає після психотравмуючих подій і включає нав'язливі спогади, нічні кошмари, гіпервозбудження, уникання контактів, депресію.

Водночас виникає новий феномен — вторинна травматизація психологів, волонтерів, медиків. Цей виклик вимагає турботи про фахівців, регулярної супервізії та психогігієни в команді.

3. Інструменти кризової допомоги.

Сучасна кризова допомога має бути доступною, короткотерміною, емпатійною. Ефективними є:

- **Психологічна перша допомога (PFA)** — алгоритм дій психолога або волонтера у перші години після травми: стабілізація, підтримка, збереження безпеки.
- **Дебрифінг та дефузія** — застосовуються для обговорення пережитого досвіду в групі (особливо після рятувальних або бойових дій).
- **Методи заземлення і стабілізації** — включають дихальні техніки, вправи на усвідомленість, орієнтацію на теперішнє.
- **Підходи до тривалої терапії** — EMDR, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), нарративна психотерапія.

Групові зустрічі підтримки дають відчуття спільності, що критично важливо для тих, хто пережив втрату.

Варто наголосити на важливості культурно-адаптованих підходів, що враховують українські реалії, мову, релігійні уявлення, спільнотні традиції.

4. Роль кризового психолога в стабілізації постраждалих.

Психолог працює в умовах гострої потреби в психологічній першій допомозі (ППД). Вона має кілька ключових етапів:

- **Стабілізація** (відновлення відчуття безпеки).
- **Нормалізація емоцій** («те, що ви відчуваєте — це природна реакція на ненормальну ситуацію»).
- **Ресурсування** — допомога людині згадати, на що вона може опертися.

Крім цього, кризовий психолог:

- Надає **інформаційну підтримку** (пояснення, як поводитися з ПТСР).
 - Формує **довіру**, що є основою подальшої терапії.
 - Супроводжує **процес реадаптації** людини до мирного життя (ресоціалізація).
- Особливої уваги потребують вразливі групи — діти, підлітки, люди з інвалідністю, родини загиблих військових.

5. Професійна підтримка самих фахівців.

Сталий виклик — необхідність допомагати тим, хто допомагає. Без належної психогігієни фахівці втрачають ефективність. Рекомендовано:

- Регулярні супервізії (обговорення випадків з фахівцем);
- Інтервізійні групи (підтримка серед колег);
- Особисті консультації для кризових психологів;
- Навчання методам відновлення (майндфулнес, тілесні практики, фізична активність).

ВИСНОВКИ

Кризова психологія — це не лише галузь науки, а щоденна боротьба за збереження психічного здоров'я нації. У нових реаліях воєнного часу її значення виросло експоненційно. Кризова психологія в сучасній Україні виконує критично важливу роль. Психологи стоять на першій лінії допомоги поряд з медиками, рятувальниками, військовими. Надання психологічної допомоги в умовах стресу — це не лише інструмент виживання окремої людини, а фактор збереження психічного здоров'я нації. Подальша підтримка професійного середовища, підготовка кадрів і популяризація знань про кризову допомогу мають стати державним пріоритетом.

Література:

1. APA Guidelines for Psychological First Aid (PFA), 2020.
2. Бойко, В. В. (2022). Психологія стресу та кризових станів. Київ: Академвидав.
3. Митина, Л. М. (2021). Кризова інтервенція: теорія і практика. Харків: Гуманітарний центр.
4. WHO Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies, 2021.
5. Herman, J. (2015). Trauma and Recovery. Basic Books.
6. Васильєва, Н.І. (2023). Психологічна підтримка в умовах бойових дій. Психологія і сучасність, №3, 56–63.

ФЕНОМЕН ІНТУЇЦІЇ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ КРИЗОВОГО ПСИХОЛОГА

Мазеплюк О.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми. У сучасному світі, де психологічні та соціальні кризи набувають системного характеру, значно зростає потреба в ефективній діяльності фахівців, здатних надавати своєчасну психологічну допомогу. Особливої уваги в цьому контексті заслуговує діяльність кризових психологів, які працюють із людьми у стані гострого стресу, втрат, травм або екзистенційних потрясінь. Проблема чинників, що забезпечують ефективність їх професійної діяльності, є надзвичайно актуальною, особливо в умовах війни в Україні, коли психологи щодня зіштовхуються з непередбачуваними та високостресовими ситуаціями (Сачко, 2023).

Дослідження (Gigerenzer, 2007; Kahneman, 2011; Ситник, 2022) засвідчують, що одним із ключових психологічних ресурсів, який сприяє прийняттю своєчасних і ефективних рішень у стресових умовах, є інтуїція. Її вивчення стає все більш актуальним, оскільки інтуїтивне мислення дозволяє фахівцю швидко оцінювати ситуацію, прогнозувати поведінку клієнта та приймати оптимальні рішення навіть за браком повної інформації.

Під інтуїцією в даному дослідженні ми розуміємо специфічну когнітивну здатність, що дозволяє ухвалювати рішення або робити висновки без очевидного логічного аналізу, ґрунтуючись на досвіді, чуттєвому сприйнятті та несвідомому обробленні інформації. У професійній діяльності кризового психолога інтуїція проявляється у формі швидкого розпізнавання психологічного стану клієнта, вмінні миттєво вибирати відповідну форму втручання та адаптувати методи допомоги до конкретної ситуації.

Аналіз наукових джерел (Заїка і Клевака, 2021; Brülhart та ін., 2023; Dukhnovsky, 2021) вказує на те, що хоча інтуїція часто використовується у практиці, вона ще недостатньо осмислена з точки зору її природи, механізмів формування та способів розвитку. Її ефективність залишається темою дискусій, що створює потребу в більш системному дослідженні.

Є підстави (Dane & Pratt, 2007; Dat та ін., 2022) вважати, що інтуїція не є випадковим явищем, а результатом поєднання професійного досвіду, емоційної чутливості та здатності до швидкої обробки складної інформації. Психологи, які володіють високим рівнем інтуїції, демонструють більшу впевненість у прийнятті рішень, ефективніше будують довірчі стосунки з клієнтами та краще адаптуються до змін у динаміці кризової ситуації.

Таким чином, гіпотеза нашого дослідження полягає в тому, що високий рівень інтуїції у кризових психологів сприяє більш ефективному реагуванню на кризові стани клієнтів, забезпечуючи гнучкість, емоційну чутливість та своєчасне прийняття професійних рішень.

Мета дослідження - вивчення феномену інтуїції як психологічного ресурсу, що забезпечує ефективність професійної діяльності кризового психолога, зокрема в умовах високої емоційної напруги, інформаційної невизначеності та обмеженого часу на прийняття рішень.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети дослідження було використано комплекс загальнонаукових та психодіагностичних методів, які дозволили всебічно вивчити феномен інтуїції в професійній діяльності кризових психологів.

Контингент дослідження. У дослідженні взяли участь 10 практикуючих кризових психологів віком від 25 до 50 років, які мають досвід роботи від 2 до 15 років у сфері кризової інтервенції, психосоціальної підтримки або психологічної допомоги постраждалим в умовах війни, стихійних лих чи інших критичних подій. Добір здійснювався методом цільової вибірки.

Методи дослідження:

1. **Теоретичний аналіз** наукової літератури з тематики інтуїції, прийняття рішень, професійної діяльності психологів у кризових умовах.
2. **Опитувальник інтуїтивного стилю мислення** (Revello & Epstein, adapted version) — для оцінки схильності до інтуїтивного прийняття рішень.
3. **Методика визначення професійної ефективності** (за критеріями самооцінки, супервізійної оцінки та кейс-аналізу).
4. **Напівструктуроване інтерв'ю**, спрямоване на виявлення ситуацій, у яких психологи покладалися на інтуїцію, та їх суб'єктивне бачення ефективності таких рішень.
5. **Методи математичної статистики** (кореляційний аналіз, описова статистика) — для обробки емпіричних даних і виявлення зв'язків між рівнем інтуїції та показниками професійної ефективності.

Таке поєднання якісних і кількісних методів дозволяє глибоко проаналізувати роль інтуїції як чинника професійної компетентності та стресостійкості у сфері кризової психології.

Результати емпіричного дослідження свідчать про варіативність рівнів інтуїтивного мислення серед кризових психологів. Оцінки за шкалою інтуїтивного стилю (за методикою Revello & Epstein) коливалися в межах від 42 до 88 балів. Середнє значення становило 67.4 бала, стандартне відхилення — 9.6, медіана — 69 балів, що вказує на переважання середнього та вище середнього рівня розвитку інтуїтивного мислення в досліджуваний вибірці. Значення першого та третього кuartилів становили відповідно 61 та 74 бали, що також свідчить про помірно високий рівень інтуїції у більшості респондентів.

Згідно з даними напівструктурованих інтерв'ю, 82% опитаних вважають інтуїцію невід'ємним інструментом своєї практики, особливо в ситуаціях, що вимагають швидкого прийняття рішень за умов браку часу або інформації. Респонденти зазначали, що інтуїція часто допомагала їм у розпізнаванні критичних емоційних станів клієнтів, встановленні контакту та виборі відповідної техніки втручання.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі зв'язки між рівнем інтуїції та іншими професійно важливими якостями (табл. 1). Зокрема, рівень інтуїтивного мислення негативно корелює з рівнем емоційного вигорання ($r = -0.312$, $p < 0.05$) і позитивно — з показниками емоційної чутливості ($r = 0.472$, $p < 0.01$) та впевненості у професійних рішеннях ($r = 0.534$, $p < 0.01$).

Таблиця 1.

Кореляції між інтуїтивним стилем мислення та професійно важливими показниками у кризових психологів

Показники	Емоційне вигорання	Емоційна чутливість	Професійна впевненість
Інтуїтивний стиль мислення	-0.312*	0.472**	0.534**

Примітки: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Крім того, дослідження показало, що досвідчені фахівці з практикою понад 10 років мають статистично вищі показники інтуїтивного мислення (середнє = 71.2) порівняно з менш досвідченими колегами (середнє = 63.8), що підтверджено за допомогою t-критерію Стюдента ($t = 2.78$; $p < 0.01$).

Таким чином, отримані результати підтверджують, що інтуїція виступає значущим професійним ресурсом, що позитивно впливає на ефективність діяльності кризового психолога, зокрема через сприяння адаптації до стресових умов, емоційної регуляції та швидкого прийняття рішень. Інтуїтивне мислення виявляється важливим компенсаторним механізмом у ситуаціях, де раціональні підходи є обмеженими через час або контекст.

Висновки.

- У процесі дослідження встановлено, що більшість кризових психологів демонструють помірно високий рівень інтуїтивного стилю мислення, що свідчить про його значущу роль у професійній діяльності в умовах стресу, невизначеності та обмеженого часу.

- За результатами напівструктурованих інтерв'ю, 82% респондентів визнають інтуїцію важливим інструментом у своїй роботі, особливо в критичних ситуаціях, які потребують швидкого реагування. Інтуїція допомагає у розпізнаванні емоційних станів клієнтів, виборі методів втручання та встановленні довіри в комунікації.

- Було виявлено статистично значущі кореляції між рівнем інтуїтивного мислення та ключовими професійними характеристиками: негативний зв'язок з емоційним вигоранням ($r = -0.312$, $p < 0.05$) і позитивний — з емоційною чутливістю ($r = 0.472$, $p < 0.01$) та впевненістю у прийнятті рішень ($r = 0.534$, $p < 0.01$). Це свідчить про захисну та ресурсну функцію інтуїції в діяльності кризового психолога.

- Досвідчені фахівці (понад 10 років стажу) мають вищі показники інтуїтивного стилю мислення порівняно з менш досвідченими колегами, що свідчить про можливість розвитку інтуїтивного компонента через професійну практику.

- Загалом, результати дослідження підтверджують, що інтуїція є важливим психологічним ресурсом, який сприяє підвищенню ефективності професійної діяльності кризового психолога, забезпечує гнучкість мислення, знижує ризики емоційного вигорання та підтримує адаптацію до екстремальних умов праці.

Література:

1. Гігеренцер Г. Інтуїтивне мислення. Інтелект за межами логіки / Г. Гігеренцер. — К.: Наш Формат, 2018. — 336 с.
2. Канеман Д. Мислення швидке й повільне / Д. Канеман ; пер. з англ. А. Ярмоленка. — К.: Наш Формат, 2016. — 512 с.
3. Сачко Л. Психологічна підтримка в умовах війни: виклики для кризових психологів // Психологічні студії. — 2023. — №2. — С. 45–52.
4. Заїка С., Клевака Н. Взаємозв'язок інтуїтивного мислення та професійного досвіду у психологів // Вісник психології. — 2021. — №3(17). — С. 18–24.
5. Brühlhart M., Klotzbücher V., Lalive R. Mental health concerns during the COVID-19 pandemic and the role of intuition in healthcare support // Journal of Health Psychology. — 2023. — Vol. 28(4). — P. 612–629.
6. Dukhnovsky A. Crisis Psychology: Theory and Practice. — Warsaw: PWN, 2021. — 248 p.
7. Dane E., Pratt M. G. Exploring intuition and its role in managerial decision making // Academy of Management Review. — 2007. — Vol. 32(1). — P. 33–54.
8. Dat N. H., Tran T. T., Le V. M. Psychological resilience and coping strategies: The mediating role of self-esteem // Psychology Research and Behavior Management. — 2022. — Vol. 15. — P. 315–327.
9. Ситник О. Інтуїція як елемент професійного мислення психолога: теоретичний огляд // Актуальні проблеми психології. — 2022. — №1. — С. 59–64.

РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ЯК ФАКТОР ПОПЕРЕДЖЕННЯ КРИЗОВОГО СТАНУ

Ситнік С.В., Дудзяк М.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність дослідження зумовлена зростаючою кількістю кризових ситуацій у сучасному суспільстві, які спричиняють високий рівень психологічного стресу, дистресу та емоційної дестабілізації. В умовах воєнних дій, соціальної нестабільності, втрати контролю над життєвими обставинами особливої важливості набувають внутрішні ресурси особистості, що дозволяють зберігати функціонування в умовах тривалого або гострого стресу. Одним із таких ресурсів є резильєнтність, тобто здатність до психологічної стійкості, адаптації та відновлення після потрясінь.

Дослідження [1, С. 288; 2, С. 8 та ін.] свідчать, що високий рівень резильєнтності пов'язаний із меншим ризиком емоційного вигорання, депресивності, тривожних розладів та посттравматичних наслідків. Однак механізми реалізації захисної дії резильєнтності залишаються недостатньо вивченими. Зокрема, відкритим залишається питання про те, через які психологічні механізми резильєнтність сприяє зниженню ризику кризового стану.

У цій роботі увага зосереджена на копінг-стратегіях, які, на нашу думку, опосередковують вплив особистісної резильєнтності на попередження кризи.

Саме вони можуть виступати як механізми реалізації психологічного захисту, активовані особистістю з метою збереження емоційної рівноваги.

Метою дослідження є виявлення ролі резильєнтності у попередженні кризових станів через застосування адаптивних копінг-стратегій.

Об'єкт дослідження - психологічні чинники попередження кризових станів. **Предмет** - зв'язок резильєнтності з кризовими станами та посередницька роль копінг-стратегій.

Ми припустили, що високий рівень резильєнтності сприяє зниженню інтенсивності кризового стану, і цей вплив опосередковується використанням адаптивних копінг-стратегій, які забезпечують емоційне самозбереження та конструктивну поведінку у стресових ситуаціях.

Резильєнтність ми розглядали як інтегральну якість особистості, що визначає здатність до адаптації, психологічної гнучкості, психоемоційної регуляції, які забезпечують збереження адекватного функціонування попри несприятливі обставини [1, С. 288; 3, С. 66 та ін]. Копінг-стратегії інтерпретувалися як інструменти свідомого або несвідомого подолання стресу, які регулюють вплив стресових факторів на психіку. На основі даних наукової літератури [4. С. 68 та ін.] до адаптивних копінгів ми відносимо активне подолання, позитивну переоцінку, прийняття, планування, пошук соціальної підтримки. Кризовий стан у дослідженні визначався як гостра дезадаптація психіки, що виявляється через емоційну напругу, дистрес, зниження самооцінки, втрату життєвого контролю [5].

Для емпіричної перевірки гіпотези використовувались Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (10 пунктів), опитувальник Brief COPE Карвера та шкала психологічного дистресу Кеслера (10 пунктів) — для вимірювання рівня кризового стану. У рамках аналізу обчислювався індекс адаптивного копіngu як середнє значення по шкалах активного подолання, планування, позитивної переоцінки, прийняття, емоційної та інструментальної підтримки.

У дослідженні взяли участь 80 осіб віком від 18 до 50 років, які пережили значну стресову подію протягом останніх 6 місяців.

З метою перевірки гіпотези було застосовано комплекс статистичних методів, зокрема, перевірка нормальності розподілів за тестом Шапіро-Уїлка, кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнту Спірмена, регресійний аналіз (три послідовні регресії), якому передувала перевірка мультиколінеарності показників, які було задіяно у регресійному моделюванні.

Результати тесту Шапіро-Уїлка засвідчили загальну відповідність даних нормальному розподілу, за винятком показника кризового стану ($p < 0,05$). З огляду на допустимий рівень відхилення та достатній обсяг вибірки ($n = 80$), було прийнято рішення використовувати параметричні методи статистичного аналізу.

У кореляційному аналізі виявлено статистично значущі від'ємні зв'язки показника резильєнтності з ознаками психологічного дистресу ($r = -0,41$; $p < 0,01$), неадаптивними копіngами, зокрема, поведінковим униканням ($r = -0,46$; $p < 0,01$), самозвинуваченням ($r = -0,44$; $p < 0,01$) та вживанням психоактивних речовин ($r = -0,29$; $p < 0,01$), що демонструє роль резильєнтності як ресурсу, який зменшує схильність до неефективних копінг-механізмів. Також негативним був зв'язок між адаптивними копіngами та кризовим станом, зокрема це стосується

позитивної переоцінки ($r=-0,42$; $p<0,01$), активного подолання ($r=-0,38$; $p<0,01$) і планування ($r=-0,35$; $p<0,01$), що дає підставу говорити, що використання конструктивних стратегій сприяє зниженню емоційної напруги та психоемоційної дестабілізації.

Водночас, неадаптивні копінги мають прямий позитивний зв'язок з кризовим станом. Найвищі коефіцієнти спостерігалися для самозвинувачення ($r=0,52$; $p<0,01$), поведінкового уникання ($r=0,48$; $p<0,01$) та заперечення ($r=0,46$; $p<0,01$). Тобто, що в умовах кризи особи, які не володіють конструктивними копінгам, схильні до дезадаптивного реагування.

Позитивні зв'язки між резильєнтністю та низкою адаптивних копінг-стратегій стосуються позитивної переоцінки ($r=0,51$; $p<0,01$) та активного подолання ($r=0,48$), які ми вважаємо доказом того, що резильєнтні особи більш схильні до конструктивного та активного подолання труднощів.

Такі дані кореляційного аналізу цілком обґрунтовують доречність застосування регресійного аналізу, оскільки демонструють зв'язки показників резильєнтності, копінг-стратегій та проявів дистресу.

Окремо було здійснено підготовку інтегрального показника адаптивного копіngu, до складу якого увійшли такі шкали як активне подолання, планування, та позитивна переоцінка. Для кожного респондента обчислено середнє значення, що забезпечувало представлення адаптивного копіngu як єдиного конструктивного стилю поведінки в умовах кризового стану. Розрахований композит має належний рівень внутрішньої узгодженості (α Кронбаха= $0,721$), що дозволяє використовувати його як новий показник у статистичній моделі.

Відтак, в процесі побудови регресійної моделі приймали участь три показники, де залежна змінна представлена результатами шкали дистесу Кесслера, а незалежними вважалися показник резильєнтності та інтегральний показник адаптивного копіngu. Аналіз діаграм розсіювання підтвердив лінійний характер зв'язків між усіма показниками, без наявності вираженої криволінійності. Перевірка мультиколінеарності шляхом розрахунку коефіцієнтів КРД свідчила про незалежність від предикторів (резильєнтність і копінг), у обох випадках $\text{КРД}<2$.

Далі було апробовано три послідовні регресійні моделі: модель загального ефекту, яка демонструвала вплив резильєнтності на кризовий стан; модель впливу резильєнтності на копінг; модель спільного впливу резильєнтності та копіngu на кризовий стан (рис. 1)

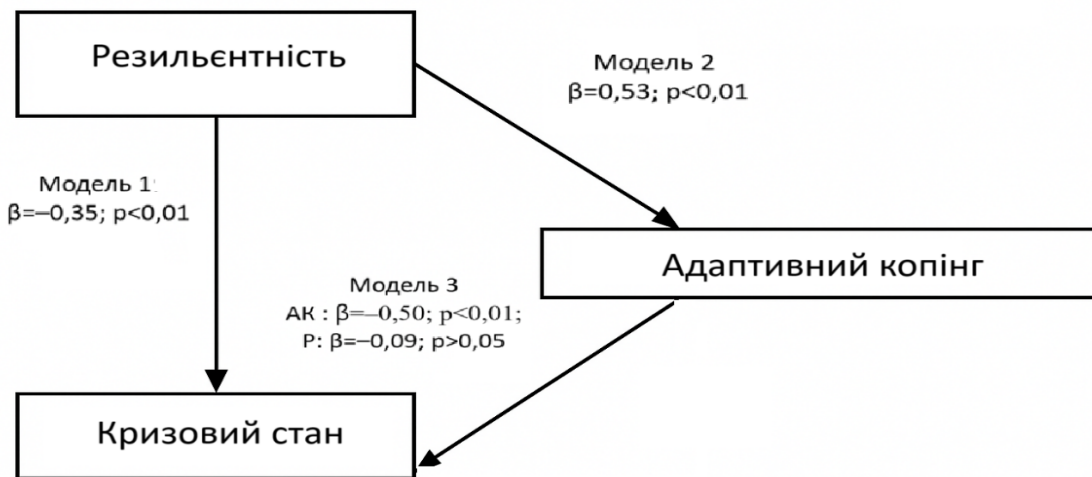


Рис. 1. Моделі прямого та опосередкованого впливу резильєнтності на кризовий стан через копінг-стратегії, де модель 1 - прямий вплив резильєнтності на кризовий стан, модель 2 - вплив резильєнтності на адаптивний копінг, модель 3 – спільний вплив резильєнтності (Р) та адаптивного копіngu (АК) на кризовий стан

Перша лінійна регресійна модель, «загальний вплив резильєнтності на кризовий стан», показала, що резильєнтність має статистично значущий негативний вплив на рівень кризового стану ($\beta=-0,35$, $p<0,01$), і це підтверджує, що особи з високим рівнем резильєнтності менш схильні до переживання гострої дезадаптації, тривоги чи виснаження у відповідь на стресові події.

Друга модель, «вплив резильєнтності на копінг-стратегії» також доводила, що вища резильєнтність позитивно впливає на частоту використання адаптивних копінгів ($\beta=0,53$, $p<0,01$).

У третій моделі, яка включала одночасно резильєнтність та адаптивні копінг-стратегії, було встановлено, що копінг-стратегії мають статистично значущий негативний вплив на кризовий стан ($\beta=-0,50$, $p<0,01$), а вплив резильєнтності зменшився до незначущих розмірів ($\beta=-0,09$; $p>0,05$). А отже, у спільному впливі копінг-стратегії повністю опосередковують вплив резильєнтності на кризовий стан.

Висновки

1. Встановлено, що резильєнтність є значущим психологічним ресурсом, який сприяє зниженню інтенсивності кризових проявів.
2. Виявлено, що резильєнтність позитивно впливає на використання адаптивних копінг-стратегій, зокрема таких як активне подолання, позитивна переоцінка та планування.
3. Доведено, що адаптивні копінг-стратегії виконують посередницьку функцію зв'язку між резильєнтністю та кризовим станом. Вплив резильєнтності на зниження інтенсивності кризового стану опосередковується адаптивними копінг-стратегіями.

Таким чином підтверджена гіпотеза про те, що резильєнтність відіграє профілактичну роль у формуванні кризового стану, а її ефект зумовлений вибором адаптивних стратегій подолання труднощів. Такий результат дає

підстави розглядати розвиток резильєнтності та навчання адаптивних копінг-стратегій як основу психологічної профілактики кризових станів.

Література:

1. Латенко С., Хіміч І. Формування РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ студентської молоді методами фізичної терапії. *Науковий часопис НПУ ім. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2024. № 3К(176). С. 287–291. URL: [https://doi.org/10.31392/udu-nc.series15.2024.3k\(176\).62](https://doi.org/10.31392/udu-nc.series15.2024.3k(176).62) (дата звернення: 12.04.2025).
2. Кокун О. М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 214 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744751/1/Монографія_Кокун.pdf (дата звернення: 01.05.2025).
3. Адаптація та валідація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора - Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозівний спондиліт/ Н.В. Школіна, І. І. Шаповал, І. В. Орлова, І. О. Кедик, М. А. Станіславчук . *Український ревматологічний журнал*. 2020. № 2. С. 66-72. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Urj_2020_2_11 (дата звернення: 11.04.2025).
4. Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. Українська адаптація опитувальника Brief-COPE. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2023. № 10. С. 66–89. URL: <https://doi.org/10.32999/2663-970x/2023-10-4> (дата звернення: 19.04.2025).
5. Hazer L., Gredebäck G. The effects of war, displacement, and trauma on child development. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2023. Vol. 10, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1057/s41599-023-02438-8> (date of access: 01.05.2025).

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ФАХІВЦІВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ

Ситнік С.В., Мальцева І.С.

Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Актуальність дослідження. Соціальні потрясіння, військові конфлікти, техногенні катастрофи та пандемії підвищують значущість професійної діяльності працівників екстремальних служб. Йдеться, зокрема, про рятувальників, військовослужбовців, медичних працівників екстреної допомоги, поліцейських та інших фахівців, які діють у постійно змінюваному та ризикованому середовищі. Такі умови праці вимагають високої емоційної стійкості й професійної відданості, а за відсутності відповідних якостей, може призводити до розвитку професійного вигорання.

Професійне вигорання як форма стресової реакції супроводжується емоційним виснаженням, втратою мотивації, відчуттям беззмістовності своєї діяльності, деперсоналізацією та зниженням професійної ефективності [1 та ін]. З огляду на загрози, які несе цей стан для фахівця екстремальних професій і для його професійного оточення, актуальним є вивчення чинників, що впливають на схильність до вигорання.

На основі аналізу наукових джерел [2, 3, 4, 5 та ін.], виділити три ключові психологічні фактори, що потенційно впливають на формування професійного вигорання – життєстійкість, емоційний інтелект та копінг-стратегії.

Життєстійкість розглядається як особистісна установка, що включає здатність особи зберігати активну життєву позицію, контролювати перебіг подій і сприймати труднощі як можливість для зростання, а не як загрозу. Саме така установка, згідно з концепцією С. Мадді, забезпечує стійкість до дії хронічного

стресу та попереджає розвиток деструктивних психоемоційних станів [3, С. 35 та ін]. Тобто висока життєстійкість виступає чинником, який знижує імовірність формування професійного вигорання, адже сприяє збереженню суб'єктивного сенсу діяльності, контролю над нею та залученості навіть в екстремальних умовах.

Емоційний інтелект визначається як здатність особистості розпізнавати, розуміти та регулювати власні емоції і емоції інших людей [4, С. 247 та ін]. У контексті професійного вигорання емоційний інтелект виконує захисну функцію, оскільки дозволяє ефективно керувати емоційними реакціями на стресові події, знижуючи їхню інтенсивність і тривалість. Низький його рівень, навпаки, ускладнює опрацювання емоційного навантаження та підвищує ризик розвитку емоційного виснаження і деперсоналізації.

Вибір стратегії копінгу як свідомого способу подолання стресових ситуацій [5, С. 27 та ін.] суттєво визначає ефективність адаптації до стресу. За попередніми дослідженнями [5, 6 та ін.], систематичне використання неадаптивних копінгів (заперечення, уникнення, самозвинувачення) сприяє ескалації психоемоційного напруження і, відповідно, підвищує ризик розвитку професійного вигорання.

Передбачається, що рівень професійного вигорання фахівців, які працюють в екстремальних умовах, негативно пов'язаний із рівнем життєстійкості та емоційного інтелекту, а також варіюється залежно від характеру застосовуваних копінг-стратегій.

Мета дослідження - виявити зв'язки між професійним вигоранням та індивідуально-психологічними характеристиками, зокрема рівнем життєстійкості, емоційного інтелекту та копінг-стратегіями.

Об'єкт дослідження - професійна діяльність фахівців екстремальних видів діяльності. Предмет - психологічні чинники професійного вигорання, а саме: рівень життєстійкості, емоційного інтелекту та особливості використання копінг-стратегій у фахівців, що працюють в екстремальних умовах.

У дослідженні взяли участь фахівці, що здійснюють професійну діяльність в умовах підвищеного ризику та емоційної напруги. До вибірки увійшли працівники Державної служби з надзвичайних ситуацій, військовослужбовці, працівники поліції. Загальна кількість респондентів – 56 осіб з досвідом роботи не менше 1 року, які брали участь у екстремальних або кризових ситуаціях за родом професійної діяльності.

Визначення рівня професійного вигорання здійснювалося за методикою К.Маслач і С.Джексон, яка вимірює три складові вигорання - емоційне виснаження, деперсоналізацію, редукцію професійних досягнень, а також загальний показник. Діагностика життєстійкості проводилася за опитувальником С. Мадді, що дозволило оцінити три складові життєстійкості - контроль, залученість, прийняття виклику та загальний показник. Оцінка емоційного інтелекту відбувалася за опитувальником Н. Холла, який включає п'ять субшкал - розуміння своїх емоцій, управління емоціями, самомотивація, емпатія, розпізнавання емоцій інших. Копінг-стратегії вивчалися за методикою К. Карвера, яка вимірює різні типи копінг-стратегій, адаптивні (планування, активне подолання, емоційна підтримка та ін.) та неадаптивні (уникання, заперечення, самозвинувачення та ін.).

Для виявлення характеру зв'язків між професійним вигоранням та чинниками життєстійкості, емоційного інтелекту, копінг-стратегіями було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена. Статистично значущі зв'язки наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Статистично значущі взаємозв'язки між психологічними чинниками професійного вигорання та його проявами у фахівців екстремальних видів діяльності (n=56)

Ймовірні фактори	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень	Загальний показник вигорання
Життєстійкість (загальний бал)	-0,51**	-0,41**	-0,38**	-0,52**
Залученість	-0,46**	-0,36*	-0,34*	-0,47**
Контроль	-0,44**	-0,32*	-0,29*	-0,45**
Прийняття виклику	-0,39**	-0,28*	-0,26*	-0,41**
Емоційний інтелект (загальний бал)	-0,48**	=	-0,33*	-0,48**
Розуміння власних емоцій	-0,42**	-0,31*	-0,28*	-0,43**
Управління емоціями	-0,38**	-	-0,26*	-0,40**
Самомотивація	-0,32*	-	-	-0,37**
Емпатія	-0,29*	-	-	-0,30*
Розпізнавання емоцій інших	-0,27*	-	-	-0,28*
Активне подолання	-0,29*	-	-	-0,31*
Планування	-0,26*	-	-	-0,28*
Позитивна переоцінка	-	-	-	-0,26*
Заперечення	0,39**	0,36**	0,31*	0,42**
Уникнення	0,37**	0,33*	0,28*	0,39**
Самозвинувачення	0,34*	0,29*	0,26*	0,35*
Вживання психоактивних речовин	0,28*	-	-	0,29*

Примітки: *- кореляція статистично значуща на рівні $p < 0,05$; ** - на рівні $p < 0,01$

Дані таблиці показали, що між загальним показником життєстійкості та складовими професійного вигорання виявлено статистично значущі негативні кореляції. Найсильніші зв'язки спостерігаються з емоційним виснаженням ($p < 0,01$) та загальним рівнем вигорання ($p < 0,01$), що вказує на виражений захисний ефект життєстійкості в умовах професійного стресу. Щодо окремих шкал, найбільш значущими з точки зору протидії вигоранню є залученість (відчуття сенсу та включеності в діяльність), яка негативно корелює з емоційним виснаженням ($p < 0,01$) і деперсоналізацією ($p < 0,05$), та контроль, який демонструє подібну дію ($p < 0,01$). Прийняття виклику також пов'язане зі

зниженням рівня вигорання ($p < 0,01$), хоча інтенсивність зв'язків дещо слабша. Такі кореляції дають підставу говорити, що життєстійкість у структурі вигорання виступає як регулятор емоційної стабільності, знижуючи ризик втрати сенсу діяльності та емоційного виснаження.

Загальний рівень емоційного інтелекту також демонструє негативні кореляції з проявами вигорання, зокрема з емоційним виснаженням ($p < 0,01$) та редукцією досягнень ($p < 0,05$), тобто, здатність до емоційного саморегулювання і розуміння міжособистісних емоцій є важливим фактором профілактики вигорання. Найсильніший зворотний зв'язок виявлено між вигоранням і розумінням власних емоцій ($p < 0,01$), що підкреслює значення усвідомленості як засобу запобігання розвитку стресу на роботі. Ці дані підтверджують, що емоційна обізнаність і регуляція є ефективними шляхами пристосування до високих професійних навантажень і допомагають запобігти втраті ефективності.

Серед копінг-стратегій виявили негативні кореляції з вигоранням такі, як активне подолання, планування і позитивна переоцінка ($p < 0,05$), що свідчить про те, що орієнтація на цілеспрямоване вирішення проблем і позитивна когнітивна інтерпретація стресу можуть знижувати інтенсивність емоційного виснаження. Копінги, які вважаються психологічно неефективними, демонструють позитивні зв'язки з компонентами вигорання. Найбільш виражені кореляції зафіксовано для заперечення ($p < 0,01$), уникнення ($p < 0,01$), самозвинувачення ($p < 0,05$), а також вживання психоактивних речовин ($p < 0,05$). Тобто, можемо говорити, що переважання неадаптивних копінгів є фактором ризику, який сприяє розвитку вигорання, посилюючи безпорадність і поглиблюючи емоційне виснаження.

Отже, проведений кореляційний аналіз засвідчив, що висока життєстійкість, розвинений емоційний інтелект і застосування конструктивних копінг-стратегій статистично пов'язуються з нижчими рівнями професійного вигорання. З іншого боку, схильність до деструктивних копінгів суттєво підвищує ризик емоційного виснаження та зниження ефективності в роботі.

Висновки

1. Встановлено статистично значущі взаємозв'язки між рівнем професійного вигорання фахівців, які працюють в екстремальних умовах, та індивідуально-психологічними характеристиками особистості. Зокрема, загальний рівень професійного вигорання, а також його окремі компоненти негативно корелюють із рівнем життєстійкості та емоційного інтелекту.
2. Виявлено, що застосування конструктивних стратегій копінгу (активне вирішення проблем, планування, позитивна переоцінка) пов'язане зі зниженням симптомів вигорання, тоді як деструктивні копінги (заперечення, уникнення, самозвинувачення, вживання психоактивних речовин) має зв'язок з його підвищенням.

Література:

1. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*. 2016. Vol. 15, no. 2. P. 103–111. URL: <https://doi.org/10.1002/wps.20311> (date of access: 15.04.2025).
2. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда О. А. Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*

- України. 2021. № 2. С. 29–33. URL: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.2.12377> (дата звернення: 22.04.2025).
3. Панасенко Е. А., Савіщенко В. М. Стресостійкість особистості в дискурсі психологічних досліджень. *Габітус*. 2024. № 66. С. 31–42. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.4> (date of access: 01.05.2025).
4. Усик К. М. Емоційний інтелект як чинник подолання стресу. *Габітус*. 2024. № 60. С. 245–250. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.60.41> (date of access: 04.05.2025).
5. Соломка Е. Т., Хома Т. В., Хлопек А. Б. Опанувальна поведінка особистості у психологічних дослідженнях та деякі методи управління стресом. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2021. № 2. С. 23–27. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.2.5> (дата звернення: 25.04.2025).
6. Burnout and coping mechanisms among healthcare professionals in central Uganda / A. Kabunga et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1373743> (date of access: 05.05.2025).

СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ЯК ЧИННИК ЕФЕКТИВНОГО ПОДОЛАННЯ КОНФЛІКТІВ У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ

Медведєва Т.А., Ситнік С.В.

Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

У сучасних реаліях, позначених війною, економічною нестабільністю та соціальними потрясіннями, питання ефективного подолання конфліктів набуває особливої ваги. У попередніх дослідженнях встановлено, що в умовах кризи міжособистісні взаємодії ускладнюються, а внутрішні психологічні ресурси особистості можуть істотно впливати на вибір поведінки в конфліктній ситуації [1, 2 та ін]. На нашу думку, у таких обставинах здатність ефективно функціонувати в умовах високої напруги, тобто, стресостійкість, має привертати особливу увагу дослідників.

Дослідження [2, С. 97; 3, С. 113 та ін.] підтверджують, що стресостійкість позитивно пов'язана з адаптивною поведінкою в конфлікті. Водночас залишаються відкритими питання, чи зберігається цей зв'язок в умовах кризового стану, та які відмінності спостерігаються в осіб з різною стресостійкістю у кризі та поза її меж.

Мета дослідження - з'ясувати особливості взаємозв'язку між рівнем стресостійкості особистості та ефективністю подолання конфліктів, а також порівняти характер конфліктної поведінки осіб з різною стресостійкістю в умовах кризового стану та поза ним.

Завдання дослідження: 1. Встановити взаємозв'язки між рівнем стресостійкості та показниками ефективного подолання конфліктів. 2. Порівняти особливості конфліктної поведінки осіб із різним рівнем стресостійкості в умовах кризового стану та поза ним.

Гіпотеза. Припускається, що високий рівень стресостійкості позитивно пов'язаний із конструктивними стратегіями поведінки в конфлікті, а особи з високою стресостійкістю в умовах кризового стану демонструють більш адаптивні стратегії конфліктної поведінки, ніж особи з низькою стресостійкістю, і такі відмінності менш виражені серед тих, хто перебуває поза кризою.

Відповідно для перевірки гіпотези використано такі методи дослідження: Опитувальник стресостійкості Коннора-Девідсона; Шкала сприйнятого стресу

Ш. Коена; Стратегії конфліктної поведінки К. Томаса. Також застосовані статистичні методи - кореляційний та дисперсійний аналіз.

У дослідженні взяли участь 126 осіб віком від 20 до 45 років ($M=31,4$; $SD=6,3$), серед яких було 60 учасників, що повідомили про переживання кризового стану, та 66 осіб — без ознак кризи.

Для виявлення характеру зв'язку між стресостійкістю та стратегіями конфліктної поведінки було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена на загальній вибірці ($n=126$). До аналізу включено показники за шкалою Коннора-Девідсона та результати тесту Томаса. Зокрема, стресостійкість позитивно корелювала зі стратегією співпраці ($r=0,53$; $p<0,01$), що свідчить про схильність стресостійких осіб до конструктивного розв'язання конфліктів із врахуванням інтересів обох сторін. Також встановлено позитивний зв'язок зі стратегією компромісу ($r=0,47$; $p<0,01$), яка передбачає взаємні поступки задля досягнення взаємоприйняттого результату.

Водночас виявлено негативний зв'язок між стресостійкістю та стратегією уникнення ($r=-0,38$; $p<0,01$), що може свідчити про тенденцію осіб із низьким рівнем стресостійкості уникати конфліктів або відмовлятися від активної взаємодії в стресових ситуаціях. Менш виражений, але достовірний зворотний зв'язок зафіксовано зі стратегією суперництва ($r=-0,22$; $p<0,05$), яка передбачає домінування та нав'язування власної позиції. Зі стратегією пристосування зв'язок виявився статистично недостовірним ($r=-0,11$; $p>0,05$), що вказує на відсутність чіткої залежності між цими змінними.

Такі результати підтверджують, що стресостійкість пов'язана з конструктивними стратегіями конфліктної поведінки, які передбачають активне включення в процес взаємодії, пошук рішень і врахування інтересів обох сторін. Низький рівень стресостійкості виявляється в деструктивних або пасивних стратегіях, таких як уникнення чи суперництво, що, ймовірно, є способом емоційного захисту або зниження внутрішньої напруги.

Такий саме аналіз проведено окремо у групах осіб, які повідомляли про наявність кризового стану, та осіб без ознак кризи. У групі без кризи спостерігаються сильніші позитивні зв'язки між стресостійкістю та конструктивними стратегіями, зокрема із співпрацею ($r=0,62$; $p<0,01$) та компромісом ($r=0,55$; $p<0,01$), тобто, що у відносно стабільному емоційному стані стресостійкість максимально реалізується як регулятор ефективної конфліктної поведінки. У кризовій групі ці зв'язки залишаються позитивними, але менш інтенсивними. Для співпраці $r=0,39$; $p<0,01$, а для компромісу – $r=0,31$; $p<0,05$. Тобто, у складних психоемоційних обставинах навіть стресостійкі особи частково втрачають здатність до конструктивного вирішення конфліктів. Зв'язки з деструктивними стратегіями (уникнення, суперництво) теж є, але слабші та статистично незначущі в кризовій групі.

Ці дані підкріплюють припущення щодо того, що кризовий стан послаблює позитивний вплив стресостійкості на вибір конструктивних стратегій поведінки в конфлікті. Цілком можливо, що високий рівень стресостійкості в умовах кризи не гарантує ефективного реагування на конфлікт, якщо немає додаткових регуляторних ресурсів.

Порівняння особливостей конфліктної поведінки осіб із різним рівнем стресостійкості в умовах кризового стану та поза ним здійснювалося у процесі

дисперсійного аналізу за допомогою ANOVA 2×2, що дозволило з'ясувати, як взаємодіють чинники стресостійкості та кризового стану.

Для цього учасників обох груп (у кризовому стані та без нього) було поділено на дві категорії за рівнем стресостійкості на осіб з низькою та нижчою за середню стресостійкістю (нижче 21 балів за CD-RISC) та вищою за середню та високою стресостійкістю (від 26 балів і вище).

Середні значення та стандартні відхилення стратегій конфліктної поведінки у цих групах подані у вигляді стовпчикової діаграми (рис.1).

На них ми бачимо, що найвищі значення стратегії співпраці (7,1 балу) спостерігалися в учасників з високою стресостійкістю без кризового стану, що говорить про їхню здатність до конструктивного врегулювання конфліктів. В них також виявився найвищий рівень компромісу (6,8 балу), що свідчить про їхню гнучкість і готовність до взаємних поступок у конфліктній ситуації.

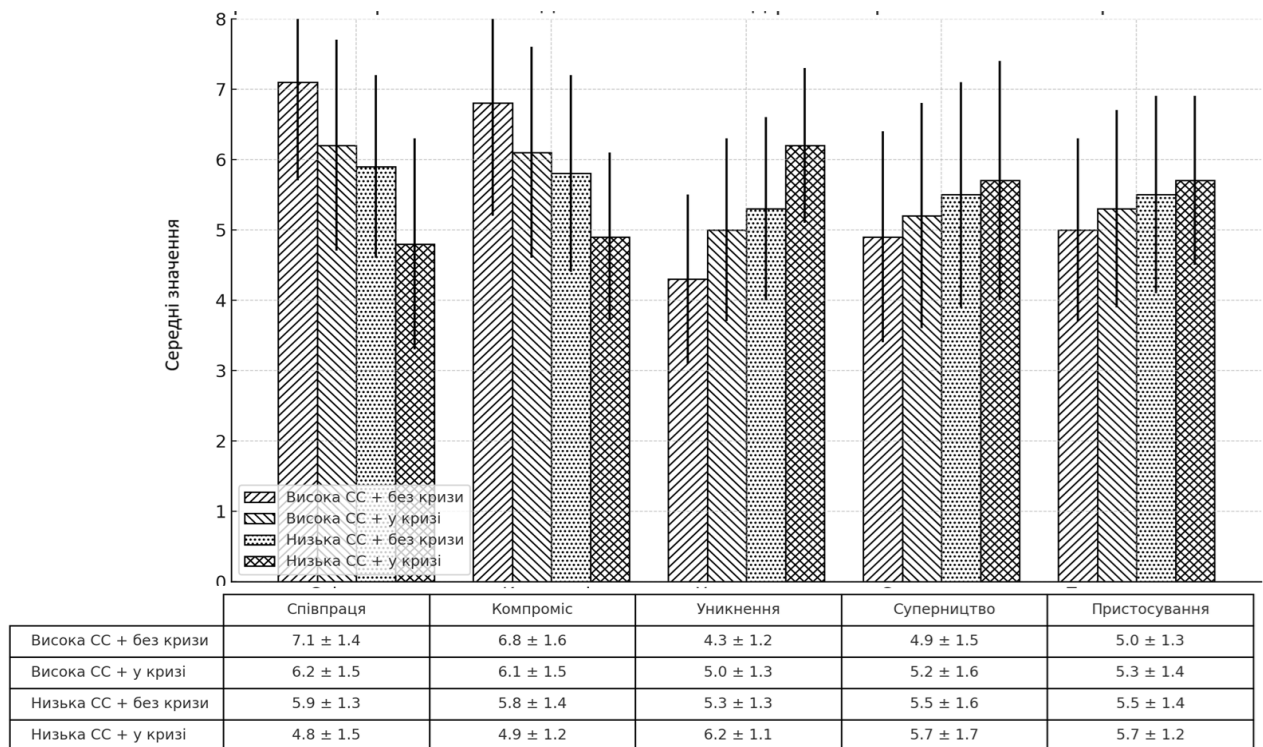


Рис.1. Середні значення та стандартні відхилення стратегій конфліктної поведінки в чотирьох досліджуваних групах: з високою стресостійкістю без ознак кризи (n=26); з високою стресостійкістю у кризі (n=18); з низькою стресостійкістю без ознак кризи (n=14); з низькою стресостійкістю у кризі (n=15)

Найвищі показники уникнення (6,2 балу) виявлені у групі з низькою стресостійкістю та наявним кризовим станом. У цій самій групі середні значення співпраці та компромісу були найнижчими. Тобто, саме їм найбільш притаманні схильність уникати конфліктів або знімати напругу через пасивне відсторонення, а також проблеми з конструктивною взаємодією в конфлікті.

Далі ефект стресостійкості визначався через порівняння учасників із високим та низьким рівнем стресостійкості незалежно від кризового стану. Ефект кризи оцінювався шляхом зіставлення показників учасників, які перебували у стані кризи, та тими, хто не переживав кризи, незалежно від рівня стресостійкості. Взаємодія між чинниками стресостійкості та кризового стану аналізувалась через одночасне врахування чотирьох груп, тобто різних поєднань обох чинників.

Таблиця 1

Результати дисперсійного аналізу (ANOVA) впливу рівня стресостійкості та кризового стану на стратегії конфліктної поведінки (df1=1; df2=69)

Стратегія поведінки у конфлікті	Визначення ефекту стресостійкості	Визначення ефекту кризового стану	Взаємодія стресостійкості та кризового стану
Співпраця	F=18,116; p<0,001	F=6,414; p<0,05	F=5,702; p<0,05
Компроміс	F=10,224; p<0,01	F=4,154; p<0,05	F=2,722; p>0,05
Уникнення	F=12,922; p<0,01	F=9,374; p<0,01	F=4,640; p<0,05
Суперництво	F=2,342; p>0,05	F=1,721; p>0,05	F=1,518; p>0,05
Пристосування	F=1,216; p>0,05	F=0,947; p>0,05	F=0,689; p>0,05

Примітки: F- значення критерію Фішера; p – значущість відмінностей; df1 і df2 – ступені свободи.

Як видно з таблиці, за стратегією співпраці всі три ефекти є статистично значущими, тобто, сильний позитивний вплив мала стресостійкість (p<0,001), кризовий стан (p<0,05), а також взаємодія між чинниками (p<0,05), тобто ефект стресостійкості на схильність до співпраці змінюється залежно від того, чи перебуває особа у кризовому стані.

Для стратегії компромісу вплив обох чинників також був значущим, але взаємодія не досягає статистичної значущості (p>0,05). Це означає, що як стресостійкість, так і криза окремо впливають на тенденцію до компромісного вирішення конфліктів, але разом ці впливи не поєднуються.

Щодо уникнення, тут значущими були всі три ефекти. Особи з низькою стресостійкістю частіше уникають конфліктів (p<0,01). У стані кризи уникнення зростає незалежно від рівня стресостійкості (p<0,01). Взаємодія чинників (p<0,05) вказує на те, що в умовах кризи негативний вплив низької стресостійкості на схильність уникати конфлікту ще більше посилюється.

Стосовно стратегій суперництва та пристосування, жоден з ефектів не досяг статистичної значущості (p>0,05), що свідчить про відносну незалежність використання цих стратегій ані від стресостійкості, ані від стану кризи.

Як показують результати дисперсійного аналізу, стресостійкість і кризовий стан мають значущий вплив на конфліктну поведінку, зокрема на використання

адаптивних стратегій співпраці й компромісу, а також на зростання деструктивної поведінки у вигляді уникнення в умовах недостатньої стресостійкості та у кризі. А наявність значущих ефектів взаємодії свідчить про нелінійний характер таких зв'язків.

Висновки

1. Виявлено, що стресостійкість є значущим чинником конфліктної поведінки, оскільки її вищий рівень пов'язаний з конструктивними стратегіями (співпраця, компроміс), а нижчий з уникненням та суперництвом.
 2. Встановлено, що кризовий стан послаблює позитивний вплив стресостійкості, поза кризою зв'язок між стресостійкістю та конструктивною поведінкою сильніший, ніж у кризі.
 3. Дисперсійний аналіз підтвердив значущі ефекти стресостійкості, кризи та їхньої взаємодії, зокрема для стратегій співпраці та уникнення. Найбільш ефективну поведінку в конфлікті продемонстрували учасники з високою стресостійкістю без кризового стану, тоді особи з низькою стресостійкістю у кризі були більш схильними до уникнення або суперництва.
- Отже, гіпотеза про те, що стресостійкість пов'язана з ефективністю подолання конфліктів, підтверджена, а кризовий стан або його відсутність обумовлює цей зв'язок.

Література:

1. Большакова А. М. Особистісна реалізованість (суб'єктивна вичерпаність особистісного потенціалу) та переживання біографічної кризи особистості. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., 22–23 лют. 2018 р.* / М-во освіти і науки України [та ін.]. Суми, 2018. С. 17–18. URL: <https://eportfolio.kubg.edu.ua/data/conference/3557/document.pdf> (дата звернення: 13.04.2025).
2. Мерзлякова О. Л. Резильєнтність або психологічна стійкість: концепт, вимірювання, розвиток (аналітичний огляд). *Аналітичний вісник у сфері освіти й науки : довід. бюл. / за ред. М. Л. Ростока.* Вінниця : ТВОРИ, 2023. Вип. 18. С. 96-120. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737733/1/Merzliakova_VNIASO-AHS_of_EduSci-RB-18-2023-97-121.pdf (дата звернення: 17.08.2024).
3. Мелоян А.Е. Особливості прояву стресостійкості майбутніх психологів у конфліктній ситуації. *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2007. Вип.2. С. 97-106. URL: <https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol2/14.pdf> (дата звернення: 03.09.2024).
4. Когут О. О. Матриця розвитку стресостійкості особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія».* 2021. Т. 1. С. 108–113. URL: <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2021-12-108-113> (дата звернення: 01.05.2025).

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗДІБНОСТЕЙ ДО МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З УСПІШНІСТЮ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

Ситнік С.В., Бахчиванжи В.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність дослідження зумовлена зростаючою кількістю кризових ситуацій у сучасному суспільстві, які спричиняють високий рівень психологічного стресу та емоційного напруження. В умовах нестабільності, соціальних змін, економічної невизначеності та військових конфліктів особливого значення набувають розвинені здібності до міжособистісної взаємодії, які забезпечують успішне подолання наслідків кризи.

Сучасні дослідження [1, 2 та ін.] свідчать, що міжособистісна взаємодія виступає важливим чинником збереження психічного здоров'я, сприяє зниженню рівня стресу та підвищує рівень суб'єктивного благополуччя. Однак психологічні механізми, через які розвиток особистісних компонентів взаємодії впливає на подолання наслідків кризи, залишаються недостатньо дослідженими.

Тому вивчення ролі особистісних характеристик взаємодії, сприйняття соціальної підтримки, міжособистісної компетентності та копінг-стратегій у процесі подолання наслідків кризи є актуальним для розвитку теоретичних моделей психологічного відновлення та практичних засад психологічної підтримки осіб, які переживають кризу.

Метою дослідження є виявлення взаємозв'язку рівня розвитку особистісних компонентів взаємодії з успішним подоланням наслідків кризи.

Об'єкт дослідження - психологічні особливості особистості у ситуаціях кризи. Предмет дослідження - особистісні компоненти міжособистісної взаємодії та їхній вплив на ефективність подолання наслідків кризи.

Ми припустили, що високий рівень розвитку особистісних компонентів міжособистісної взаємодії сприяє подоланню наслідків кризи через сприйняття соціальної підтримки, розвинені соціальні навички та використання адаптивних копінг-стратегій.

Виходячи з мети та гіпотези дослідження структура змінних включає рівень розвитку особистісних компонентів міжособистісної взаємодії як незалежної змінної, сприйняття соціальної підтримки, міжособистісна компетентність, адаптивні копінг-стратегії, які ми розглядаємо як посередницькі змінні, та успішність подолання наслідків кризи як залежну змінну (рис. 1).

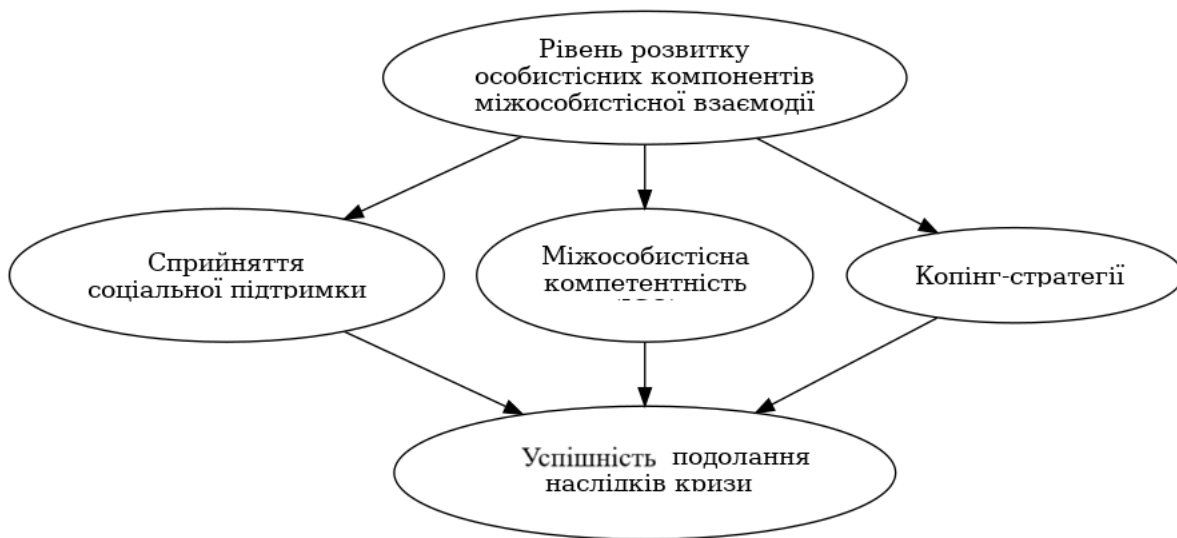


Рис.1. Модель дослідження ролі міжособистісної взаємодії у подоланні наслідків кризи

Рівень розвитку особистісних компонентів міжособистісної взаємодії ми розуміємо як інтегральну характеристику особистості, що відображає ступінь сформованості мотиваційних, емоційних, когнітивних та вольових якостей, які забезпечують здатність до взаємодії з іншими людьми, у тому числі, у складних життєвих ситуаціях. Високий рівень розвитку цих компонентів пов'язаний із готовністю до спілкування, ефективного вирішення конфліктів та залучення соціальних ресурсів для подолання труднощів [2, С. 114 та ін].

Сприйняття соціальної підтримки ми трактуємо як суб'єктивне відчуття наявності доступних ресурсів емоційної, інструментальної та інформаційної підтримки з боку значущих інших. Високе сприйняття соціальної підтримки забезпечує кращу здатність до подолання стресових ситуацій та емоційного відновлення після кризових подій [3, С. 610 та ін].

Міжособистісну компетентність визначено як здатність ефективно функціонувати у соціальних ситуаціях. Вона включає здатність активно ініціювати й підтримувати міжособистісну взаємодію, точно сприймати емоційні та соціальні сигнали інших людей, уміння регулювати власну поведінку відповідно до ситуації та соціальних очікувань [4, С. 27 та ін].

Адаптивні копінг-стратегії, на нашу думку, це такі стилі реагування на стресові події, які сприяють збереженню психологічного благополуччя, ефективному вирішенню проблем або переоцінці ситуації в позитивному ключі. Адаптивні копінг-стратегії включають активне вирішення проблем, позитивну переоцінку, пошук підтримки та прийняття ситуації [5, С. 289 та ін].

Успішність подолання наслідків кризи ми визначаємо як ступінь зниження негативних емоційних реакцій (тривожності, напруженості, депресивності), зменшення рівня сприйнятого стресу та мінімізацію симптомів посттравматичних переживань після кризових ситуацій [6, С. 24 та ін].

Для збору емпіричних даних застосовувались методики діагностики особистісних компонентів міжособистісної взаємодії (С.В. Ситнік), оцінки соціальних навичок (Р. Рігіо), опитувальники сприйняття соціальної підтримки

(Г. Зімет), копінг-стратегій (К. Еддісон), шкала сприйнятого стресу (Ш. Коен) та методика самооцінки емоційних станів (А. Уессман, Д. Рікс).

У дослідженні взяли участь 80 осіб віком від 18 до 50 років, що представляли різні соціальні та професійні групи.

Для виявлення взаємозв'язків між рівнем розвитку особистісних компонентів міжособистісної взаємодії, сприйняттям соціальної підтримки, міжособистісною компетентністю, адаптивними копінг-стратегіями та ефективністю подолання наслідків кризи було проведено кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Спірмена.

Отримані результати дозволили виявити психологічні закономірності, які підтверджують висунуту гіпотезу дослідження. Насамперед встановлено прямий зв'язок між рівнем розвитку особистісних компонентів міжособистісної взаємодії та загальним емоційним станом ($r=0,878$; $p<0,01$), а це означає, що досліджувані з вищим рівнем мотиваційним, емоційним, когнітивним та вольовим компонентами міжособистісної взаємодії мають вищу емоційну стабільність, менше переживають втому, тривожність і пригнічення, частіше зберігають впевненість і енергійність. Такий стан можна розглядати як індикатор успішного психологічного відновлення після кризи.

Також підтверджено позитивний зв'язок між розвитком особистісної основи міжособистісної взаємодії та рівнем сформованості міжособистісної компетентності. Зокрема, коефіцієнт кореляції між її загальним показником та сумарним показником розвитку соціальних навичок становить $r=0,726$ ($p<0,01$), тобто, вищий рівень розвитку мотиваційних, емоційних, вольових і когнітивних компонентів взаємодії пов'язаний з більш вираженими характеристиками соціальної ефективності, зокрема експресивністю, соціальною чутливістю та здатністю до самоконтролю в міжособистісному середовищі. Додатково виявлено значущий зв'язок між рівнем самоконтролю в соціальних ситуаціях та загальним показником соціальних навичок ($r=0,761$; $p<0,01$), який дає підстави вважати здатність до ефективної саморегуляції важливим компонентом загальної міжособистісної компетентності.

Хоча прямі зв'язки з адаптивними емоційними та когнітивними копінг-стратегіями виявилися статистично незначущими або слабкими, можна помітити тенденцію до зниження використання деструктивних стратегій серед осіб із вищим рівнем розвитку особистісних характеристик міжособистісної. Так, виявлено негативний зв'язок з самокритикою ($r=-0,247$; $p<0,05$), а отже, чим вища здатність до взаємодії, тим менше індивід схильний до деструктивного ставлення до себе в умовах кризи, зокрема до самообвинувачення та самознецінення.

Важливе підтвердження гіпотези стосується ролі сприйняття соціальної підтримки як психологічного механізму, що опосередковує успішність подолання наслідків кризи. Виявлено позитивний зв'язок між узагальненим емоційним станом і загальним рівнем сприйняття підтримки ($r=0,901$; $p<0,01$). Це може бути інтерпретовано як ознака того, що емоційна стабільність особистості тісно пов'язана з тим, наскільки вона відчуває себе підтриманою з боку сім'ї, друзів та значущих інших, що узгоджується з нашим припущенням про посередницьку функцію соціальної підтримки, яка пом'якшує вплив стресу та

полегшує процеси психологічного відновлення. І хоча кореляції між загальним показником особистісної основи міжособистісної взаємодії та окремими джерелами соціальної підтримки (сім'я, друзі, значущі інші) не досягли рівня статистичної значущості, простежується тенденція до позитивного зв'язку на рівні $p < 0,1$, тобто, особи з розвиненою особистісною основою міжособистісної взаємодії більш схильні до сприйняття підтримки з боку соціального оточення, що, своєю чергою, пов'язане з кращим емоційним станом.

Виявлено, що загальні соціальні навички значуще корелюють з емоційним станом ($r = 0,756$; $p < 0,01$), а це дає підстави вважати, що міжособистісна компетентність є чинником, який забезпечує позитивну емоційну динаміку у процесі подолання наслідків кризи та сприяє збереженню рівноваги в умовах життєвих труднощів. Крім того, виявлений зв'язок між емоційним компонентом міжособистісної взаємодії та піднесеним емоційним станом ($r = 0,562$; $p < 0,01$) підтверджує, що емоційна зрілість, позитивне налаштування на взаємодію сприяє протидії розвитку депресії після кризи.

Висновок. На цьому етапі дослідження підтверджено, що рівень розвитку особистісних компонентів міжособистісної взаємодії (мотиваційного, емоційного, когнітивного, вольового) є важливим чинником успішного подолання наслідків кризи. Встановлено, що ці характеристики безпосередньо пов'язані з емоційною стабільністю після кризової події, а також опосередковано впливають на психологічне відновлення через соціальну підтримку, міжособистісну компетентність і зниження деструктивного копінгу. Найбільш сильні зв'язки виявлено між особистісною основою взаємодії та загальним емоційним станом та рівнем соціальних навичок. Це дозволяє розглядати здатність до міжособистісної взаємодії як цілісний захисний чинник у подоланні наслідків кризи.

Література:

1. Гаврюшенко В. Теоретичні основи дослідження міжособистісної взаємодії у психології. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. № 11. С. 37–47. URL: <https://doi.org/10.30970/ps.2021.11.6> (дата звернення: 03.04.2025).
2. Ситнік С.В. Розробка методики оцінки особистісних компонентів міжособистісної взаємодії. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. Т. 3, № 1. С. 111–115. URL: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-3.19> (дата звернення: 12.04.2025).
3. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support / G. D. Zimet et al. *Journal of personality assessment*. 1990. Vol. 55, no. 3-4. P. 610–617. URL: <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095> (date of access: 30.04.2025).
4. Riggio R. E. The Social Skills Inventory (SSI): Measuring Nonverbal and Social Skills. *The sourcebook of nonverbal measures: Going beyond words* / ed. by V. Manusov. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 2005. P. 25–33.
5. Psychometric evaluation of a coping strategies inventory short-form (CSI-SF) in the jackson heart study cohort / C. Addison et al. *International journal of environmental research and public health*. 2007. Vol. 4, no. 4. P. 289–295. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph200704040004> (date of access: 12.04.2025).
6. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*. 2004. Vol. 59, no. 1. P. 20–28. URL: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20> (date of access: 11.04.2025).

КОГНІТИВНА СТІЙКІСТЬ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЧИННИК СТРЕСОСТІЙКОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Сороченко О.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

В умовах професійної діяльності військовослужбовці постійно стикаються з надзвичайними, часто травматичними ситуаціями, що вимагають оперативного прийняття складних рішень та демонстрації високого рівня психічної стійкості. Ця стаття присвячена аналізу когнітивної стійкості як ключової складової стресостійкості, що передбачає здатність особистості підтримувати або оперативно відновлювати ефективне функціонування когнітивних процесів у стресогенних умовах.

У даній роботі звернемо увагу на відмінностях когнітивної стійкості від більш ширших конструкцій, таких як психологічна резильєнтність і стійкість, до психотравмуючих впливів, з особливим підкресленням ролі збереження працездатності інтелектуальних функцій під тиском стресу. Останні два десятиліття в українській психології спостерігається великий науковий інтерес до вивчення механізмів збереження психічної рівноваги в умовах стресу, особливо в професіях підвищеної небезпеки та ризику, зокрема у військовій сфері. У цьому контексті окреслюється поступовий розвиток дослідницького напрямку щодо когнітивної складової стресостійкості.

Так, аналіз адаптаційних можливостей особистості у стресових та екстремальних умовах служби, що було закладено у фундаментальній роботі О.М. Кокуна, в якій когнітивні функції (увага, швидкість обробки інформації, прийняття рішень) розглядаються як ключові чинники професійної надійності (Коkun). М.С. Корольчук звертає увагу на індивідуально-типологічні особливості збереження когнітивної ефективності, зокрема у ситуаціях інтенсивного інформаційного тиску, вперше запропонувавши концепт когнітивної мобілізації (Корольчук). Цікаві погляди С.Г. Люсюк, що акцентує на цілеспрямованому тренуванні вольових та когнітивних регуляторів у межах формування стресостійкості до бойового стресу, наголошуючи на єдності інтелектуальних і вольових процесів у підтриманні професійної ефективності (Люсюк). Практичний контекст збереження когнітивної продуктивності після бойового зіткнення аналізується у роботі Д.Ю. Єрьоменка, де стійкість інтерпретується як динамічна характеристика, що включає здатність до відновлення виконавчих функцій і реадаптації (Єрьоменко).

Соціально-мотиваційний вектор дослідження, що прямо пов'язаний із когнітивною гнучкістю та зниженням негативного впливу стресу на мислення, було розгорнуто у працях Є.М. Потапчука, де підкреслено роль ціннісно-сислової основи діяльності у підтриманні когнітивної ясності в умовах стресу (Потапчук). У цілісній системі дослідження когнітивної стійкості важливою є й робота Flood і Keegan, які, аналізуючи дані дослідження армійських підрозділів, підкреслюють когнітивну стійкість як здатність до підтримання ефективного виконання завдань попри наявність стресу. Автори обґрунтовують цю здатність

як результат динамічної взаємодії виконавчих функцій, метапізнання, емоційної регуляції та особистісних ресурсів (Flood & Keegan). Таким чином, сформовано низку теоретичних і практичних підходів до розуміння когнітивної стійкості як важливої складової професійної надійності військовослужбовця, що виявляється у здатності до збереження цілісності виконавчих функцій, гнучкості мислення та саморегуляції у стресових ситуаціях.

У військовому середовищі прийняття рішень відбувається в умовах надзвичайно високого тиску та невизначеності. Наприклад, військовослужбовці під час бойових дій мають залишатися уважними, оцінювати загрози, координувати дії з колегами, дотримуватися правил, а також враховувати ризики для себе, товаришів і цивільних осіб. Такий рівень вимог вимагає високої когнітивної спроможності – що ще більше ускладнюється в умовах стресу. У той час як фізичні й емоційні реакції на стрес є добре дослідженими, менше уваги приділено тому, як стрес впливає на когнітивні функції.

Теоретичне визначення когнітивної стійкості неможливе без попереднього визначення, що таке стрес.

Науковий інтерес до стресу виник саме через бойові дії. Військові організації прагнули зрозуміти, як стрес впливає на продуктивність у бою, щоб використати ці знання у підборі особового складу, здатного підтримувати ефективність у критичних умовах.

Першими дослідженнями було встановлено, що стрес викликає порушення в когнітивному функціонуванні, зниження концентрації, викривлення сприйняття часу та втрата гнучкості мислення. І хоча досвідчені військові іноді демонстрували кращі результати під тиском, для більшості осіб наслідки хронічного чи інтенсивного стресу були негативними.

Стрес у військових умовах має унікальні характеристики, які не обмежуються лише бойовими діями, а також включає:

- тривале очікування небезпеки;
- ізоляцію від сім'ї;
- конфлікти в колективі;
- моральні дилеми (наприклад, участь у суперечливих місіях);
- необхідність приймати небезпечні рішення для життя інших людей.

Ці обставини викликають когнітивну і емоційну перевантаженість, що може порушити здатність логічно мислити, зосереджуватись, планувати дії і передбачати наслідки.

Одним із ключових наслідків стресу є зниження:

- уваги (людина фіксується на загрозі, ігноруючи іншу інформацію);
- робочої пам'яті (важче утримувати і обробляти дані);
- гнучкості мислення (зменшується здатність шукати альтернативи);
- швидкості прийняття рішень.

У військових умовах це може спричинити фатальні помилки: неправильну оцінку ситуації, запізнилу реакцію або втрату контролю над ситуацією.

Дослідження в галузі психологічного стресу підкреслюють, що стрес виникає лише тоді, коли ситуація сприймається як загрозна (Roesch, S.C., Weiner, B., & Vaughn, A.). Ця когнітивна інтерпретація активує механізми копіngu

та визначає психологічну адаптацію. Іншими словами, не сама подія викликає стрес, а оцінка цієї події людиною. Це означає, що навіть у схожих умовах дві особи можуть реагувати абсолютно по-різному – в залежності від того, як вони сприймають ситуацію, які в них є ресурси, досвід і навички подолання.

Таке розуміння є базовим для моделі когнітивного оцінювання, копінгу (стратегій подолання) і переоцінювання – і воно відкриває шлях до концептуалізації когнітивної стійкості.

Когнітивна стійкість – це здатність підтримувати когнітивне функціонування, необхідне для успішного виконання завдання, незважаючи на наявність сильного стресу. Ми розглядаємо стійкість до збереження когнітивних функцій, називаючи її «когнітивною стійкістю» як складову стресостійкості, і яка відрізняється від класичних підходів до психологічної стійкості, оскільки ефективне функціонування у стресових умовах потребує насамперед збереження когнітивного ресурсу.

Традиційні моделі резильєнтності у психології, серед яких моделі Кобаса, Коннора і Девідсона, мають схильність до акцентування на емоційних та особистісних аспектах, що, однак, не враховує важливість збереження ясності мислення у бойових умовах. У військовій практиці саме когнітивна гнучкість, здатність до аналітичного мислення та прийняття рішень у складних умовах набувають важливого значення. Так, аналізуючи вище зазначену наукову літературу, ми розглядаємо «когнітивну стійкість» як спроможність особистості підтримувати, чи швидко відновлювати когнітивні функції – увагу, гнучкість мислення, робочу пам'ять, планування – після впливу сильних стресорів.

Основними складовими когнітивної стійкості є:

- розвинуті когнітивні функції (концентрація, гнучкість, короткочасна пам'ять);
- сформовані навички метапізнання (контроль та рефлексія над власними розумовими процесами);
- ефективна емоційна регуляція (управління психоемоційними реакціями на стрес);
- здатність до психологічного захисту та модуляції рівня внутрішнього збудження.

Визначене поняття розглядається не як фіксована особистісна риса, а як динамічна характеристика, що може змінюватися в залежності від зовнішніх і внутрішніх умов.

У межах цієї роботи стрес інтерпретується крізь призму взаємодії між вимогами середовища та особистісними ресурсами. Виникнення стресу зумовлене перевищенням зовнішніми вимогами наявних адаптаційних можливостей індивіда.

При цьому підкреслюється, що стрес не завжди має суто негативний вплив – його ефекти визначаються способом інтерпретації ситуації та стратегіями подолання. Саме здатність підтримувати цілісність когнітивної діяльності навіть під інтенсивним тиском розглядається як прояв когнітивної стійкості.

На відміну від загальної психологічної стійкості, когнітивна стійкість стосується здатності зберігати ясність і ефективність мислення під впливом

стресу. Це означає підтримання: фокусованої уваги, контролю над розумовими процесами, логічного мислення, швидкого прийняття рішень.

Узагальнена модель когнітивної стійкості, на нашу думку містить наступні фактори:

- фактор стресу – зовнішня подія або умова;
- когнітивна оцінка – як особа інтерпретує подію (загроза чи виклик);
- копінг-стратегії – активні або пасивні способи подолання ситуації;
- когнітивні реакції – здатність підтримувати виконавчі функції: увагу, пам'ять, планування.

Дослідження когнітивного функціонування військовослужбовців вказують на особливу роль ключових аспектів мислення, таких як оперативна пам'ять, зорово-просторове інтегрування, швидкість реакції та виконавчі функції. Останні, у свою чергу, забезпечують здатність до планування, контролю дій, адаптації до змінних умов та збереження ефективності у критичних ситуаціях.

У структурі когнітивної стійкості особливе значення мають компоненти, пов'язані з виконавчим контролем, зокрема:

- гальмування (інгібіція) – здатність стримувати імпульсивні реакції;
- перемикання уваги (shifting) – вміння оперативно адаптуватися до нових завдань;
- оновлення робочої пам'яті (updating) – здатність підтримувати і маніпулювати актуальною інформацією.

Ці когнітивні процеси дозволяють військовослужбовцю зберігати здатність до ефективного сприйняття загроз, прийняття рішень та координації дій навіть за умов високого стресу. Їхній дефіцит пов'язаний із підвищеним ризиком дезорганізації поведінки, когнітивного ступору або імпульсивних помилкових рішень у бойовій обстановці. Когнітивна стійкість, однак, не обмежується лише нейропсихологічними чи виконавчими функціями. Вона тісно пов'язана з емоційною регуляцією, яка забезпечує контроль над афективними реакціями (страхом, гнівом, тривогою), що можуть перешкоджати адекватному мисленню. Найефективнішими стратегіями є когнітивна переоцінка, усвідомлена увага, інгібіція автоматичних афективних імпульсів. Здатність до регуляції емоцій, зокрема у стресових ситуаціях, виступає буфером проти перевантаження виконавчої системи мозку.

Ще одним невід'ємним компонентом когнітивної стійкості є мотиваційна підтримка, яка визначає готовність до вольового зусилля і когнітивної напруги у складних умовах. Особистісна значущість професійної ролі, ідентифікація із завданням, внутрішня цінність служіння та відчуття професійного обов'язку сприяють мобілізації психічних ресурсів. Мотиваційна структура виконує захисну функцію, сприяючи стабільності когнітивної активності під час тривалого впливу стресогенних факторів.

Узагальнюючи, когнітивна стійкість військовослужбовця може бути охарактеризована як інтегративний психологічний ресурс, що поєднує стабільність виконавчих функцій, ефективну емоційну регуляцію, метакогнітивну самосвідомість і мотиваційні чинники. Вона забезпечує

збереження когнітивної ефективності в екстремальних умовах, а також відновлення ментальної ясності після стресового впливу.

На відміну від загальних конструктів психологічної резильєнтності, що часто фокусуються на емоційно-особистісній сфері, когнітивна стійкість виявляється у здатності мінімізувати дезорганізацію виконавчих процесів та підтримувати ментальну продуктивність у ситуаціях високого ризику, невизначеності та морального навантаження.

Поглиблене вивчення цього феномену має критичне значення для формування сучасних програм психологічної підготовки військовослужбовців. Особливої актуальності набуває розробка валідних інструментів емпіричного вимірювання рівня когнітивної стійкості, а також апробація методів її розвитку у процесі професійного відбору, тренування і відновлення після бойових дій.

Література:

1. Єрмоменко Д.Ю. Особливості відновлення психологічної стійкості прикордонників після бойових зіткнень : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Хмельницький: Нац. акад. Держ. прикордон. служби України імені Б. Хмельницького, 2018. 180 с.
2. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини у психофізіологічному забезпеченні діяльності : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.02. Київ: Ін-т психології імені Г.С. Костюка АПН України, 2004. 426 с.
3. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності : підручник. Київ : Ельга, Ніка-Центр, 2004. 512 с.
4. Люсюк С.Г. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців до екстремальних ситуацій професійної діяльності : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Хмельницький: Нац. акад. Держ. прикордон. служби України імені Б. Хмельницького, 2011. 205 с.
5. Потапчук Є.М. Соціально-психологічні основи збереження психічного здоров'я військовослужбовців : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.05. Хмельницький: Нац. акад. Держ. прикордон. служби України імені Б. Хмельницького., 2004. 365 с.
6. Flood, A. & Keegan, R.J. (2022). Cognitive resilience to psychological stress in military personnel. *Military Psychology*, 34(2), 103–115.
7. Roesch, S.C., Weiner, B., & Vaughn, A. (2002). Cognitive approaches to stress and coping. *Current Opinion in Psychiatry*. Vol. 15, № 6. P. 627–632.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ

Грек О.С., Розіна І.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Одним з актуальних напрямків дослідження в сучасній психологічній науці є вивчення особливостей емоційного стану молоді, зокрема студентів-першокурсників в умовах воєнних дій. Саме студентський вік є одним із періодів, в якому відбуваються значні зміни та адаптація до нових життєвих викликів. Для студентів процес навчання супроводжується значними стресами. А в умовах війни молодь стикається ще з додатковими стресогенними чинниками, такими як втрата близьких, переживання за власне життя, тривога за своє майбутнє, труднощі з адаптацією до умов навчання. В таких умовах погіршується психоемоційний стан, а саме зростання рівня тривожності, апатії, фрустрації, депресії, емоційне вигорання, що негативно впливає на ефективність навчання студентів. Актуальним постає питання вивчення емоційного стану студентів-першокурсників в умовах воєнних дій.

Проблемі вивчення емоційної сфери людини, особливостей її розвитку в студентському віці присвячена значна кількість наукових робіт зарубіжних та вітчизняних психологів. Останнім часом все більше дослідження емоційних станів пов'язано саме з впливом воєнних дій на особистість молоді. Розглядаючи студентський вік, слід зазначити, що цей період характеризується орієнтацією на майбутнє (за О. Байєр, В. Шевченко) [1]. В цей період емоційна сфера стає більш стабільною та гнучкою, проте характеризується меншою бурхливістю. Як підкреслює О. Халік, емоційна сфера, зокрема рівень тривожності студентів, мають значний вплив на процес адаптації до нових освітніх умов [3].

В роботах О. Прокопенко виділено фактори, які впливають на формування особистості в умовах війни [2]: 1. Постійний стрес, відчуття тривожності та небезпеки, які зумовлені воєнним станом. Як зазначає вчена, ці емоційні навантаження знижують здатність до концентрації студентів на навчанні, а також ускладнюють соціальні взаємодії; 2. Соціальне середовище: соціальні зміни, які викликані війною, втрата близьких та рідних, зміна планів на майбутнє можуть призвести до почуття ізольованості та самотності; 3. Вплив воєнних дій на навчальну мотивацію студентів. О. Прокопенко зауважує, що цей вплив є неоднозначним. Так, складна екстремальна ситуація може стимулювати прагнення до самореалізації, навіть прагнення досягти цілей в екстремальних умовах. І, навпаки, спричинити зниження мотивації, яке обумовлене стресом, нестабільністю та невизначеністю майбутнього [2]. Вчена акцентує увагу саме на емоційному виснаженні студентів в умовах війни, тому що воно має значний негативний вплив на академічну успішність та психологічне здоров'я молоді.

Метою статті є емпіричне дослідження емоційного стану студентів в умовах воєнного стану.

Для вивчення емоційного стану студентів було використано психодіагностичний інструментарій: «Діагностика емоційної зрілості

особистості» О. Я. Чебикіна, методика САН, методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка. В дослідженні брало участь 50 студентів-першокурсників 17-18 років, які навчаються в Університеті Ушинського на 1 курсі.

Одержані результати дослідження дозволили виявити, що в загальній вибірці досліджуваних студентів переважає середній рівень за шкалою експресивності ($M=7,10$, $SD=\pm 2,33$), що свідчить про помірну емоційну експресивність студентів-першокурсників. Аналіз даних за шкалою саморегуляції виявив середній рівень ($M=7,84$, $SD=\pm 2,47$), тобто у студентів помірно розвинуті здатність керувати власними емоціями, стримувати небажані, а також викликати бажані емоції, за допомогою яких регулюють власну поведінку та поведінку оточуючих. За шкалою емпатії виявлено також середній рівень ($M=7,98$, $SD=\pm 2,22$), що вказує на помірний розвиток здатності розуміти емоції оточуючих та використовувати ці уміння у взаємодії з людьми. За інтегративним параметром емоційної зрілості виявлено, що індивідуальні дані знаходяться в межах середнього рівня виразності ($M=22,92$, $SD=\pm 5,24$) та відображають результати отримані за її показниками.

Проведено детальний аналіз індивідуальних результатів та виявлено, що у 2 студентів (6% від загальної кількості досліджуваних) переважає високий рівень за шкалою експресивності, що вказує на схильність до відкритості внутрішніх емоційних станів, здатні підтримувати інших емоційно. Низький рівень експресивності мають 8 студентів (16%), тобто дуже стримані в прояві власних емоцій, можуть бути замкненими, мати внутрішнє напруження та проблеми в емоційному спілкуванні. Це може бути пов'язано із особистісними особливостями досліджуваних, а також впливом зовнішніх факторів – стресові ситуації, які обумовлені воєнними діями. За шкалою саморегуляції виявлено високий рівень у 12 студентів (24%), що свідчить про вміння контролювати власні емоції, поведінку в різноманітних ситуаціях, адекватно реагують на труднощі та зберігають внутрішню рівновагу в умовах стресових ситуацій. Низький рівень за шкалою саморегуляції виявлено у 9 студентів (18%), їм властиві імпульсивна поведінка, труднощі контролю власних емоцій в стресових ситуаціях, схильні до емоційних зривів, мають низький рівень емоційної стійкості. Високий рівень за шкалою емпатії продемонстрували 7 студентів (14%). Низький рівень емпатії виявлено у 8 студентів (16%), що свідчить про низьку здатність до співпереживання, не вміння розпізнавати емоції та стани оточуючих, у складних ситуаціях не готові надавати підтримку.

Аналізуючи отримані результати за методикою САН було виявлено середні значення у студентів-першокурсників за всіма показниками методики: самопочуття – $M=5,08$, активність – $M=4,58$, настрій – $M=5,51$. Це свідчить про достатньо позитивний психоемоційний стан. Встановлено, що у 8 студентів-першокурсників переважає низький рівень самопочуття, що становить 16% від загальної вибірки досліджуваних. Це вказує на певні труднощі у фізичному самопочутті, що може бути пов'язано із високим навчальним навантаженням та впливом зовнішніх факторів, зокрема воєнного стану. Високий рівень самопочуття виявлено у 11 студентів-першокурсників, що становить 22% від загальної кількості досліджуваних. Результати за показником активності

свідчать, що низький рівень мають 17 студентів-першокурсників, що становить 34% від загальної вибірки досліджуваних. Це вказує на низький рівень задіяності в навчальному процесі та соціальній взаємодії і може бути пов'язано з процесом адаптації студентів, а також умовами війни в країні. Високий рівень активності продемонстрували лише 4 студенти, що становить 8% від загальної кількості досліджуваних. Низький рівень настрою виявлено у 9 студентів, що становить 18% від загальної кількості досліджуваних. У них спостерігається несприятливий емоційний стан, який супроводжується втомою та напругою. Високий рівень настрою виявлено у 18 студентів (36% досліджуваних).

Результати за методикою вивчення психічних станів у студентів-першокурсників за методикою Г. Айзенка дозволили виявити, що в загальній вибірці переважає середній рівень тривожності ($M=8,18$, $SD=\pm 2,57$) та ригідності ($M=8,72$, $SD=\pm 3,28$), це вказує на допустимий рівень тривожності та ригідності. Низький рівень у студентів-першокурсників переважає за показниками фрустрації ($M=6,72$, $SD=\pm 3,09$) та агресивності ($M=7,70$, $SD=\pm 2,95$), тобто їм властиві спокій та стриманість, а також мають дещо завищену самооцінку та не бояться труднощів. Розглянемо найбільш значущі результати дослідження психічних станів у студентів-першокурсників. Отримані дані за показником тривожності свідчать, що серед досліджуваних високий рівень тривожності продемонстрували 9 студентів (18%), що свідчить про наявність у них труднощів прояву емоцій та керування ними, розуміння емоцій інших, невпевненості у собі. Низький рівень тривожності спостерігається у 21 студента, що становить 42% від загальної кількості досліджуваних, що свідчить про легкість та відкритість в прояві своїх емоцій, а також вмють керувати власними емоціями в різних ситуаціях. За показником фрустрації високий рівень виявлено у 7 студентів (14% від загальної кількості досліджуваних), що вказує на низьку самооцінку, уникають труднощів та бояться невдач. Високий рівень агресивності виявлено у 3 студентів (6%), що вказує на нестриманість та труднощі у взаємодії з оточуючими. Підвищений рівень ригідності виявлено у 6 студентів (12%), їм характерні труднощі в адаптації до нових умов, конфліктність та не бажання йти на компроміси.

Таким чином, результати емпіричного дослідження свідчать, що у студентів-першокурсників переважає помірний рівень експресивності, саморегуляції та емпатії. Встановлено, що у студентів-першокурсників переважає помірний позитивний психоемоційний стан. Визначено, що серед досліджуваних є група студентів-першокурсників, які мають високий рівень тривожності, ригідності, негативний психоемоційний стан та низький рівень емоційної зрілості і потребують психологічної підтримки.

Перспективним на майбутнє є більш детальне вивчення психоемоційного стану студентів-першокурсників та розробка програми їх емоційного відновлення.

Література:

1. Золотих Є. А. Специфіка емоційної сфери в студентському віці. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2017. № 7. С. 77–82. <https://doi.org/10.31812/psychology.v7i.7262>

2. Прокопенко О. А. Емоційне виснаження студентів та втома під час війни. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: педагогіка та психологія*. 2025. № 7. <https://doi.org/10.54929/2786-9199-2025-7-10-01>

3. Халік О. О. Тривожність як чинник дезадаптації практичних психологів-початківців : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.07; НПУ ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2010. 19 с.

Секція III. МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

ПРОЯВИ РЕАКЦІЙ НА ВАЖКИЙ СТРЕС ТА ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ ДОРОСЛИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Івченко Л. І., Мельничук І.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення теми стресу цікава тим, що по-перше, досі не має єдиного визначення що таке стрес, а по-друге, стрес по різному проявляється та впливає на людей.

У цій статті розглянуто особистісні прояви реакцій на важкий стрес та порушення адаптації дорослих під час війни.

Останнім часом зростає кількість людей в яких виявляють наслідки збереження стресу, а також порушення адаптації.

Ключові слова: стрес, адаптація.

Стрес супроводжує людину з першого дня народження. Тому в умовах війни, коли не завжди є можливість звернутися за допомогою до психолога та інших фахівців, дорослі мають знати, що таке стрес та його прояви, навчитися відновлювати почуття безпеки та навчитися як справлятися зі стресом.

Мета статті – розглянути актуальність проблеми різних проявів стресу та розлади адаптації у дорослих під час війни.

Тому ця проблема мотивує вчених вивчати тему стрес та продовжувати пошук діагностичних та ефективних терапевтичних методів для його зменшення.

Питання стресу вивчали та досліджували вітчизняні вчені психологи, соціологи, фізіологи та медики, зокрема: О. Я. Чебикін, Л. Наугольник, Н. Наєнко, О. Кокун, Т. Циганчук, Н. Бардин, Ю. Пилипака, Н. Савелюк та інші.

Так і зарубіжні: Г. Сельє, Р. Лазарус, С. Фолкман, С. Мадді та інші [6].

Ганс Сельє в журналі «Nature» 1936 році написав про загальний адаптаційний синдром назвавши його «Синдром, що викликається різними шкідливими агентами» [6].

А в 1946 році Сельє зробив висновок, стрес існує, що дало розуміння, як саме людський організм прилаштовується до умов життя, які постійно змінюються. В дослідженнях він використовував лише біологічні та фізіологічні дані, як організм відповідає на шкідливий вплив [11].

В 1950 році Ганс Сельє в праці «Фізіологія й патологія стресу», яку він присвятив всім, хто страждає від стресу, перейменував синдром на «стресову реакцією» [6].

Н. Савелюк та інші сучасні науковці підтримують концепцію Сельє про фізіологічну реакцію організму на будь-який стресовий вплив, але відзначають, що алгоритм реакцій відрізняється за тривалістю та глибиною. А реакції на стрес залежать від середовища; генетичних, культурних, соціально-економічних, духовних та історичних факторів; індивідуальних особливостей людини [10].

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала в 1972 році наступне визначення стресу – це неспецифічна реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу, або відповідь на загрозу, реальну чи уявну.

Понад 60% чоловіків і 50% жінок відчувають негативну дію травматичних подій [6].

Коробіцина, сказала про гостру реакцію на стрес (F 43.0), це - транзиторий розлад різної важкості, що розвивається без видимого психічного розладу, який пройде протягом годин чи днів.

Соціальний стрес - це психічне перенапруження, пов'язане з потребою людини в соціальній адаптації, підлаштовуватися та комунікувати в суспільстві. Розлади адаптації (F 43.2) – це стан суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, виникає в період адаптації до змін у житті, що перешкоджає соціальному функціонуванню [8]. Процес адаптації забезпечує діяльність і виживання в умовах підвищеної стресогенності зовнішнього середовища, яке постійно змінюється.

Важлива функція стресу, це допомогти організму вижити. Сельє казав, що не стрес руйнує нас, а наше сприйняття його. Корисна функція стресу за Сельє в тому, що він мотивує роботу організму та приводить його у стан готовності [3]. Тривожні новини підвищують рівень гормонів стресу гідрокортизону та адреналіну, їх кількість збільшується та веде до різних хвороб, впливають на перебіг ендокринних розладів. Якщо людина знаходиться у стані хронічного стресу, наднирники постійно виробляють кортизон, а організм перестає його засвоювати [6].

Стрес запускає захисні реакції, мобілізує внутрішні ресурси організму, що дає енергію для рішення нових викликів життя. Корисний емоційний стрес позитивно впливає на розумові здібності та зовнішній вигляд людини [1].

І. Ялом стверджував, що людина не вибирає свою хворобу, але вона вибирає стрес, а він обирає хворобу [6].

Під час війни особливості стресових проявів залежать від різних факторів: кількості пережитих небезпечних станів, підтримка близьких, як довго триває стресовий стан [2].

Сельє в 1943 році опублікував відомості про ерозії та виразкові зміни слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки у хворих лондонського госпіталю, у яких виявлено кровотечі в шлунку та кишечнику, після поранення. Описав гіпертрофію наднирників, атрофію виличкової залози (тимуса) та лімфатичних вузлів. В сучасній науці це «тріада» [3]. Він застосовував у клінічній практиці результати своїх досліджень.

При підготовці пацієнтів до хірургічних маніпуляцій, секреція серотоніну знижується від стресових чинників.

Медична школа Хюстона (США) отримала докази, що стрес викликає порушення генетичного апарату та веде до онкологічних захворювань, стресори активують ракові клітини [6].

Фізіологи дослідили, якщо стрес триває більше місяця та до року, він стає причиною різних захворювань, тоді повернути в норму фізіологію організму майже не можливо [9].

Навіть побутові проблеми визивають у людей фізіологічні реакції: тремтіння та вологість рук; сухість у роті; прискорене серцебиття; кидання в піт. Людям важко забути що відбулося, пам'ять повертає до події, психіка слабне та стає вразливою. З часом Г. Сельє помітив, що стрес є мірою зношеності організму [3]. Він казав, що стрес – це все, що веде організм до швидкого старіння [6].

Р. Йерск встановив, що для стеничних (гнів, злість) негативних реакцій є підвищення діастолічного тиску, а для астенічних (страждання, страх, неспокій, депресія та інше) – зниження.

Від важких і частих стресів кількість адреналіну в крові збільшується, що веде до спазму судин і підвищенню артеріального тиску та ішемічної хвороби серця [6].

Стрес веде до змін у нервовій та психічній сфері, у людини спостерігаються дратівливість, депресії, страхи, тривожні стани, розлад сну, спазми м'язів. Також під час стресу виділяється гормон кортизол, який веде до накопичення жиру, переїдання та збільшення ваги [1].

Сельє встановив, від стресорів в організмі активується секреція передньою часткою гіпофізу адренкортикотропного гормону (АКТГ). У крові при страху з'являється адреналін, а при гніві норадреналін. Виділення гормонів стресу - це реакція організму для можливості вижити в небезпечних ситуаціях [6].

В процесі еволюції навколишнього середовища, хвороботворні фактори дозволяють організму людини адаптуватися.

Якщо стрес триває довго, він забирає адаптаційну енергію, тому якщо нічого не робити настають психосоматичні захворювання, а іноді і смерть [6].

Реакції на стрес можуть бути різноманітними за гостротою та інтенсивністю, це залежить від адаптивних здібностей і персональної уразливості організму. Гостра реакція на стрес виникає негайно та триває від 2-3 годин до 3 діб.

Яка буде реакція на стрес, залежить від віку та індивідуальних, психологічних і фізіологічних особливостей організму.

Згодом Сельє зрозумів, що всі стресові реакції неоднакові та відмінні у людей з різним темпераментом. Також освічені та багаті більш здоровіші та живуть довше, чим малограмотні та бідні [6].

Яка буде поведінка людини під час стресу, залежить від: досвіду, вміння швидко реагувати та оцінювати ситуацію. Прояви стресу будуть вище, коли у людини низька віра в свої сили, занижена самооцінка, має низький заряд енергії, не впевнена, що може приймати правильні рішення.

Тривале негативне емоційне переживання веде до фрустрації. До неї схильні люди які не підготовлені до труднощів, неурівноважені, незагартовані, збудливі та з погано розвиненими вольовими рисами характеру [6].

Таким чином, проаналізувавши наукові дослідження, можна зробити висновки, що у кожної людини різні прояви на стрес та розлади адаптації.

До стресу треба адаптуватись, або намагатися усунути його причину. Під час війни доводиться звикати до того, що стрес тепер буде постійно присутній у нашому житті. Та боротись із ним необхідно, бо він є небезпечним [7].

Література:

1. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Стресостійкість навчальний посібник за ред. Я. М. Когута. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.
2. Бойовий та оперативний стрес у військово-професійній діяльності офіцерів-лідерів : збірник матеріалів науково-практичного семінару (м. Київ, 27 квітня 2023 р.). Київ: НУОУ імені Івана Черняховського, 2023. 149 с.
3. Даниляк О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень О. Даниляк, С.-А. Маринець, О. Заячківська Праці наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки. Лікарський збірник. 2016. С. 27-40.
4. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
5. Мельнічук І.В., Карагіна Н.В., Основи психологічного здоров'я психотерапія. Навчальний посібник. Одеса. 2025. 539с.
6. Наугольник Л. Б. Психологія стресу. Підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
7. Посібник з Управління стресом та самопомоги під час бойових дій та у післявоєнний період, спрямований на медичних працівників. Київ: 2023. 68с.
8. Психодіагностика психічних розладів та їх реабілітації. Л.А. Опанасенко Миколаїв: Іліон, 2018. 153 с.
9. Психосоціальний стрес: прояви та техніки його подолання: рек. бібліограф. покажч. Харків. нац. пед. ун-т імені Г. С. Сковороди, наук. б-ка; уклад. Т. І. Неудачина; відп. ред. О. Г. Коробкіна. Харків: ХНПУ, 2020. 49 с.
10. Савелюк Н. М. Переживання стресу в умовах війни досвід українського студентства. Психологія реальності і перспективи збірник наукових праць РДГУ. 2022. Вип. 18. С. 141–152.
11. Сельє Г. Стрес без дистреса Г. Сельє Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського. 2016. № 1. С. 78–89.

ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЙОГО ПОДОЛАННЯ

Бернадзіковська Л.О., Фрунзе О.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Генералізований афективний розлад (ГАР) є одним із найбільш поширених емоційних розладів, що має затяжний перебіг та супроводжується високим рівнем коморбідності. Підвищення рівня тривожних та афективних розладів у популяції загалом обумовлює потребу у всебічному дослідженні їхньої природи, клінічних особливостей та ефективних підходів до лікування [1; 2]. Проблема ускладнюється тим, що діагностика ГАР є досить складною через

неспецифічність симптомів та їхню перехідність у межах спектра інших емоційних порушень [3].

Дослідження особливостей клінічного перебігу генералізованого афективного розладу дозволяє глибше зрозуміти патогенетичні механізми розвитку хронічної тривоги і депресії, а також вдосконалити методи диференційної діагностики та стратегії терапевтичного впливу [4].

Останніми роками зростає кількість доказів, які свідчать про значну роль нейробиологічних факторів у формуванні симптомокомплексу генералізованого афективного розладу, зокрема дисфункцій серотонінергічної, норадренергічної та дофамінергічної систем [3; 4].

Таким чином, актуальність дослідження клінічного перебігу ГАР обумовлюється не лише високою поширеністю та стійкістю до лікування, а й значним впливом цього розладу на якість життя пацієнтів і їхнє соціальне функціонування [5].

Метою нашої статті є аналіз клінічних особливостей перебігу генералізованого афективного розладу та окреслення сучасних підходів до його подолання на основі узагальнення актуальних наукових даних.

Об'єктом дослідження є генералізований афективний розлад як форма хронічного емоційного порушення.

Предметом дослідження є клінічні особливості перебігу генералізованого афективного розладу та сучасні терапевтичні стратегії його корекції.

Слід зазначити, що генералізований афективний розлад (ГАР) є однією з найбільш поширених форм психопатологічних станів, які характеризується стійкою тривожністю, пригніченістю настрою та астеничною симптоматикою, які зберігаються протягом тривалого часу без виражених ремісій [1].

На сучасному етапі розвитку нейропсихології ГАР розглядається, як мультифакторіальне порушення, у патогенезі, якого провідну роль відіграють дисфункції регуляції нейротрансмітерних систем, насамперед серотонінергічної, норадренергічної та дофамінергічної [4].

Важливе значення мають також функціональні зміни в структурах головного мозку, зокрема у префронтальній корі, гіпокампі та мигдалині, що відповідальні за емоційну регуляцію, обробку стресових стимулів та когнітивну діяльність [4].

Клінічна картина ГАР є поліформною і охоплює емоційні, когнітивні та соматичні прояви. До провідних емоційних симптомів належать стійке почуття тривоги, роздратованість, емоційна лабільність, а також почуття безнадії та пригніченості [5].

Когнітивна сфера характеризується труднощами концентрації уваги, нерішучістю, порушенням прийняття рішень, домінуванням негативних автоматичних думок і катастрофічного мислення [5].

Соматичні прояви найчастіше включають розлади сну (труднощі засинання, часті нічні пробудження), вегетативні дисфункції (тахікардія, гіпергідроз), м'язову напругу, головний біль, а також загальне відчуття фізичної слабкості [7].

Хронічний перебігу ГАР є однією з основних його характеристик, що значно ускладнює терапевтичну тактику та призводить до стійкого погіршення якості життя пацієнтів [8].

У більшості випадків спостерігається коморбідність із такими психічними розладами, як депресивний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, соматоформні та тривожно-депресивні стани, що додатково ускладнює діагностику та лікування [9].

Аналізуючи поняття генералізованого афективного розладу, варто зазначити, що він репрезентує складний психопатологічний феномен, що поєднує емоційні, когнітивні та тілесні порушення на фоні стійкого дисбалансу нейрохімічних систем. Механізми розвитку розладу свідчать про тісний взаємозв'язок між біологічними, психологічними та соціальними факторами. Біологічні аспекти включають генетичну схильність, зміни нейропластичності та порушення стрес-реактивності. Психологічні чинники охоплюють особистісні особливості. Зокрема підвищену тривожність, як рису характеру, негативні схеми мислення та низький рівень стресостійкості. Соціальні умови такі, як хронічні стресори, міжособистісні конфлікти та несприятливе середовище, також відіграють важливу роль у формуванні клінічної картини [1; 4; 8].

Таким чином, генералізований афективний розлад можна розглядати, як результат комплексної взаємодії біопсихосоціальних чинників, що зумовлює необхідність інтегрованого підходу до його діагностики, лікування та профілактики. Подальші наукові дослідження мають бути спрямовані на глибше розкриття нейробиологічних механізмів розладу, удосконалення психометричних інструментів для раннього виявлення симптоматики, а також на розробку мультикомпонентних інтервенційних програм, що поєднують фармакотерапію, психотерапевтичні методи та соціальну підтримку [5; 7; 9].

Згідно із сучасними підходами до подолання генералізованого афективного розладу, ефективна терапія передбачає комплексне поєднання фармакологічних, психотерапевтичних та психоедукаційних інтервенцій. Такий підхід обумовлений складною етіопатогенетичною природою ГАР, що вимагає впливу, як на нейробиологічні механізми, так і на когнітивно-поведінкові аспекти формування та підтримання розладу [6].

Фармакотерапія залишається ключовим напрямом у лікуванні пацієнтів із ГАР. З препаратів першої лінії рекомендуються селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну, які продемонстрували високу ефективність у зменшенні симптомів тривоги, пригніченого настрою та соматичних проявів розладу. Використання цих засобів забезпечує не лише полегшення клінічної симптоматики, і водночас позитивно впливає на якість життя пацієнтів за рахунок доброї переносимості та мінімізації ризику розвитку побічних ефектів [10].

У психотерапевтичному компоненті лікування пріоритетною визнано когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), яка спрямована на ідентифікацію та модифікацію дисфункціональних переконань, негативних автоматичних думок та неадаптивних моделей поведінки. КПТ дозволяє не лише знижувати рівень

тривожності, а й формувати стійкі навички саморегуляції емоційних станів, сприяючи довготривалій стабілізації психоемоційного функціонування [5].

Іншим перспективним методом є метакогнітивна терапія, що орієнтується на зміну стійких стратегій тривожного обдумування та румінацій, які підтримують генералізовану тривожність. Дослідження засвідчують її ефективність у зменшенні симптомів та попередженні рецидивів, що зумовлює зростаючу популярність цього підходу в клінічній практиці [6].

Важливим доповненням до лікувальної програми виступають практики майндфулнес та тренінги управління стресом, що спрямовані на розвиток навичок усвідомленого сприйняття внутрішніх переживань без надмірної емоційної замученості. Ці методики сприяють підвищенню стресостійкості, зниженню рівня базальної тривожності та поліпшенню загального психоемоційного стану [10].

Крім того, включення пацієнтів до підтримуючих груп виявилось ефективним інструментом для подолання почуття ізоляції, формування соціальних навичок та зміцнення мотивації до лікування. Психоедукаційні програми забезпечують пацієнтів необхідною інформацією про природу розладу, перебіг лікування та способи самодопомоги, що сприяє зростанню їхньої прихильності до терапії та підвищенню загальної ефективності реабілітаційних заходів [6; 10].

Таким чином, сучасні підходи до подолання генералізованого афективного розладу ґрунтуються на принципах мультикомпонентної терапії, яка забезпечує системний вплив на різні рівні патогенезу, підвищує ефективність лікування та сприяє довготривалій ремісії і покращенню якості життя пацієнтів.

Виходячи з наведеного, генералізований афективний розлад є складним за своїм перебігом станом, що потребує системного підходу до лікування. Узагальнюючи сучасну наукову літературу, можна стверджувати, що найбільш ефективним є поєднання фармакотерапії, когнітивно-поведінкової та метакогнітивної терапії, методик майндфулнес і психоедукації. Важливо пам'ятати, що перебіг лікування значною мірою формується під впливом індивідуалізації терапевтичних стратегій та активної участі самого пацієнта в процесі реабілітації. Інтегративний підхід дозволяє досягти стійкої ремісії, зменшити ризик рецидивів і покращити якість життя хворих. Подальший науковий пошук повинен бути націлений на вдосконалення комбінованих моделей лікування та профілактику коморбідних станів.

Література:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text revision) – DSM-5-TR. Washington, DC: APA Publishing, 2022.
2. Barlow D. H., Farchione T. J., Sauer-Zavala S., Latin H. M., Ellard K. K., Bullis J. R., Bentley K. H., Boettcher H. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide. Oxford University Press, 2016.
3. Stein D. J., Bandelow B., Hollander E., Rothbaum B. O., Simeon D. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2017. Vol. 19, No. 2. P. 169–175.

4. Sylvester C. M., Barch D. M., Corbetta M., Power J. D., Schlaggar B. L., Petersen S. E. Functional connectivity of the amygdala in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018. Vol. 57, No. 2. P. 89–96.
5. Cuijpers P., Karyotaki E., Weitz E., Andersson G., Hollon S. D., van Straten A. Cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2019. Vol. 49, No. 3. P. 465–475.
6. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. 2nd ed. Guilford Press, 2021.
7. Tyrer P., Stein D. J., Murphy D. L. Generalised anxiety disorder: diagnosis and management. *BMJ*. 2019. Vol. 366. Article 15269.
8. Diefenbach G. J., Tolin D. F., Meunier S. A., Gilliam C. M. Generalized anxiety disorder: Advances in diagnosis and treatment. *F1000Research*. 2020. Vol. 9. Article F1000 Faculty Rev-1210.
9. Hoge E. A., Ivkovic A., Fricchione G. L. Generalized anxiety disorder: Diagnosis and treatment. *BMJ*. 2017. Vol. 356. Article j1151.
10. Baldwin D. S., Waldman S., Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2021. Vol. 24, No. 1. P. 12–21.

ВИРАЗНІСТЬ ПСИХІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Другаль К.І., Савенкова І.І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У статті розглядається проблема психічної втоми у хворих на онкологічні захворювання як одного з найпоширеніших психологічних ускладнень, що виникають у процесі лікування [5; 7]. Мета дослідження полягає у вивченні рівня виразності цього феномену, його психологічних проявів та впливу на емоційний стан, когнітивну функціональність і якість життя онкопацієнтів [2; 4; 6]. На основі аналізу літературних джерел та клінічних спостережень виокремлено основні симптоми психічної втоми, фактори ризику та напрями психологічної підтримки [1; 8]. Автор підкреслює важливість раннього виявлення ознак психічної втоми та застосування мультидисциплінарного підходу до її корекції [3; 9].

Проблема психічної втоми в онкологічних хворих залишається малодослідженою у вітчизняній науковій традиції, попри її клінічну значущість [10]. У той час як медична складова онкопатології добре вивчена, психологічний компонент часто лишається поза увагою [7; 6]. Психічна втома має тенденцію до прихованого прояву, зумовленого як стигматизацією психологічних симптомів, так і звичкою пацієнтів применшувати свій емоційний стан на користь «фізичних» аспектів лікування [4; 8]. Це ускладнює своєчасну діагностику стану та призводить до його хронізації [2, 5].

Додаткову складність становить відсутність уніфікованих критеріїв оцінки психічної втоми, що унеможливорює формування стандартизованих протоколів допомоги [1; 10]. Наявність широкого спектра клінічних проявів – від когнітивного виснаження до емоційної відчуженості – потребує індивідуалізованого підходу до психотерапевтичної роботи [4; 9]. У зв'язку з цим

постає нагальна потреба у глибшому вивченні природи психічної втоми, її механізмів та способів ефективної психологічної підтримки пацієнтів в умовах онкологічного діагнозу [3; 6].

Мета дослідження: визначити рівень виразності психічної втоми у хворих на онкологічні захворювання та охарактеризувати її психологічні прояви з метою покращення психоемоційного супроводу даної категорії пацієнтів.

Об'єкт дослідження: психічна втома у хворих на онкологічні захворювання.

Предмет дослідження: особливості прояву психічної втоми та її вплив на емоційний стан, когнітивну функціональність та якість життя онкопацієнтів.

Психічна втома — це складний феномен, який виявляється не лише у виснаженні ресурсів нервової системи, а й у глибоких психологічних змінах, що торкаються емоційної, когнітивної та поведінкової сфер. В онкологічних пацієнтів ця проблема набуває особливого значення, оскільки тяжкість діагнозу, тривалий період лікування, хіміо- та променева терапія, а також страх смерті та біль є надзвичайно потужними стресогенними чинниками [1].

Психічна втома часто є малопомітною, проте суттєво впливає на хід лікування, мотивацію до боротьби із хворобою та здатність підтримувати соціальні зв'язки [2].

У психологічній літературі поняття психічної втоми тлумачиться як стійкий стан пригнічення психічної діяльності, що виникає внаслідок тривалого або надмірного нервово-психічного напруження [3]. За класифікацією М. Буриша, психічна втома може розглядатися як компонент емоційного вигорання, що включає в себе втрату сенсу, енергії та емоційного зв'язку з діяльністю [4].

У контексті онкології психічна втома переплітається з поняттями депресивності, тривожності та соматичних симптомів. Дослідження підтверджують, що понад 70% пацієнтів із діагнозом раку стикаються з тими чи іншими проявами психічної втоми протягом лікування [5].

Серед найхарактерніших проявів психічної втоми виділяють:

- а) хронічне відчуття виснаження, яке не минає навіть після відпочинку;
- б) зниження інтересу до повсякденних справ та соціальної взаємодії;
- в) порушення сну;
- г) когнітивні труднощі (зниження концентрації, забудькуватість);
- г) песимістичне сприйняття майбутнього [6].

Особливої уваги заслуговує так званий феномен "прихованої втоми", коли пацієнт намагається демонструвати оптимізм та активність, приховуючи реальний стан внутрішнього виснаження. Це часто спостерігається у жінок з онкологічними захворюваннями молочної залози [7].

Існує низка чинників, які посилюють або, навпаки, знижують рівень психічної втоми:

1. Тип і стадія онкологічного захворювання;
2. Тривалість та інвазивність лікування;
3. Рівень соціальної підтримки;
4. Індивідуальні особливості особистості (тип темпераменту, стиль подолання стресу);
5. Наявність супутньої тривожної або депресивної симптоматики [8].

Ефективною є система психологічного супроводу, що базується на мультидисциплінарному підході. Серед найбільш результативних методів корекції психічної втоми можна виділити:

- а) психоосвітні програми (інформування про природу втоми та шляхи її подолання);
- б) когнітивно-поведінкову терапію, зокрема роботу з ірраціональними переконаннями;
- в) майндфулнес-практики (усвідомленість, тілесні практики);
- г) групову терапію, яка дозволяє зменшити почуття ізоляції;
- г) арт-терапію, яка сприяє емоційному розвантаженню [9].

Психічна втома є серйозним ускладненням онкологічного захворювання, що здатне суттєво знижувати якість життя пацієнтів, їхню здатність до адаптації та мотивацію до лікування. Розуміння її природи, своєчасне виявлення симптомів і належна психологічна допомога можуть не лише покращити психоемоційний стан хворого, а й сприяти кращим результатам лікування. Психологи, що працюють в онкопсихології, мають враховувати індивідуальні особливості пацієнтів, стадію захворювання та контекст соціального оточення.

Література:

1. Вознесенська О.Ф. Психологія стресу: діагностика, корекція, профілактика. К.: Центр учбової літератури, 2016.
2. Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2022.
3. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Львів: Свічадо, 2018.
4. Burisch M. Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. – Springer, 2010.
5. Bultz B.D., Carlson L.E. Emotional distress: the sixth vital sign – future directions in cancer care. Psycho-Oncology, 2006.
6. Шевченко Л.О. Психологічна допомога важкохворим: теорія і практика. К.: Академія, 2019.
7. Spiegel D., Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. Biological Psychiatry, 2003.
8. Піддубна Г.М. Психосоціальна адаптація онкопацієнтів: монографія. Черкаси: Брама-Україна, 2020.
9. Garland S.N. et al. Mindfulness-based stress reduction in cancer care. Journal of Clinical Oncology, 2014.
10. Науменко О.В. Основи онкопсихології. К.: Медицина, 2021.

ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У КОНТЕКСТІ ВІЙНИ

Жданова Г. В., Венгер Г. С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Війна має потужний деструктивний вплив на психологічний стан населення, оскільки зумовлює екзистенційні загрози та підсилює дію широкого спектра стресогенних чинників. Умови тривалого перебування під впливом характерних для воєнного часу стресорів призводять до формування феномена колективної психотравматизації, що охоплює значну частину суспільства. [3]

У воєнний період усе населення країни потрапляє до групи ризику, яку умовно можна розподілити на кілька категорій:

- особи, що перебувають під прямою загрозою життю, зокрема військовослужбовці та мешканці прифронтових регіонів;
- індивіди, які зазнали безпосередніх втрат унаслідок війни — внутрішньо переміщені особи, жителі тимчасово окупованих територій, люди, які отримали тілесні ушкодження або втратили рідних;
- представники соціальних груп із недостатніми психологічними та соціальними ресурсами для подолання стресу, зокрема молодь та особи з низьким рівнем матеріального забезпечення.

Унаслідок одноразових або повторюваних психотравмуючих ситуацій у людини може сформуватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який належить до найтяжчих проявів впливу травматичного стресу. Цей розлад є особливо поширеним у країнах, що переживають військові конфлікти. Згідно з даними ВООЗ (2023), до 30% осіб, які зазнали травматичних подій під час війни в Україні, демонструють симптоми стресового розладу, включно з ПТСР. [3] Результати дослідження агенції Proinsight Lab, проведеного за сприяння Національної психологічної асоціації у квітні 2022 року, свідчать, що вищий рівень тривожності та емоційного напруження спостерігається в українців, які мешкають на віддаленні від зон активних бойових дій. [6] Найчастішими причинами звернень по психологічну допомогу є почуття провини, синдром вцілілого, травма свідка, страх та тривога. Водночас значною залишається потреба у підтримці під час прийняття рішень щодо зміни місця проживання, адаптації за кордоном, а також у вирішенні внутрішньосімейних конфліктів, що загострилися внаслідок війни. Серед тілесних скарг переважають симптоми виснаження, порушення сну, проблеми з диханням та концентрацією уваги, однак саме емоційні прояви мають найбільшу інтенсивність. Дослідження демонструють закономірність: що далі респонденти перебувають від місць бойових дій, тим більш вираженими є їхні емоційні симптоми. Експерти пов'язують це з феноменом травми свідка, яка формується під впливом споживання новинного контенту й супроводжується відчуттям безпорадності на тлі умовної безпеки.

Дослідження «Вплив війни на психологічний стан громадян України. Аналіз емпіричних даних», опубліковане у 2025 році, засвідчує суттєве погіршення психологічного стану населення загалом, із найбільш вираженим спадом показників серед чоловіків — як цивільних, так і військових. Зокрема, рівень невротичної депресії виявився вищим у цивільних чоловіків порівняно з іншими групами. Вони також демонструють поглиблення психоемоційної дезадаптації, що проявляється у високих рівнях стресу, депресивних симптомах, астенії та вегетативних порушеннях. Другою найбільш уразливою категорією виявилися чоловіки з досвідом участі в бойових діях до 24 лютого 2022 року. [2]

Військовослужбовці демонструють стабільно нижчі показники психічного напруження та симптоматики посттравматичного стресового розладу порівняно з іншими групами населення. Однак у цій категорії спостерігається високий

рівень вегетативних порушень, що свідчить про значне фізіологічне та психоемоційне виснаження. Згідно з даними досліджень, контузії мають набагато потужніший вплив на психологічний стан, ніж поранення. Період демобілізації часто супроводжується зростанням тривожності, депресивних проявів та вегетативної дисфункції. Це пояснюється тим, що в умовах бойових дій активізуються потужні захисні психологічні механізми, які в тилу поступово втрачають ефективність. У процесі адаптації до цивільного життя відбувається актуалізація непрожитих психоемоційних переживань, які проявляються вже умовно безпечному середовищі. [2]

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 20% населення, яке протягом останнього десятиліття проживало в регіонах, постраждалих від збройних конфліктів, мають ті чи інші форми психічних розладів — від легкої тривожності та депресії до тяжких психотичних станів. Приблизно 10% стикаються з розладами психічного здоров'я помірного або тяжкого ступеня. Відповідно до цих оцінок, прогнозується, що в Україні близько 15,7 млн осіб потребуватимуть психологічної підтримки, з яких орієнтовно 3,5 млн матимуть психічний розлад, а у 800 700 осіб він буде вираженим на помірному або тяжкому рівні. Понад 90% опитаних громадян вказують на наявність щонайменше одного симптому посттравматичного стресового розладу, а 57% перебувають у групі підвищеного ризику його розвитку. [4]

Також, згідно з даними Міністерства охорони здоров'я України, психологічні наслідки війни, зокрема посттравматичний стресовий розлад, матимуть довготривалий вплив на психічне здоров'я населення. Очікується, що ці наслідки зберігатимуть свою актуальність щонайменше протягом 7–10 років після завершення активної фази воєнних дій. [5]

З огляду на суттєве зростання масштабів сучасних військових конфліктів — як за кількістю залучених країн і чисельністю населення, так і за площею охоплених територій, що підтверджується зростанням індексу інтенсивності війн (інтегрального показника, розробленого Питиримом Сорокіним), — можна очікувати пропорційне зростання уразливості до психосоціального стресу та підвищення поширеності психічних розладів серед постраждалого населення. (табл. 1)

Століття	XII	XIII	XV	XVI	XIV	XVII	XVIII	XIX	XX
Індекс інтенсивності війн	18	24	60	100	180	500	370	120	3080

Табл. 1 — Індекс інтенсивності війн за П. Сорокіним

Стрес негативно впливає на функціонування гіпокампа, що призводить до порушень пам'яті, концентрації уваги та здатності до навчання. В умовах хронічного стресу люди часто ухвалюють імпульсивні рішення або, навпаки, ухиляються від них через прокрастинацію та підвищену тривожність. Крім того, стрес може знижувати когнітивну гнучкість, ускладнювати стратегічне мислення

та пригнічувати креативність, що значно ускладнює адаптацію та пошук ефективних рішень у кризових ситуаціях. [1]

Війна створює додаткові екзистенційні загрози, що посилюють вплив стресу та призводять до явища «колективної травматизації» всього суспільства.

Найбільш вразливими є військовослужбовці, мешканці прифронтових територій, вимушені переселенці, особи, які втратили близьких чи зазнали фізичних травм, а також люди з обмеженими соціальними та психологічними ресурсами для подолання стресу.

Отже, хронічний стрес має значний вплив не лише на емоційний стан, а й на когнітивні функції, ускладнюючи адаптацію до нових умов. Дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи сприяє виснаженню організму, поглибленню психічних розладів та збільшенню когнітивних дефіцитів. Це підкреслює необхідність розробки комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення психічного здоров'я та когнітивних здібностей осіб, які постраждали від стресових впливів.

Література:

1. Горбаченко В. А., Олянін В. В., Лук'янець О. О. Фізіологічні механізми стресу та посттравматичний стресовий розлад // Фізіологічний журнал. – 2024. – Т. 70, № 6.
 2. Духлій П. М., Трофімова Д. О. Вплив війни на психологічний стан громадян України: аналіз емпіричних даних // Психологія особистості. – 2024. – № 68. – С. 24. – DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.68.24>
 3. Злобіна О. Г. Стресові стани населення України в контексті війни: соціально-груповий аналіз // Вісник Національної академії наук України. – 2024. – № 6. – С. 49–56. – DOI: <https://doi.org/10.15407/vsn2024.06.049>
 4. Міністерство охорони здоров'я України. Дослідження психологічного стану населення. – 2022. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukraini-prezentuvali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naseleennja>
 5. Міністерство охорони здоров'я України. Вплив війни на психічне здоров'я. – 2022. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uk/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorov%27ja-kolosalnij-viktor-ljashko6>
- Овчар О., Больман С. Результати дослідження «Психічний стан українців під час війни проти Росії» / National Psychological Association of Ukraine. – 2022.

МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: СТОНС ЯК КЛЮЧ ДО РОЗУМІННЯ ПСИХОГЕННИХ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Заморока А. А.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність. Війна як хронічна психотравмувальна подія значно підвищує рівень психологічної вразливості населення, особливо жінок. Одним із делікатних, але критично важливих аспектів ментального здоров'я є сексуальне здоров'я, яке в умовах війни часто порушується. Незважаючи на поширеність сексуальних дисфункцій, ця тема залишається недостатньо дослідженою в контексті війни. Особливо важливо звертати увагу на сексуальне функціонування як на індикатор загального психологічного стану особистості. Адже

сексуальність є не лише фізіологічною потребою, а й відображенням емоційної безпеки, самооцінки, взаємин і здатності до близькості [5].

СТОСН (синдром тривожного очікування сексуальної невдачі) є цінною моделлю для розуміння механізмів психогенних сексуальних розладів у жінок [4; 5]. Ця модель дозволяє комплексно аналізувати вплив різноманітних психологічних факторів, що можуть спричинити або підтримувати сексуальні дисфункції, що актуалізується в умовах воєнного часу.

Мета дослідження — проаналізувати вплив психогенних чинників за моделлю СТОСН на розвиток сексуальних дисфункцій у жінок в умовах війни, а також окреслити можливі вектори психотерапевтичної підтримки та реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей і потреб клієнток.

Об'єкт дослідження — сексуальні дисфункції у жінок в умовах війни. Предмет дослідження — психогенні механізми сексуальних дисфункцій за моделлю СТОСН.

Методи. Теоретичний аналіз літератури, зокрема праць А. Бека, Р. Л. Ліхі, С. Джонсона, а також сучасних досліджень із DSM-5-TR та українських публікацій з психосоматики та сексології. У тексті використано узагальнення терапевтичного досвіду з понад 20 кейсами клієнток, які зверталися зі скаргами на сексуальні труднощі в умовах війни. Також було використано спостереження за динамікою стану пацієнток під час терапевтичної роботи та опитування жінок, які зверталися зі скаргами на труднощі у сексуальній сфері під час війни.

Результати. У структурі сексуальних дисфункцій жінок, які перебувають у хронічному стресі, найчастіше виявляються: гіпоактивне сексуальне бажання, аноргазмія, диспареунія, вагінізм, розлад збудження та оргазму. В умовах війни такі порушення можуть набувати затяжного або навіть хронічного характеру. За моделлю СТОСН, ключовими в їх розвитку виступають:

- Соматоформний компонент — тілесні симптоми без органічної основи, зниження чутливості, психосоматичні реакції; також до цього компоненту відносяться напруження в тазовій ділянці, болісні відчуття, труднощі з диханням під час статевого контакту. Часто ці симптоми є результатом блокування тілесної спонтанності та перерваної реакції «тіло-безпека».

- Травматичний компонент — досвід сексуального чи воєнного насильства, втрати, порушення базової довіри. У багатьох жінок після евакуації, бомбардувань або втрачених стосунків з партнерами формується глибока недовіра до тіла, себе та інших людей. У таких випадках сексуальний контакт може сприйматися як загроза або бути повністю заблокованим психікою.

- Особистісний компонент — занижена самооцінка, гіперконтроль, почуття провини, глибокі внутрішні конфлікти, сформовані ще до початку війни. Часто війна лише активує вже наявні схильності: перфекціонізм, страхи бути неприйнятною, непридатною до любові чи близькості.

- Невротичний компонент — синдром тривожного очікування сексуальної невдачі (СТОНС), коїтофобія, нав'язливі думки [2; 3].

- Стресовий компонент — хронічне напруження, втома, втрата почуття безпеки, виключення тіла з досвіду задоволення.

Обговорення. Згідно з сучасними підходами КПТ [2; 4], тілесно-орієнтованої та гуманістичної психотерапії [5], сексуальні дисфункції, викликані психогенними факторами, піддаються корекції через роботу з автоматичними думками, тілесним досвідом, психосексуальними сценаріями. Важливо поєднувати індивідуальну терапію з психоедукацією, нормалізацією досвіду жінки та відновленням контакту з тілом.

Висновки. В умовах війни сексуальні дисфункції у жінок мають виражене психогенне підґрунтя [3; 6]. Модель СТОСН дозволяє комплексно розглядати такі розлади та пропонувати дієві шляхи психокорекції.

Література:

1. Дерев'янюк С.П. (2023). Когнітивно-поведінкова терапія: Навчально-методичні рекомендації до спецкурсу для студентів спеціальності «Психологія». Чернівці: НУЧК імені Т. Г. Шевченка.
2. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., Text Rev.).
3. World Health Organization. (2021). Classification of sexual health and related disorders. Geneva: WHO.
4. Баранова Н.С. (2021). Психотерапія психосексуальних розладів у жінок: сучасні підходи. Журнал практичної психології, 3(10), 42–49.
5. Нікіфорова С. В. (2021). Психологія сексуальності. Вид. 2-ге, допов. К.: Центр учбової літератури.
6. Юрченко Т.В. (2020). Сексуальність і травма: психологічна підтримка жінок. Вісник клінічної психології, 4(8), 64–70.

ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Ігнатенко Е.В., Садова М.А.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення депресивного синдрому у перебігу посттравматичних стресових розладів є актуальною проблемою, як у теоретичному, так і у практичному аспектах. Досліджувана проблема є недостатньо розкрита у сучасній психологічній науці.

Актуальність теми обумовлена значною поширеністю і тяжкістю наслідків. Останнім часом спостерігається різке зростання кількості випадків депресивного розладу, що пов'язують переважно з посттравматичними стресовими розладами. Основними причинами вважаються військовий стан у країні, повітряна небезпека протягом дня та ночі, втрата близьких, зміна місця проживання, економічні труднощі, втрата роботи та житла, зниження соціальної активності, дефіцит спілкування та невпевненість у майбутньому. Посттравматичний стресовий розлад є тяжким психічним станом, який розвивається внаслідок пережиття або свідчення травматичної події. Особи, які страждають на ПТСР, зазвичай стикаються з підвищеною тривожністю, нав'язливими спогадами (флешбеками), нічними кошмарами та намагаються уникати обставин, що асоціюються з

пережитою травмою. На цьому фоні часто розвивається депресія — супутній, але не менш серйозний і виснажливий розлад.

Тому зазначене вище пояснює вибір теми нашого дослідження: "Депресивний синдром у перебігу посттравматичних стресових розладів".

Мета наших тез полягала у розкритті і узагальненні особливостей прояву депресивного синдрому у перебігу посттравматичних стресових розладів.

Об'єктом дослідження є депресивний синдром.

Предметом дослідження виступає депресивний синдром у перебігу посттравматичних стресових розладів.

Слід зазначити, що депресивний синдром розвивається у понад половини пацієнтів з ПТСР [4]. Коморбідне протікання цих двох розладів істотно ускладнює терапію, оскільки їхні симптоми можуть перетинатися та взаємно підсилюватися. У цьому контексті депресивний синдром виступає не просто як зниження емоційного фону, а як серйозне порушення психічної регуляції, яке може спричинити соціальну ізоляцію, втрату здатності до праці, а в окремих випадках — навіть призвести до суїциду [5].

Особи з посттравматичним стресовим розладом у поєднанні з депресивним розладом часто демонструють характерні клінічні прояви, серед яких переважають стійкий пригнічений настрій, втрата інтересу до раніше значущої діяльності, підвищена тривожність та порушення сну. У таких пацієнтів також спостерігаються хронічна втома, суб'єктивне відчуття емоційного виснаження, почуття провини, сорому, безнадії. У низці випадків можливе виникнення суїцидальних думок або поведінки, що потребує особливої уваги з боку фахівців [3].

Разом з тим механізми розвитку депресії при посттравматичному стресовому розладі є багатофакторними та складними за своєю природою. До них належать біохімічні порушення, зокрема дисбаланс нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін і норадреналін. Важливу роль відіграє й хронічне психоемоційне перенавантаження, обумовлене постійним переживанням травматичних подій. Крім того, значний вплив мають соціальні чинники — втрата соціальної підтримки, ізоляція, а також стигматизація психічних розладів. Окрему увагу привертають зміни у функціонуванні системи стрес-реакції, зокрема гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА) [2].

Як ми бачимо, депресивний синдром, що супроводжує посттравматичний стресовий розлад, розглядається як серйозне ускладнення, яке вимагає своєчасної діагностики та комплексного, міждисциплінарного підходу до лікування за участі мультидисциплінарної команди. Раннє втручання сприяє покращенню психоемоційного стану пацієнтів, зменшує ймовірність переходу розладу в хронічну форму та підвищує шанси на соціальну адаптацію й повернення до повноцінного життя.

Слід наголосити, що ефективне лікування пацієнтів із поєднаним перебігом ПТСР та депресивного розладу потребує комплексного підходу, який охоплює кілька ключових компонентів. Насамперед, фармакотерапія із застосуванням інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (SSRIs), спрямована на корекцію нейробіохімічних порушень. Важливу роль відіграє психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та репроцесінг за допомогою рухів очей (EMDR), а також травмофокусовані підходи. Доповненням до клінічної терапії виступає психосоціальна підтримка, яка включає участь у групах підтримки, залучення родичів до процесу лікування та проведення психоедукаційних заходів [1, 4].

Варто підкреслити, що поряд із реабілітаційними заходами суттєве значення має також профілактика. Профілактичні заходи включають ті активності, які сприяють природному підвищенню рівня нейромедiatorів — дофаміну, серотоніну та норадреналіну. Зокрема, до них належать дотримання стабільного режиму дня, повноцінний сон, збалансоване харчування, регулярна фізична активність, якісний відпочинок, подорожі, захоплення, а також перебування на свіжому повітрі та під денним світлом. Важливу роль у процесі відновлення відіграє підтримуюче соціальне середовище, зокрема атмосфера в родині. Ефективне спілкування повинно ґрунтуватися на принципах активного слухання, поваги до переживань іншого, уникнення знецінення, критики чи насмішок. Важливо прагнути до емпатії, уважно ставитися до висловлених потреб та, за можливості, реагувати на них відповідними діями.

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що депресивні прояви при посттравматичних стресових розладах є складним клінічним станом, що потребує ранньої діагностики та багаторівневої терапевтичної стратегії. Результативна терапія повинна ґрунтуватися на інтегрованому підході, що поєднує медикаментозне лікування, психотерапевтичні втручання та заходи психосоціальної підтримки. Разом із лікуванням доцільно акцентувати увагу на профілактичних заходах, які сприяють емоційній стабілізації пацієнтів та формуванню підтримувального соціального оточення, зокрема через активну участь родини у процесі відновлення. Застосування такого підходу сприяє не лише покращенню загального стану пацієнта, але й зменшує ризик переходу захворювання в хронічну форму, забезпечуючи умови для результативної реабілітації та відновлення активної участі в соціальному житті.

Література:

1. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. – Вид. 3-тє. – Луцьк : Вежа-Друк, 2017. – 420 с.
2. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В. О. Сухомлинського. Миколаїв: МДУ ім. В. О. Сухомлинського, 2016. № 1 (16) : Психологічні науки. С. 77-82.
3. Сахарук Л. Чинники, що впливають на лікування, реабілітацію та рецидив депресії у пацієнтів. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. 2022. № 12.
4. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD in Adults. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/>
5. NICE Guideline NG116: Post-traumatic stress disorder. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations>

ПРИКОРДОННИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ТА ЙОГО ЕТІОЛОГІЯ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ

Кандалова Д.В., Венгер Г. С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Прикордонний розлад особистості (ПРО) це хронічний та первазивний психічний розлад, що відрізняється вираженою емоційною нестабільністю, порушеннями ідентичності, імпульсивною поведінкою та деструктивними міжособистісними відносинами. Згідно класифікації DSM-5, основними симптомами є інтенсивний страх відкидання, хронічне почуття внутрішньої порожнечі, емоційні стани, що швидко змінюються, а також схильність до саморуйнівної поведінки, включаючи самоушкодження і суїцидальні спроби. Пацієнти з ПРО демонструють високу чутливість до міжособистісних стресорів і виявляють крайні форми реакцій на реальні чи уявні загрози втрати прихильності.

Перебіг розладу нерідко супроводжується епізодами дисоціації, параноїдним мисленням та зниженою здатністю до менталізації. Незважаючи на виражену нестабільність симптоматики, при дотриманні терапевтичних заходів можлива часткова ремісія, особливо в умовах структурованої психотерапії, спрямованої на розвиток емоційного контролю, зміцнення ідентичності та реконструкцію моделей взаємодії з оточуючими.

З клінічної точки зору ПРО характеризується високою коморбідністю з афективними розладами, тривожними станами, розладами харчової поведінки та зловживанням психоактивними речовинами. Статистичні данні досліджень вченими Робертом Біскіном та Джоел Періс наведені у таблиці 1 [2].

Таблиця 1. Супутні (коморбідні) захворювання у пацієнтів із ПРО протягом життя

Тип розладу	Доля виявлених випадків
Будь-який розлад настрою	96%
Великий депресивний розлад	71% - 83%

Будь-який тривожний розлад	88%
Панічний розлад	34% - 48%
Посттравматичний стресовий розлад	47% - 56%
Зловживання алкоголем або психоактивними речовинами	50% - 65%
Будь-які розлади харчової поведінки	7% - 26%
Розлад особистості, що уникає	43,0% - 47,4%
Обсесивно-компульсивний розлад особистості	18,2% - 25,7%
Залежний розлад особистості	16,0% - 50,7%
Параноїдний розлад особистості	13,7% - 30,3%

Етіологічні чинники формування ПРО у дорослому віці включають складну взаємодію біологічних уразливостей та несприятливих умов раннього розвитку. Ключове значення надається психологічним травмам, набутим у дитинстві.

Аналіз, що охоплює дані міжнародних досліджень за участю осіб, яким діагностовано ПРО, показав, що пацієнти повідомляли про щонайменше одну травматичну подію в дитинстві у 14 разів частіше, ніж це спостерігалось у осіб загальної популяції [5].

Види дитячих травм, пов'язаних з ПРО, включають фізичне насильство (71%), сексуальне насильство (68%) та свідчення домашнього насильства (62%) [4]. Ці дані свідчать про сильну кореляцію між пережитими в дитинстві травматичними подіями та розвитком ПРО у дорослому віці.

Було встановлено, що симптоми ПРО можуть виявлятися через 2-6 років після систематичного впливу булінгу [6].

Механізми, що пов'язують дитячі травми з ПРО, включають порушення формування стратегій подолання стресів і підвищену чутливість до стресових ситуацій. Хронічний стрес у дитинстві призводить до труднощів у керуванні негативними емоціями, що сприяє розвитку деструктивних поведінкових патернів, таких як самоушкодження та зловживання психоактивними речовинами.

Також, аналізуючи дослідження взаємозв'язку соціально-економічних умов, агресії та соціальної ізоляції з ризиком психотичних розладів у зрілому віці, було зазначено, що ПРО було встановлено у 6,25% досліджуваних, що перевищує середньостатистичні показники. Згідно спостереженням в процесі дослідження, навіть покращення соціального статусу у зрілості не компенсувало негативного впливу дитячих стресових факторів [3].

Тож, результати дослідження підтверджують, що дитяча соціально-економічна депривація є також значним фактором ризику розвитку психотичних розладів, в тому числі ПРО, не зважаючи навіть на покращення умов життя у дорослому віці.

Проводячи паралель з викликами сучасності, важливо звернути увагу, що військові конфлікти, особливо затяжні та масштабні, створюють умови, в яких

діти піддаються системним психотравмуючим впливам. Ці впливи порушують базові потреби і відчуття безпеки, формуючи передумови для розвитку серйозних психічних розладів у підлітковому і дорослому віці. Але деякі чинники дитячого психічного травмування під час війни раніше не враховувались у дослідженнях передумов виникнення ПРО у дорослому віці. Нижче розглянуті основні фактори травматичних подій [1], які корелюються з наслідками дослідженого травматичного досвіду за параметрами потенційних наслідків розвитку ПРО.

Одним із найбільш руйнівних факторів є безпосередній досвід смерті або її свідчення. Сприйняття загрози життю, що повторюється, формує хронічний стан тривоги, порушує базову довіру до світу і викликає екзистенційний страх. Такі переживання у дітей тісно пов'язані з порушенням регуляції емоцій та дисоціацією – ключовими ознаками передумов розвитку ПРО.

Недолік задоволення базових потреб (харчування, сон, безпека, емоційне тепло) під час війни призводить до хронічного стресу, який підриває фізіологічні та психічні адаптаційні механізми. Згідно з теорією прихильності Боулбі, тривала відсутність безпечної фігури турботи в ранньому віці порушує розвиток саморегуляції та сприяє формуванню дезорганізованого типу прихильності, що потенційно значно підвищує ризик ПРО у дорослому віці.

Фізичне та емоційне виснаження, викликане постійною загрозою, евакуаціями, відсутністю стабільності, призводить до феномену «вивченої безпорадності». Цей стан тісно пов'язаний з депресією, зниженням контролю за імпульсами та підвищеною навіюваністю – факторами, що сприяють розвитку ПРО, особливо за наявності сприятливих сімейних чи генетичних факторів.

Соціальна ізоляція - ще один важливий фактор. Втрата друзів, руйнація сімейних та соціальних зв'язків, міграція або вимушена самотність ведуть до зниження соціальної компетентності, дефіциту емпатії та порушення формування ідентичності, що в свою чергу є ядром симптоматики ПРО.

Додатковим патогенним фактором є спостереження або участь в актах жорстокості та насильства. Діти, які стикаються з емоційною черствістю дорослих або змушені адаптуватися до нормалізації насильства, демонструють формування спотворених моделей поведінки, зниження чутливості до страждання та розвиток компенсаторної агресії – механізмів, які часто спостерігаються при ПРО.

Таким чином, травматичні впливи військового часу надають комплексний вплив на формування особистості дитини. У сукупності загроза життю, втрата опори, фізичне виснаження, емоційна ізоляція і спостереження за жорстокістю створюють передумови для розвитку важких особистісних розладів. Ці припущення ще недостатньо вивчені як предиктор розвитку ПРО у дорослому віці, але все ж таки наголошують на необхідності раннього психологічного втручання та довгострокової підтримки дітям, які пережили війну. Метою втручання постає зниження впливу ранніх травматичних подій, ймовірності формування ПРО та інших хронічних психічних порушень, що в свою чергу буде спрямовано на загальну підтримку психічного здоров'я.

Література:

1. Похілько Д. С. Травматичні фактори війни: вплив на дитячу психіку. Сучасна війна: гуманітарний аспект: зб. матеріалів доп. учасн. наук.-практ. конф. Харків: ХНУПС ім. І. Кожедуба. 2017. С. 134–138.
2. Biskin R. S., Paris J. Comorbidities in borderline personality disorder. Psychiatric Times 2013. Available at: <http://www.psychiatristimes.com/borderline-personality/comorbidities-borderline-personality-disorder>. Accessed March 20, 2018.
3. Hastings, P.D. et al., Predicting psychosis-spectrum diagnoses in adulthood from social behaviours and neighbourhood contexts in childhood. Development and Psychopathology 2019; 1–15.
4. Hecht KF, Cicchetti D, Rogosch FA, Crick N. Borderline personality features in childhood: the role of subtype, developmental timing and chronicity of child maltreatment. Dev Psychopathol. (2014) 26:805–15. doi: 10.1017/S0954579414000406
5. Porter C., Palmier-Claus J., Branitsky A., et al. Childhood adversity and borderline personality disorder: a metaanalysis. Acta Psychiatr Scand. 2020 Jan; 141(1): 6-20. DOI: 10.1111/acps.13118. Epub 2019 Nov 18. PMID: 31630389.
6. Wolke D, Woods S, Bloomfield L, Karstadt L. The association between direct and relational bullying and behaviour problems among primary school children. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. (2000) 41:989–1002. doi: 10.1111/1469-7610.00687

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ ТА ГОРЮВАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Крисак А.О., Онищенко О.О.

*«Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність теми. Психологічні наслідки переживання втрати побратимів під час бойових дій є одним з найбільш важливих, але й недооцінених аспектів військового досвіду. У бойових умовах смерть близької людини може стати причиною глибоких психологічних травм які значно впливають на подальше функціонування та реабілітацію військовослужбовців. Згідно з даними світових досліджень, переживання втрати побратимів тісно пов'язане з розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів, а також підвищенням рівня суїцидальних тенденцій серед ветеранів. З огляду на тривалий воєнний стан в Україні, питання психологічного здоров'я військових, що пережили втрату побратимів, набуває ще більшої актуальності. Таким чином, дослідження переживання втрати серед військових допомагає краще зрозуміти та розробити стратегію надання психологічної допомоги та підтримки. Таким чином, дослідження цієї проблематики є особливо актуальним у контексті країн, що перебувають у стані тривалих збройних конфліктів, зокрема України.

Мета: Визначити психологічні особливості переживання втрати, та вплив втрати на психічне здоров'я військових.

Об'єкт: Психічне здоров'я військових у контексті бойових дій.

Предмет: Психологічні особливості переживання втрати близьких людьми які які беруть участь у бойових діях, та їх вплив на емоційний стан та психічне здоров'я..

Ключові слова: втрата, бойові дії, ПТСР, військовослужбовці, психологічна підтримка.

Горе – це процес адаптації до втрати, що включає емоційні, когнітивні та поведінкові реакції, спрямовані на інтеграцію втрати в особисту історію життя. Процес горювання є унікальним для кожної людини і залежить від особистих, культурних та соціальних факторів [2]. Спираючись на теоретичні моделі запропоновані різними дослідниками у галузі психології, горе розглядається як багатоступеневий процес, що включає проходження певних етапів. Відповідно до моделі запропонованій Е. Кюблер-Росс людина проходить сім основних стадій таких як: шок, заперечення, фрустрація, депресія, експеримент, рішення, інтеграція [3].

У свою чергу В. Ворден у межах своєї концепції горювання виокремлює чотири завдання скорботи: визнання що втрата відбулася, усвідомлення болю, що пов'язаний із втратою, вивчення, дослідження життя без померлого, та інтеграція (втрати у своє нове життя без втраченого). М. Strobe пропонує подвійні моделі подолання втрати, де виокремлює два типи стресорів – пов'язані з втратою та відновленням. А процес скорботи розглядається як маятникоподібне перемикання між ними [3].

Таким чином не зважаючи на відмінності у теоріях та підходах спільним для більшості теоретичних моделей є трактування горя як процесу, що вимагає поступового проживання та відновлення внутрішньої рівноваги. Водночас, варто зауважити, що саме переживання втрати може суттєво відрізнятися залежно від контексту самої втрати. Особливо важким є досвід горювання у військових, які стикаються із втратою побратимів у бойових умовах. Такий тип втрати поєднується не лише з особистісною скорботою, але і з високим рівнем стресу та необхідністю продовжувати виконувати бойові завдання.

У своєму емпіричному дослідженні К. Мирончак виділяє основні типи втрат військових що значно впливають на їх психоемоційний стан та самоефективність:

- фізичні (зокрема, загибель побратимів, поранення, зниження рівня фізичного комфорту)

- соціальні (розрив або ослаблення важливих міжособистісних зв'язків, втрата професійної реалізації, міжособистісні конфлікти у військовому середовищі)

- психологічні (криза ідентичності, втрата довіри до інституцій, зниження мотивації до служби, трансформація цінностей та втрата самоповаги) [4].

Це дослідження вказує, що найбільш деструктивний вплив на відчуття компетентності та ефективності військового чинять втрати близьких товаришів, хронічний дефіцит сну та зниження мотиваційних ресурсів.

У дослідженні, опублікованому в журналі *Depression and Anxiety*, вивчалось ускладнене горе серед ветеранів з ПТСР. Результати показали, що 41,05% ветеранів, які втратили побратимів, мали симптоми ускладненого горя, що значно перевищує показники серед тих, хто не зазнав такої втрати. Ускладнене горе також впливало на важкість перебігу ПТСР, функціональними порушеннями, почуттям провини та спробами самогубства [7].

Дослідження Університету Каліфорнії в Ірвайні виявило що 58% опитаних ветеранів знали когось, хто загинув у бою, а 60% - когось, хто вчинив самогубство. Втрата бойових товаришів, особливо через самогубство,

ускладнювала прийняття втрати та посилювала емоційні реакції, включаючи гнів і почуття провини [8].

Також за інформацією наданою Центром громадського здоров'я МОЗ України Симптоми гострої травми виявляються у 60-80% військовослужбовців, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих [5].

В умовах активних бойових дій військовослужбовці часто позбавлені можливості пройти всі етапи горювання, та часто виникає «відкладеного горя» що ускладнює інтеграцію травматичного досвіду та суттєво впливає на перебіг ПТСР, поглиблення тривоги, провокує або загострює депресивні стани, також ускладнює процес реабілітації, що підкреслює необхідність врахування цього аспекту при розробці програм психологічної підтримки військових.

Значення сімейної підтримки та соціальної інтеграції.

Для військовослужбовців, які пережили психотравмуючі події, ключовим чинником відновлення є залучення до емоційної підтримки з боку оточення (сім'я, товариші по службі, командування). Вияв турботи, співпереживання та надання своєчасної допомоги сприяють зменшенню емоційної напруги. Особливо ефективним у цьому процесі є відволікання уваги від фіксації на болісних переживаннях, що має позитивний вплив на психоемоційний стан військовослужбовця. Психосоціальний аспект реабілітації передбачає участь не лише фахівців медичної сфери, а й безпосереднього оточення- командирів та побратимів, які формують сприятливе середовище для одужання. У цьому контексті важливо підтримувати здоровий соціально-психологічний клімат у підрозділі, що забезпечує відчуття безпеки і приналежності до соціальної групи. Соціальна реабілітація залежить від взаємин у колективі, залучення до змістовної діяльності, специфіки поведінки у службовому середовищі та рівня зацікавленості в суспільно корисній активності. Завдяки впливу соціального середовища відбувається переоцінка життєвих орієнтирів, оновлення цінностей та стимулювання до соціальної адаптації [1].

Підтримка сім'ї та близького оточення військового відіграє важливу роль у процесі переживання втрати. Зокрема, можна виокремити два ключові механізми її впливу.

По-перше, підтримка рідних сприяє покращенню суб'єктивного психологічного благополуччя, виконуючи функцію емоційного буфера, що знижує інтенсивність стресових переживань.

По-друге, така підтримка полегшує повсякденне функціонування, знижуючи ризики розвитку серйозних психосоматичних розладів у період гострого горя та швидший та ефективніший психоемоційній адаптації [2].

У 2022 році було проведено метааналіз, який охоплював 38 вибірок загальною кількістю 18 766 учасників. Результати показали, що вищий рівень соціальної підтримки асоціюється з менш вираженими симптомами ПТСР серед військовослужбовців. Цікаво, що підтримка з боку цивільного оточення (родини, друзів) мала сильніший позитивний вплив, ніж підтримка від колег по службі [6].

Отже у підсумку ми можемо сказати, що переживання втрати у військовослужбовців в контексті бойових дій має ускладнений характер так як

природний процес горювання є порушеним, що в свою чергу призводить до погіршення симптомів ПТСР і функціональних розладів. З огляду на це фахівці у сфері психічного здоров'я які працюють із військовими, мають враховувати цей фактор. Також необхідно ефективно залучати родину та близьке соціальне оточення військовослужбовців до тривалого процесу реабілітації. Комплексний підхід дозволяє мінімізувати ризики хронізації стресових реакцій та підвищити ефективність психологічної допомоги.

Література:

1. Базарний С.В. Соціальна реабілітація військовослужбовців// Наукові записки Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспонденція. 2020. Вип.32. С.107-110.
2. Зливков В., Лукомська С. Терапія горя: практичний посібник /за ред. R. A. Neimeyer; пер. та адапт. В.Зливков, С. Лукомська. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2021. 259с
3. Королович О. Психологічні аспекти динаміки переживання втрати// Психологічні травелогі, 2023. №4.С. 16-24.
4. Мирончак К.В. Вплив переживання втрати на самоефективність військових // Проблеми політичної психології, 2017. Вип.-6 (20) С.133-141.
5. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Допомога військовим з посттравматичним стресовим розладом. Режим доступу: Допомога військовим з посттравматичним стресовим розладом | Центр громадського здоров'я (дата звернення: 28.04.2025).
6. Blais R.K., Tirone V., Orlowska D., Lofgreen A., Klassen B., Help P., Stevens N., Zalta A.K. Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: a meta-analysis // Eur. J. Psychotraumatol. 2021. Vol. 12, No. 1. Article ID 1851078. Режим доступу: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8725779/>(дата звернення: 28.04.2025).
7. Simon N.N., O'Day E.B., Hellberg S.N., Hoeppner S.S., Charney M.E., Robinaugh D.J., Bui E., Goetter E.M., Baker A.W., Rogers A.H., Nadal-Vicens M., Venners M.R., Kim H.M., Rauch S.A.M. The loss of a fellow service member: Complicated grief in post-9/11 service members and veterans with combat-related posttraumatic stress disorder // J. Neurosci. Res.- 2018.- Vol. 96, No. 1- P. 5-15.- DOL:10.1002/jnr.24094.
Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28609578/> (дата звернення: 28.04.2025).
8. депресію ускладнення птср у військових
University of California, Irvine. UCI study first to explore veterans' grief? An overlooked toll of war.- Режим доступу: <https://ps.sococo.uci.edu/news/uci-study-first-explore-veterans-grief-overlooked-toll-war> (дата звернення: 28.04.2025)

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З НАРКОЗАЛЕЖНИМИ ПАЦІЄНТАМИ

Лахута Л.П., Савенкова І.І.

*«Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У статті розглянуто ключові психологічні особливості наркозалежних пацієнтів, описано основні механізми формування залежності та типові риси особистості таких клієнтів [1; 2]. Висвітлено основні принципи психотерапевтичної роботи: побудова довіри, формування мотивації до змін, робота з травмами та розвиток навичок саморегуляції [1; 3; 4]. Описано ефективні методи психотерапії (мотиваційне інтерв'ю, когнітивно-поведінкову терапію,

DBT, гештальт-підхід, сімейну терапію) та роль реабілітаційних центрів у відновленні пацієнта [3; 5; 6; 7; 8; 9]. Зроблено висновок про важливість емпатії, стійкості та підтримки як основних факторів успішної роботи з цією категорією пацієнтів [1; 10].

Ключові слова: наркозалежність, психотерапія, мотивація до змін, психологічна допомога, рецидив, реабілітація, саморегуляція, психотравма.

Вивчення психологічних особливостей роботи з наркозалежними пацієнтами є складною та багатогранною проблемою, оскільки залежність від наркотичних речовин часто супроводжується глибокими психологічними порушеннями, такими як депресії, тривожні розлади, розлади особистості та низька самооцінка [1; 2]. Психологічна допомога пацієнтам, які страждають від наркозалежності, вимагає глибокого розуміння специфічних механізмів залежності, таких як психологічна потреба в наркотиках, спотворення мислення та емоцій, а також соціальна ізоляція та руйнівні стосунки з оточенням [1; 4]. Однією з основних проблем є те, що традиційні методи психологічної роботи не завжди ефективні для цієї категорії пацієнтів, оскільки вони можуть не бути готовими до змін або не визнавати проблему [2; 3].

Додатковою проблемою є відсутність єдиного підходу до лікування наркозалежності в психологічній практиці, оскільки кожен пацієнт має свої індивідуальні особливості [1; 10]. Для ефективної психологічної допомоги необхідно враховувати не лише медичні та фізіологічні аспекти залежності, але й психологічні, такі як внутрішній конфлікт, травматичний досвід, сімейні відносини та соціальні чинники [4; 8]. Тому розробка нових методик та стратегій психологічної підтримки, а також удосконалення професійних навичок психологів у цій сфері є важливим напрямом сучасної психотерапевтичної практики [1; 9].

Мета статті: проаналізувати основні психологічні особливості наркозалежних осіб, виявити ефективні підходи до психокорекції та розкрити специфіку психологічної роботи з цією категорією пацієнтів.

Об'єкт статті: процес психологічної реабілітації осіб з наркотичною залежністю.

Предмет статті: психологічні механізми, специфіка взаємодії та особливості психотерапевтичного впливу в роботі з наркозалежними пацієнтами.

Проблема наркотичної залежності залишається однією з найболючіших у сучасному суспільстві. Вона не тільки руйнує фізичне здоров'я людини, а й глибоко травмує її психіку, особистість, соціальні зв'язки [1]. Робота з наркозалежними пацієнтами — це не лише про медикаментозне лікування, а, в першу чергу, про встановлення довіри, розуміння глибинних причин вживання та поступове повернення людини до повноцінного життя [1; 3].

Наркозалежність зазвичай не виникає раптово. Вона розвивається поступово і включає психологічні, соціальні, біологічні компоненти [2; 10]. Більшість пацієнтів мають передумови у вигляді травм, емоційного болю, депресії, занедбаності або відчуття відчуження [4]. Часто наркотик стає для них способом втечі від реальності або самотійного «лікування» внутрішніх переживань [4].

На психологічному рівні формування залежності часто супроводжується порушенням механізмів саморегуляції, зниженням стресостійкості, деформацією самооцінки [2; 6]. Людина потрапляє у замкнене коло: психічний біль → вживання → тимчасове полегшення → ще більша порожнеча → нове вживання [2]. Цикл повторюється і поступово витісняє інші форми задоволення, стосунки, інтереси [1].

Робота з наркозалежним пацієнтом вимагає глибокого розуміння його внутрішнього світу. Часто це особистість із глибокими емоційними ранами, порушеною здатністю до довіри, високим рівнем тривожності, почуттям сорому та провини [4; 6]. Багато хто має співзалежні стосунки у родині, дитячі психотравми, досвід фізичного або емоційного насильства [4; 8].

Частими є прояви нарцисичного або пограничного типу особистості, що ускладнює побудову стабільного терапевтичного контакту [6]. Водночас, за зовнішньою агресією, маніпулятивністю чи байдужістю часто ховається велика потреба у прийнятті, безпечному просторі й можливості бути почутим [1].

У роботі з наркозалежними пацієнтами особливо важливими є:

- а) Побудова довірливих стосунків [1; 3];
- б) Визначення мотиву до змін [3];
- в) Робота з травмою [4];
- г) Формування нових навичок саморегуляції [6; 7];
- г) Психосоцвіта [1; 9];
- д) Робота з рецидивами [5].

Найбільш ефективними підходами у роботі з наркозалежними є:

- а) Мотиваційне інтерв'ю [3];
- б) Когнітивно-поведінкова терапія [6];
- в) Діалектична поведінкова терапія (DBT) [6; 7];
- г) Гештальт-терапія [7];
- г) Сімейна терапія [8].

Психолог не працює у вакуумі. Важливим етапом є участь пацієнта у програмах реабілітації, де, окрім індивідуальної терапії, діє групова підтримка, соціалізація, структурований розклад [9; 10]. Це середовище створює нові моделі взаємодії, де замість наркотика приходять взаємини, спільна справа, відповідальність.

Психологічна допомога наркозалежним — це більше, ніж професія. Це покликання. Вона потребує витримки, емпатії, навичок і віри в людину навіть тоді, коли вона сама в себе не вірить [1]. Психолог стає тим, хто тримає поруч, коли боляче, і не здається, коли здається пацієнт. І саме така підтримка часто стає точкою опори для внутрішньої трансформації, для нового життя без наркотиків [4; 10].

Література:

1. Савченко Л. Ф. Психологічна допомога особам із залежною поведінкою. Київ: Центр учбової літератури, 2021.
2. Микитенко Н. В. Психологічна корекція адиктивної поведінки: теорія і практика. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2019.

3. Miller W. R., Rollnick S. Мотиваційне інтерв'ю: допомога людям у зміні поведінки. Київ: УкрМедКнига, 2020.
4. Герман Дж. Травма та одужання. Харків: Віват, 2022.
5. Марлатт Г. А., Донован Д. М. Профілактика рецидивів у лікуванні залежностей. Київ: Книга плюс, 2020.
6. Лінехан М. М. Когнітивно-поведінкове лікування прикордонного розладу особистості. Київ: Основи, 2021.
7. Дяченко Л. В. Сучасні підходи до психотерапії залежностей: DBT та гештальт-підхід. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2020.
8. Стельмах Л. І. Системна сімейна терапія: практичний підхід. Тернопіль : Мандрівець, 2021.
9. Білик Н. С. Психологічна реабілітація: групова робота з адиктивними клієнтами. Львів: Видавництво ЛНУ, 2020.
10. Міністерство охорони здоров'я України. Методичні рекомендації щодо надання психотерапевтичної допомоги особам з наркотичною залежністю. Київ: МОЗ України, 2020.

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС: АДАПТИВНІ ТА ДЕЗАДАПТИВНІ МЕХАНІЗМИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Богдан Ж.Б., Логвиненко Л.І.

*«Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)»*

Проблема вивчення когнітивних особливостей при гострій реакції на стрес у дорослих є надзвичайно актуальною проблемою в сучасній клінічній психології та психотерапії. Останні дані свідчать про значний вплив війни та на психічне здоров'я населення України, зокрема щодо гострої стресової реакції (ГСР) та суміжних з нею розладів. Згідно з даними електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), у 2024 році діагноз «гостра реакція на стрес» було встановлено 2964 українцям, тоді як у 2023 році – 4289 особам, що свідчить про зниження кількості офіційно зареєстрованих випадків ГСР (гостра стресова реакція). Проаналізувавши дану статистику, можна зробити висновок, що українці адаптуються до стресових ситуацій в умовах нашого сьогодення, що є позитивним аспектом враховуючи поточну ситуацію в країні. Водночас дана тема зберігає надзвичайну актуальність для українського суспільства та потребує подальшого наукового вивчення з метою поглибленого розуміння та своєчасної діагностики гострої стресової реакції, що є важливим чинником у запобіганні розвитку інших психічних розладів у майбутньому.

Мета дослідження полягає в здійсненні теоретичного аналізу поняття гострої реакції на стрес у цивільного населення в умовах воєнного стану в Україні в сучасних дослідженнях.

Об'єктом дослідження виступають процеси розвитку і прояву психічних станів у відповідь на гострий стрес у контексті військових дій.

Предмет дослідження – особливості прояву та функціонування адаптивних і дезадаптивних механізмів психіки при гострій реакції на стрес.

Відповідно до даних МОН України у 2024 році найпоширенішими емоціями серед українців були втома (46%), напруженість (44%) та надія (31%). Тим самим 77% респондентів повідомили про переживання стресу та сильну

знервованість, основними причинами яких є повномасштабна війна (72%), фінансові труднощі (41%) та соціально-політична ситуація у країні (38%) [4].

У 2024 році МОН України опублікувало клінічну настанову щодо діагностики та лікування ГСР, ПТСР і порушень адаптації. Цей документ містить рекомендації щодо психотерапевтичного втручання фармакотерапії та психоосвіти, адаптовані до українських реалій [2].

В сучасних вітчизняних дослідженнях (О. Чабан, О. Хаустова, В. Омелянович) наголошується на тому, що прояви гострого стресового розладу можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей особистості [5]. Найчастіше цей розлад супроводжується тривожною реакцією, повторним переживанням травматичної події або специфічною реакцією на неї, також спостерігається переважання реакції гніву, що проявляється у формі дратівливості або агресивної поведінки.

Варто зазначити відмінність між гострим стресовим розладом (ГСР) та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). ГСР виникає впродовж першого місяця після травматичної події і має тимчасовий характер. Якщо ж симптоматика триває понад один місяць і відповідає критеріям ПТСР, діагноз ГСР підлягає перегляду на посттравматичний стресовий розлад [5].

Зазначена тема обумовлена епідеміологією стресових розладів особистості, а саме після великої катастрофи 50–90% тих, кого вона зачепила, матиме принаймні короткий стресовий шок, який зазвичай збігається з симптомами гострої стресової реакції. Симптоми в гострій фазі не обов'язково прогнозують розвиток тривалих розладів.

Згідно досліджень школи громадського здоров'я Бостонського університету, епідеміологічні дослідження в різних країнах показують, що жінки частіше переживають гострі стресові реакції, ніж чоловіки [8]. Зокрема, близько 60% зареєстрованих діагнозів ГСР припадає на жінок – 60 %, у чоловіків – 40%. За віком найвищу схильність мають молоді люди: найбільше гострих стресових розладів фіксується у пізньому підлітковому та молодому дорослому віці (кінець підліткового віку – 20-річні), після чого частота поступово знижується з віком. Типовими причинами цього розладу є великі аварії, війни і тероризм, спостереження або насильство, а серед жінок – зґвалтування [7].

В американському DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition) гострий стресовий розлад (Acute Stress Disorder, ASD) за кодом 308.3 розкривається як, розлад, що виникає у відповідь на серйозну травматичну подію, де особа переживає або стає свідком подій, пов'язаних зі смертю, загрозою смерті, тяжкими тілесними ушкодженнями або сексуальним насильством. Симптоми з'являються від трьох днів до одного місяця після події.

Тривалість гострої стресової реакції, як правило, становить від кількох хвилин до однієї години після дії стресора і не перевищує декількох днів. Згідно з діагностичними критеріями, ГСР не повинна тривати понад 48–72 години після припинення впливу психотравмувальної події. У разі збереження симптоматики понад зазначений період доцільно розглядати альтернативні діагнози, зокрема посттравматичний стресовий розлад (F43.1) [5].

Виходячи з цього можна зробити висновок, що ГСР часто виступає як перший етап розвитку ПТСР, дослідження реальної поширеності ГСР є питанням з досить сумнівним результатом. Досліджуючи наукові роботи, необхідно відзначити що за результатами сучасних публікацій поширеність ГСР варіює від характеру травми та клінічних поглядів авторів публікацій і становить від 1,3% до 11,2% [6].

Як показують сучасні дослідження ГСР у військовослужбовців Армії оборони Ізраїлю запустили програму YaHaLOM у 2014 році (аббревіатура, що описує п'ятиступеневе втручання колег для подолання гострого стресу у членів команди: 1) «Ya» – «з'єднати»; 2) «Ha» – «підкреслити»; 3) «L» – «запитати»; 4) «O» – «підтвердити»; 5) «M» – «дати». Даний метод являє собою п'ятиденну процедуру, яка включає встановлення контакту, емоційну підтримку, орієнтацію в часі та надання конкретного завдання для відновлення функціональності [6].

Дослідження свідчать, що 13–24% військових, які брали участь у бойових діях, повідомляли про симптоми схожі на ГСР. З яких близько 52% випадків ГСР тривають понад 5 хвилин, а 43% – понад 10 хвилин, що підкреслює необхідність негайного втручання [1].

Спираючись на успіх й досвід ізраїльської програми, армія США адаптувала YaHaLOM до шести кроків ICOVER, які складаються з шести етапів втручання: 1) ідентифікувати; 2) встановити зв'язок; 3) запропонувати співпрацю; 4) перевірити факти; 5) встановити порядок подій; 5) вимагати конкретних дій. Цей підхід був адаптований у Канаді, Німеччині, Норвегії, а також Великій Британії [6]. Навчання військовослужбовців розпізнаванню та реагуванню на ГСР у колег підвищує впевненість у власних силах, зменшує стигматизацію та покращує командну взаємодію. Такі програми як ICOVER, демонструють позитивний вплив на готовність команд до ефективного реагування на ГСР [6, 1].

Аналізуючи сучасні дослідження фізіологічних механізмів гострої стресової реакції (ГСР), встановлено, що вона є короткочасною відповіддю організму на безпосередній стресор чи загрозу. В активації цієї реакції беруть участь симпато-адреномедулярна (sympathetic-adrenomedullary – SAM) та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова (hypothalamic-pituitary-adrenal – HPA) осі. Залучення SAM-осі зумовлює активацію симпатичної нервової системи, що супроводжується вивільненням адреналіну та норадреналіну наднирковими залозами. Активність HPA-осі передбачає стимуляцію гіпоталамуса, який продукує кортикотропін-рилізінг-гормон, що, у свою чергу, активує гіпофіз до секреції адренокортикотропного гормону, котрий стимулює надниркові залози до вивільнення кортизолу [9].

О. Оверченко у своїх дослідженнях виділяє основні адаптивні механізми гострої стресової реакції, серед яких фізіологічна активація, нейропластичність та процеси адаптації, а також формування стресової пам'яті. Водночас до дезадаптивних механізмів розвитку ГСР автор відносить хронічну активацію HPA-осі, порушення когнітивних функцій, а також застосування незрілих захисних механізмів, таких як заперечення, проекція, регресія та дисоціація [3].

Вивчення когнітивних особливостей при гострій стресовій реакції у дорослих є важливою складовою сучасної клінічної психології, зважаючи на зростання кількості психічних розладів унаслідок військових дій в Україні. Аналіз статистичних даних та епідеміологічних досліджень свідчить про поступову адаптацію населення до екстремальних умов, що проявляється у зниженні кількості офіційно зареєстрованих випадків гострої стресової реакції. Водночас висока поширеність стресових переживань серед цивільного населення обумовлює необхідність подальшого наукового вивчення особливостей ГСР, удосконалення діагностичних підходів та розробки ефективних методів раннього втручання задля попередження розвитку посттравматичних стресових розладів.

Отримані результати підтверджують, що гостра стресова реакція є комплексним феноменом, що поєднує фізіологічні, когнітивні та поведінкові зміни. У механізмах ГСР задіяні активація симпато-адреномедулярної та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осей, що супроводжується вивільненням стресових гормонів. Визначено, що адаптивні механізми включають фізіологічну активацію, нейропластичність та стресову пам'ять, тоді як до дезадаптивних відносяться хронічна активація НРА-осі, когнітивні порушення та залучення незрілих захисних механізмів психіки. Такі дані обґрунтовують потребу в комплексному підході до вивчення, діагностики й терапії ГСР в умовах сучасних кризових реалій.

Література:

1. Євсюков О. П. Екстремальна психологія : підручник / О. П. Євсюков та ін. Київ : Центр учбової літератури, 2007. 352 с.
2. Клінічна настанова з діагностики та лікування ГСР і ПТСР // Міністерство охорони здоров'я України. 2024. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3525> (дата звернення: 29.04.2025).
3. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навчальний посібник. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.
4. Утома, напруженість і надія – три емоції, які найчастіше відзначають у себе українці // Міністерство охорони здоров'я України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/utoma-napruzenist-i-nadija> (дата звернення: 29.04.2025).
5. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : навчально-методичний посібник. Київ : Національний медичний університет, 2023. 231 с.
6. Acute Stress Reaction in Combat: Emerging Evidence and Peer-Based Interventions. *ITTC Network*. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8965216/> (дата звернення: 29.04.2025).
7. Bryant R. A. Acute Stress Disorder. Recognition and Management. *American Family Physician*. 2012. Vol. 86, No. 7. URL: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2012/1001/p643.html> (дата звернення: 29.04.2025).
8. Gender differences in acute stress responses: prevalence and risk factors. *PubMed Central*. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5422316/> (дата звернення: 29.04.2025).
9. McEwen B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2004. Vol. 27(1–2). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/> (дата звернення: 29.04.2025).

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПРИХИЛЬНІСТЮ ТА РОЗЛАДАМИ КОНСТРУКТУ «ОБРАЗУ ТІЛА»

Маринюк Г.О., Савенкова І.І.

*«Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема взаємозв'язку між прихильністю та розладами конструкту «образу тіла» є надзвичайно актуальною в контексті сучасних соціокультурних трансформацій. Сформованість тілесного «Я» значною мірою залежить від емоційного досвіду раннього дитинства, зокрема від типу прихильності між дитиною та її значущими дорослими. Дослідження показують, що небезпечні типи прихильності (тривожна, уникаюча) можуть сприяти формуванню викривленого сприйняття власного тіла, зниженій самооцінці та тілесній тривожності [3; 4; 5].

У підлітковому та юнацькому віці, коли особистість особливо чутлива до соціального схвалення, нестабільна прихильність може слугувати тригером для формування негативного образу тіла. Особливо це проявляється в контексті порушень харчової поведінки, коли прагнення до схвалення чи уникнення відторгнення реалізується через контроль над тілом. Результати метааналізу свідчать, що існує стійкий зв'язок між індивідуальними відмінностями у прихильності та схильністю до розладів харчової поведінки [6].

Окрім внутрішньоособистісних чинників, значний вплив на формування образу тіла мають зовнішні соціальні агенти, зокрема медіа, які часто підкріплюють ідеалізовані стандарти краси. У поєднанні з нестабільною прихильністю, ці фактори можуть посилювати самозосередженість на зовнішності та сприяти розладам сприйняття тіла [2; 7; 9]. Таким чином, саме через призму прихильності можна глибше зрозуміти механізми, які лежать в основі дезадаптивного тілесного самосприйняття.

Незважаючи на інтенсивний розвиток досліджень у сфері тілесності та прихильності, вітчизняна наукова база все ще потребує подальших емпіричних розвідок, які б враховували культурні особливості формування образу тіла в контексті різних типів прихильності [8; 10]. Такий підхід дозволить не лише точніше окреслити психодинаміку порушень, а й розробити більш ефективні психокорекційні стратегії.

У статті розглядається взаємозв'язок між стилями прихильності та сприйняттям власного тіла, а також вплив дисфункціональної прихильності на розвиток розладів образу тіла. Висвітлено особливості формування образу тіла в контексті міжособистісних стосунків, особливо в дитинстві. Проаналізовано сучасні підходи до розуміння цих психічних конструктів та їхню роль у психічному здоров'ї особистості. Наведено результати зарубіжних та вітчизняних досліджень.

Ключові слова: образ тіла, стиль прихильності, самооцінка, дисморфофобія, міжособистісні відносини, психічне здоров'я.

Образ тіла — це складний психологічний конструкт, що охоплює уявлення людини про власне тіло, його вигляд, розміри, функціонування та ставлення до

нього. Його формування відбувається під впливом як соціокультурних чинників, так і досвіду міжособистісної взаємодії, зокрема в дитинстві. У цьому контексті важливу роль відіграє стиль прихильності — емоційний зв'язок між дитиною та значущими дорослими, який зумовлює подальше сприйняття себе, тіла та взаємодії зі світом.

Проблеми із образом тіла можуть проявлятися в таких порушеннях, як дисморфофобія, анорексія, булімія, а також у хронічному невдоволенні зовнішністю, що знижує якість життя. Розуміння психологічного підґрунтя цих розладів потребує комплексного підходу, який поєднує знання про базові патерни прихильності та психічне відображення тіла.

Мета дослідження: проаналізувати взаємозв'язок між стилями прихильності та формуванням патологічного образу тіла.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості міжособистісної прихильності.

Предмет дослідження: взаємозв'язок між стилями прихильності та характером сприйняття власного тіла.

За визначенням П. Шилдса та К. Кашубі (Shields & Cash, 1997), образ тіла є не просто відображенням фізичного вигляду, а інтерналізованою структурою, що формується в результаті соціальної взаємодії та досвіду. Образ тіла може бути позитивним, нейтральним або негативним, і має тісний зв'язок із самооцінкою, тривожністю та депресивними станами [1].

Психосоціальні чинники, включно із сімейною динамікою, соціальними нормами та медіа-впливом, відіграють ключову роль у сприйнятті зовнішності. Особливо вразливими є підлітки та молоді жінки, які схильні до порівняння себе з ідеалізованими образами [2].

Концепція прихильності, розроблена Джоном Боулбі, пояснює механізм формування емоційного зв'язку між дитиною та опікуном. На основі досліджень Мері Ейнсворт було виокремлено три основні стилі прихильності: надійний, уникаючий та тривожно-амбівалентний. Згодом було додано ще один — дезорганізований [3].

Надійна прихильність сприяє формуванню позитивного образу себе, здатності до емпатії та високої самооцінки. Натомість тривожна або уникаюча прихильність часто пов'язана з внутрішньою нестабільністю, схильністю до надмірної самокритики та незадоволенням своїм тілом [4].

Дослідження останніх років вказують на чіткий зв'язок між деструктивними стилями прихильності та ризиком розвитку розладів образу тіла. Наприклад, особи з тривожною прихильністю частіше демонструють страх бути відкинутими через зовнішність, гіперконтроль за тілом та поведінку, спрямовану на зовнішнє вдосконалення [5].

Згідно з дослідженням Торреса і Мирон (Torres & Miron, 2017), дівчата з тривожною прихильністю мають вищий ризик розвитку анорексії та булімії. Уникаюча прихильність, у свою чергу, пов'язана з емоційним відстороненням і тілесною дисоціацією [6].

Слід зазначити, що проблема образу тіла досліджується переважно в контексті розладів харчової поведінки та психосоматики. Наприклад, С.

Максименко та І. Гуменюк розглядають образ тіла як результат впливу внутрішньоособистісного конфлікту, що виникає внаслідок невідповідності між актуальним і бажаним тілесним образом [7].

Зарубіжні дослідження додають до цього уявлення елемент міжособистісної динаміки. Роботи К. Мікела (Mikulincer, 2006) підтверджують, що саме стиль прихильності значною мірою прогнозує не тільки ставлення до себе, а й механізми емоційної регуляції, тілесного досвіду та тілесної ідентичності [8].

Треба зазначити, що виявлений взаємозв'язок між стилями прихильності та образом тіла дозволяє зробити важливі висновки щодо потенційних профілактичних та терапевтичних напрямів. Надійна прихильність, що формується в умовах емоційної безпеки, забезпечує прийняття себе, включаючи своє тіло, навіть за наявності фізичних недоліків або відмінностей від соціальних норм.

Водночас люди, позбавлені цього досвіду, можуть сприймати своє тіло як джерело сорому або недостатності. Це сприяє розвитку депресивних станів, соматоформних розладів, залежності від думки інших та компульсивних спроб “виправити” себе за допомогою дієт, операцій або надмірного спорту.

Отже, з цього всього можна зробити висновок, що:

1. Існує чіткий взаємозв'язок між стилями прихильності, сформованими в дитинстві, та характером сприйняття власного тіла.
2. Тривожна та уникаюча прихильність асоціюються з більш високим ризиком розвитку розладів образу тіла.
3. Надійна прихильність є захисним фактором у формуванні позитивного образу тіла та загального психічного здоров'я.
4. Психотерапевтична робота з такими клієнтами має враховувати не лише тілесні установки, а й глибинні міжособистісні патерни.

Література:

1. Shields M., Cash T. Body image: The psychology of appearance. New York: Springer, 1997.
2. Grabe S., Ward L. M., Hyde J. S. The role of the media in body image concerns. *Psychological Bulletin*, 2008, vol. 134, no. 3, pp. 460–476.
3. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books, 1988.
4. Ainsworth M. D. S., et al. Patterns of attachment. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1978.
5. Brennan K. A., Clark C. L., Shaver P. R. Self-report measurement of adult attachment. In: Simpson J. A., Rholes W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press, 1998, pp. 46–76.
6. Torres S., Miron L. Attachment and disordered eating: A meta-analysis. *Eating Behaviors*, 2017, vol. 25, pp. 65–77.
7. Максименко С. Д., Гуменюк І. П. Образ тіла у підлітковому віці: психолого-педагогічні аспекти. *Психологія і особистість*, 2019, № 1, с. 52–61.
8. Mikulincer M., Shaver P. R. *Attachment in adulthood*. New York: Guilford Press, 2006.
9. Хухлаєва О. В. *Психологія тілесності*. Київ: Либідь, 2017.
10. Гайдук В. В. Особливості тілесного Я у молоді з різними типами прив'язаності. *Наукові записки кафедри педагогіки*, 2021, № 48, с. 113–120.

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЗДОБУВАЧІВ МИСТЕЦЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ

Новська О. Р.

*«Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У сучасному суспільстві, де емоційне навантаження, нестабільність і швидкі соціальні зміни дедалі більше впливають на психічне здоров'я людини, розвиток емоційного інтелекту постає як ключовий фактор психологічної адаптації, життєстійкості та благополуччя. Це особливо актуально для здобувачів вищої мистецької освіти, творчий процес яких пов'язаний із глибокими переживаннями, самовираженням і необхідністю емоційної саморегуляції. Підвищена емоційна чутливість, що притаманна митцям, одночасно є і ресурсом, і фактором уразливості, що потребує спеціальної психологічної підтримки.

У цьому контексті емоційний інтелект розглядається як цілісна здатність особистості усвідомлювати власні емоції, розпізнавати емоційні стани інших, ефективно керувати афективними реакціями та підтримувати якісну міжособистісну взаємодію. Використання арт-терапевтичних методів у психологічній практиці з мистецькими студентами відкриває значний потенціал для гармонізації їх емоційного функціонування, зміцнення внутрішньої стійкості та розвитку здатності до саморефлексії. Розвиток емоційного інтелекту як здатності розпізнавати, розуміти, регулювати власні емоції й емоції інших є ключовою умовою успішної самореалізації представників мистецьких професій [4]. Арт-терапія як напрям психолого-педагогічної практики має значний потенціал у формуванні зазначеної якості [2].

Емоційний інтелект розглядається в науковій літературі як інтегральна психологічна характеристика особистості, що поєднує емоційну і когнітивну сфери. Класичне визначення, запропоноване П. Саловеем і Дж. Майером, трактує емоційний інтелект як здатність до сприймання, вираження, розуміння та регулювання емоцій з метою покращення мислення та міжособистісної взаємодії. Д. Гоулман, розширюючи концепцію, наголошував на важливості емпатії, мотивації, соціальних навичок і самосвідомості як складових емоційної компетентності [1]. У вітчизняному науковому дискурсі емоційний інтелект все частіше розглядається як основа психологічного благополуччя, здатності до конструктивного вирішення конфліктів і побудови глибоких міжособистісних зв'язків [6].

Емоційний інтелект є системною якістю, яка охоплює не лише емоційне сприйняття, але й здатність керувати емоційними станами задля досягнення особистісних і професійних цілей. У цьому контексті емоційний тісно пов'язується з такими категоріями, як емоційна свідомість, рефлексія, психологічна адаптивність, професійна життєстійкість, а також внутрішня мотивація до розвитку.

Важливим у дослідженні ЕІ є його структурна інтерпретація. Згідно з методикою Н. Холла, емоційний інтелект складається з п'яти основних компонентів: емоційної обізнаності, управління емоціями, самомотивації, емпатії

та управління взаєминами. Ці компоненти мають тісний взаємозв'язок і разом забезпечують здатність особистості до емоційної адаптації в соціальному середовищі [4]. Інші дослідники включають до структури емоційного інтелекту такі показники, як внутрішньоособистісні якості (самооцінка, самосвідомість), міжособистісні навички (емпатія, соціальна відповідальність), адаптивність (реалістичність, гнучкість), управління стресом і загальний настрій [6]. Сучасна українська дослідниця В. Зарицька, яка розробила методiku діагностики емоційного інтелекту, запропонувала такі структурні компоненти: розуміння особистістю власних емоцій, розуміння емоцій інших, самоконтроль і саморегуляція емоцій, здатність використовувати емоції у діяльності і спілкуванні [3].

Для представників мистецьких спеціальностей, зокрема музикантів, емоційний інтелект виступає важливою передумовою ефективної виконавської діяльності. Здатність до глибокого переживання, емоційної виразності, емпатійного розуміння музичного твору і слухача формує основу художньо-інтерпретаційної майстерності. Високий рівень емоційного інтелекту сприяє також розвитку сценічної впевненості, подоланню тривожності, підвищенню якості міжособистісної взаємодії в ансамблевому музикуванні, відкритості до зворотного зв'язку [5]. Музикант, наділений розвиненим емоційним інтелектом, має більшу стресостійкість, здатен конструктивно вирішувати творчі суперечності, краще інтегрує особистий досвід у процес художньої інтерпретації.

Дослідження показують, що емоційний інтелект позитивно корелює з рівнем особистісної життестійкості, здатністю до саморегуляції, психологічного благополуччя та стресостійкості [4]. У контексті професійного становлення здобувачів вищої мистецької освіти важливою є своєчасна діагностика рівня емоційного інтелекту, яка дозволяє не лише виявити проблемні зони, але й сформулювати індивідуальні психокорекційні програми.

Емпіричне вивчення емоційного інтелекту здобувачів вищої освіти за спеціальністю «Музичне мистецтво» передбачало застосування таких методик, як опитувальник емоційного інтелекту Н. Холла, методика дослідження емоційного вигорання В. Бойко, методика дослідження професійної життестійкості, а також інтерв'ю та психологічне спостереження. Такий комплексний підхід дозволив отримати багатовимірну картину емоційного функціонування здобувача освіти.

Арт-терапія є одним із найбільш ефективних напрямів психологічної допомоги, що використовує художню діяльність як засіб пізнання і трансформації внутрішнього досвіду. У межах роботи зі здобувачами мистецьких спеціальностей арт-терапія забезпечує безпечний простір для самовираження, рефлексії та емоційної саморегуляції [2]. Завдяки символічному характеру творчих проявів респондентів (музики, образотворчого мистецтва, руху, театралізації тощо) активізується процес усвідомлення, прийняття та переробки емоцій, формуються нові патерни емоційного реагування, підвищується самооцінка і здатність до емпатії.

До переваг арт-терапії відноситься також її природна інтеграція в навчальний процес мистецьких дисциплін, що дозволяє проводити

психопрофілактику в ненав'язливий спосіб, без стигматизації або опору з боку студентів. Застосування арт-практик не вимагає вербалізації глибоких переживань, що робить їх особливо ефективними у роботі з внутрішніми конфліктами та пригніченими емоціями.

Серед найбільш ефективних арт-терапевтичних методів для розвитку емоційного інтелекту здобувачів вищої освіти мистецьких спеціальностей можна виокремити: музикотерапію, ізотерапію, казкотерапію, рухову терапію. Ці практики спрямовані на розвиток емоційної усвідомленості, зниження внутрішньої напруги, формування навичок рефлексії, емпатійного слухання, регуляції афекту. Арт-терапевтичні практики впроваджувались у поєднанні з елементами психологічного просвітництва: наданням базових знань про природу емоцій, механізми їх виникнення та способи конструктивної взаємодії з ними, феноменологію емоційного інтелекту. Такий інтегрований підхід не лише сприяє глибшому усвідомленню власного емоційного досвіду, а й формує стабільні внутрішні опори для подолання психологічних труднощів у професійно-творчому середовищі.

У межах психологічного супроводу студентів мистецьких спеціальностей було здійснено спостереження за динамікою змін рівня емоційного інтелекту під впливом арт-терапевтичних втручань. Аналіз результатів продемонстрував позитивні тенденції: зросли показники емоційної обізнаності, рівень емпатії, здатність до саморегуляції; частково зменшилася тривожність перед публічними виступами, покращилася якість комунікації в творчих колективах. Крім того, студенти виявили більшу відкритість до рефлексії, підвищили мотивацію до самопізнання та оволодіння навичками емоційного самоконтролю.

Отримані дані свідчать про ефективність інтеграції арт-терапевтичних технологій у систему професійної підготовки здобувачів мистецьких спеціальностей. Вони також підтверджують доцільність подальшого розвитку цього напрямку з урахуванням специфіки кожної мистецької спеціальності та індивідуальних потреб здобувачів освіти. Таким чином, розвиток емоційного інтелекту засобами арт-терапії є перспективним напрямом психолого-педагогічної роботи з майбутніми фахівцями мистецької сфери, що сприяє гармонізації особистісного розвитку та підвищенню ефективності професійної діяльності.

Література:

1. Гао Юань. Роль емоційного інтелекту в фаховій діяльності вчителя музичного мистецтва. *Наукові записки Центральноукраїнського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Педагогічні науки*. 2018. Вип. 170. С. 234–238.
2. Горшкальова Т. М. Арт-терапія як метод психокорекції та інноваційних психолого–педагогічних технологій особистості. *Grail of Science*. 2021. № 10. С. 392–394.
3. Зарицька В.В. Теоретико-методологічні основи розвитку емоційного інтелекту у контексті професійної підготовки : Монографія. Запоріжжя, КПУ, 2010. 304 с
4. Карпенко Є. В. Емоційний інтелект у дискурсі життєздійснення особистості : монографія. Дрогобич : Посвіт, 2020. 436 с.
5. Юник Д. Парадигма розвитку емоційної стійкості музикантів-інструменталістів у процесі підготовки до сценічної діяльності. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету*. 2018. № 1 (20). С. 108–114.

6. Zhylin M. Emotional intelligence in the context of psychological health of the individual: problems of practical implementation and measurement tools. [Емоційний інтелект в контексті психологічного здоров'я особистості: проблеми практичного використання та інструментів виміру]. The psychological health of the personality and society: the challenges of today: 15 Monograph. Eds. Małgorzata Turbiarz & Hanna Varina. Opole: *The Academy of Management and Administration in Opole*. 2020. Chapter 1.3. P. 22–30.

ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ КОГНІТИВНИХ ЧИННИКІВ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ВИМУШЕНИХ МІГРАНТІВ

Сивоконь О.Ю.

Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди

Сучасні суспільні реалії, пов'язані зі збройними конфліктами, економічною нестабільністю та масштабними міграційними процесами, призвели до різкого зростання кількості осіб, змушених залишати рідні домівки та адаптуватися до нових, часто ворожих або невизначених умов існування. Вимушені мігранти становлять особливо вразливу групу щодо розвитку стресових розладів, емоційного виснаження та кризових станів, що ускладнює їхню соціальну інтеграцію, погіршує психологічне благополуччя та якість життя в цілому. При цьому здатність долати стресові ситуації значною мірою залежить від характеру когнітивних процесів, які визначають первинну оцінку кризи, вибір копінг-стратегій, а отже, ефективність адаптації.

Неоднорідність копінг-поведінки серед вимушених мігрантів свідчить про важливу роль когнітивних чинників та механізмів переробки травматичного досвіду. Дослідження цих когнітивних чинників дозволяє глибше зрозуміти внутрішні механізми адаптації до екстремальних умов життя та обґрунтувати ефективні підходи до психологічної допомоги, спрямовані на підтримку здорового копіngu.

Актуальність роботи обумовлюється також потребою теоретичного моделювання взаємозв'язків між когнітивними характеристиками особистості та копінг-поведінкою в умовах вимушеної міграції. Створення теоретичної моделі когнітивних чинників копінг-поведінки сприятиме розвитку науково вивірених основ для психологічних інтервенцій, спрямованих не лише на подолання симптоматики стресу, але й на формування адаптивних когнітивних стратегій, необхідних для успішної інтеграції вимушених мігрантів у нове середовище.

Проблема копінг-поведінки посідає одне з центральних місць у сучасній психології стресу та адаптації. Поняття «копінг» у науковий обіг було введено в межах теорії стресу, розроблюваної Р. Лазарусом та С. Фолкман, які розглядали копінг як постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на подолання внутрішніх і зовнішніх вимог, що оцінюються як надмірні або такі, що перевищують ресурси особистості [2].

Згідно з цією концепцією, копінг є процесом, який визначається не стільки об'єктивними характеристиками стресової ситуації, скільки суб'єктивною когнітивною оцінкою її значущості та можливостей контролю. Саме тому когнітивні чинники, що визначають первинну (оцінка загрози) і вторинну (оцінка

можливостей контролю та ресурсів) оцінки події, набувають ключового значення у виборі копінг-стратегій.

У подальших дослідженнях були запропоновані численні класифікації копінг-стратегій. Найпоширенішим є поділ на: проблемно-орієнтований копінг (націлений на зміну ситуації або себе для зменшення стресу), емоційно-орієнтований копінг (спрямований на регуляцію емоційних реакцій, зумовлених стресом), уникаючий копінг (уникнення або заперечення стресової ситуації) [1].

Особливого значення в ситуації вимушеної міграції набувають ті копінг-стратегії, які пов'язані з когнітивною переоцінкою події, конструктивною регуляцією емоцій, збереженням відчуття контролю та пошуком нових можливостей, оскільки міграційний стрес характеризується високою інтенсивністю, тривалістю та неможливістю повного уникнення стресової ситуації.

Таким чином, для аналізу копінг-поведінки вимушених мігрантів необхідно враховувати ті когнітивні чинники, що детермінують вибір адаптивних або дезадаптивних форм реагування на кризову ситуацію.

Аналіз здобутків сучасної когнітивної психології дозволив обґрунтувати модель когнітивних чинників копінг-поведінки вимушених мігрантів, що включає такі основні компоненти:

- глибинні переконання, які визначають базову картину світу і самооцінку особистості – передбачається врахування: базових переконань про світ, себе й інших за концепцією Р. Яноф-Бульман (Janoff-Bulman, 1992), зокрема віру в безпечність світу, власну гідність та керованість подій; соціальних аксіом за Д. Бондом і К. Леунгом (Bond, Leung, 2004), що відображають узагальнені уявлення особистості про властивості соціального світу;

- стилі мислення як характерні способи когнітивної обробки інформації та вирішення проблемних ситуацій – стилі мислення, описані Р. Бремсоном і А. Харрісоном (Bramson, Harrison, 1982): аналітичний, реалістичний, ідеалістичний, синтетичний, прагматичний;

- когнітивну гнучкість, яка відображає здатність особистості змінювати способи мислення відповідно до нових вимог ситуації, переоцінювати значення подій, адаптувати стратегії поведінки (Dennis, Vander Wal, 2010), що є критично важливою для ефективного реагування на нестабільні умови вимушеної міграції;

- самоефективність як систему очікувань щодо власної здатності успішно діяти в складних обставинах (Bandura, 1997), що має сприяти використанню активних копінг-стратегій та зменшенню ризику розвитку безпорадності;

- атрибутивний стиль, який визначає, як особистість пояснює причини життєвих подій – оптимістичний атрибутивний стиль, орієнтований на внутрішні, стабільні та глобальні причини успіхів та навпаки, щодо невдач, асоціюється з більш ефективним копінгом (Peterson, Seligman, 1984).

Таким чином, запропонована модель когнітивних чинників дозволяє інтегрувати ключові теоретичні конструкти, що визначають психологічні особливості копінг-поведінки вимушених мігрантів, та створює основу для подальшого емпіричного дослідження механізмів адаптації до умов екстремального стресу.

Література:

1. Carver C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997. Vol. 4(1). P. 92–100.
2. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984. 456 p.

ВІЙНА ЯК СТРЕСОВИЙ ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ПІДЛІТКОВУ МОТИВАЦІЮ ДО НАВЧАННЯ

Головська І.Г., Цимбалюк І.В.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми. Повномасштабна війна стала величезним випробуванням для українського народу, що негативним чином впливає на психічне здоров'я та благополуччя кожного. Постійне перебування у ситуації невизначеності провокує виникнення емоційного дисбалансу, страхів, тривожності. Важливим є врахування вікової специфіки психоемоційного стану українського суспільства. У зазначеному контексті на особливу увагу заслуговує підлітковий етап розвитку, оскільки саме він є періодом становлення та фіксації стійких психічних властивостей особистості. На цьому етапі молода людина визначається з вибором свого місця в системі соціальних стосунків, шукає сенс життя, формує світогляд і життєву позицію.[1]

Дослідження даної теми допомагає зрозуміти та визначити рівень впливу війни на емоційний стан молоді і як цей стан, у свою чергу, впливає на навчальний процес. В останні роки, з огляду на глобальні конфлікти та війну, важливо досліджувати, як емоційні труднощі можуть заважати навчанням і соціалізації підлітків. Знання цих аспектів може сприяти розробці ефективних програм підтримки, спрямованих на покращення психічного здоров'я молоді, а також адаптації навчальних планів до нових умов життя. Також підкреслити необхідність інтеграції емоційного розвитку в освітні стандарти, що дозволить підліткам не лише краще пристосовуватись до викликів, а й активніше долучатись до навчального процесу.

Тому, за гіпотезою даного дослідження є визначення наслідків впливу війни на емоційний стан підлітків, що спричиняє підвищену тривожність, емоційне виснаження, депресію. Та зміни які виникають внаслідок цього впливу: їх мотивацію до навчання – у деяких випадках зниження інтересу і продуктивності через психологічну напругу, або навпаки, підвищення прагнення до освіти як засобу самореалізації та адаптація до нових умов.

Мета дослідження – дослідити вплив війни як стресового чинника на емоційний стан підлітків та їхню мотивацію до навчання, визначити основні психологічні механізми адаптації та навчальної активності в умовах кризової ситуації.

Матеріали та методи дослідження. В комплекс використаних мною методів входять: теоретичні, емпіричні та статистичні методи.

Теоретичні методи охоплюють аналіз і відбір наукової літератури, узагальнення емпіричних даних та порівняльний аналіз.

Емпіричні методи складаються з психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення стресостійкості (Шкала стресу, що сприймається 10 Perceived Stress Scale (PSS)), мотивації (Діагностування типу шкільної мотивації в старшокласників) та для визначення емоційного стану школярів (Шкала диференціальних емоцій).

Для статистичної обробки результатів використовувалися такі методи: обчислення середнього арифметичного значення, стандартного відхилення, медіація. Для кореляційного аналізу застосовувався метод для вимірювання лінійного взаємозв'язку між двома кількісними змінними **Коефіцієнт кореляції Пірсона (Pearson's r)**. Розрахунки здійснювалися за допомогою комп'ютерної програми SPSS та Microsoft Excel. Вибірку досліджуваних склали 40 підлітків віком від 12-15р – учні ЗЗСО "Прилиманський ліцей" Авангардівської селищної ради.

Результати дослідження виявили, що оцінки за шкалою сприйнятого стресу у вибірці розподілені від 19 до 41 балів. Середній показник склав 29,6 балів зі стандартним відхиленням $\approx 6,46$ означає, що рівень стресу учасників має **достатньо широкий розкид** навколо середнього значення 29,6. Згідно досліджень, середній рівень стресу у підлітків без впливу війни **нижчий**, а стандартне відхилення **менше**, що свідчить про **стабільніший емоційний стан**. У контрольних групах стандартне відхилення зазвичай знаходиться в межах **3,5 – 4,5**, що вказує на **меншу варіативність** рівня стресу.[3]

Медіана рівня стресу **дорівнює 29**. Це означає, що половина учасників має рівень стресу **менше 29**, а друга половина — **більше 29**. Вона є досить високою, і її значення може виходити за межі **помірного рівня стресу**, залежно від прийнятих критеріїв. Згідно з психологічними дослідженнями, помірний рівень стресу зазвичай знаходиться в межах 20-25 балів за шкалою сприйнятого стресу. Медіана знаходиться в межах 25-30, що вказує на підвищений, але ще не критичний рівень стресу.[4]

Для візуалізації та кращої оцінки варіативності стресу серед учасників, застосуємо один із методів керування даними в статистиці - гістограму, яка представлена на рис.1.

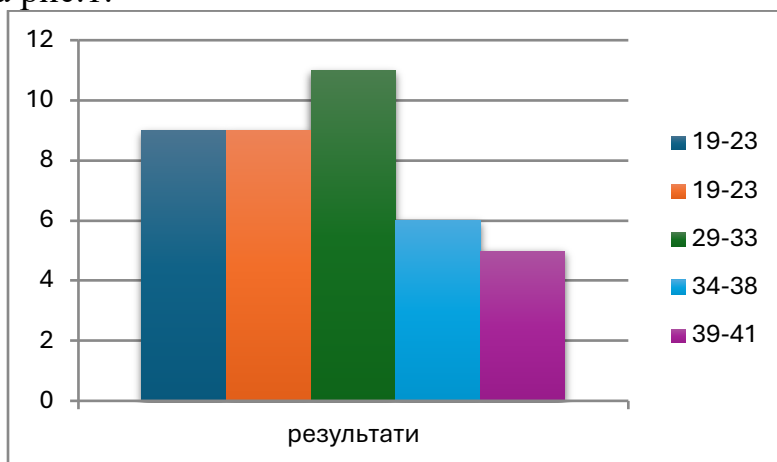


Рис.1. Гістограма шкали сприйнятого стресу

Результати нам показують, що **середній рівень сприйнятого стресу у досліджуваних виходить за межі помірного переживання стресу і**

наближається до **високого рівня емоційного напруження**, але не є критичним. Також, дані свідчать про **значну варіативність** переживання стресу: частина підлітків має **вкрай високі показники**, що може впливати на їхню психологічну стабільність, а частина — **менш інтенсивні реакції**. [2] **Медіана** підтверджує загальну тенденцію до підвищеного стресу, адже половина учасників має рівень стресу **вище помірного**.

За результатами опитувальника Шкала диференціальних емоцій, першим етапом зробимо графічну візуалізацію отриманих даних у вигляді діаграми «профіль емоцій» див рис.2. На ньому яскраво видно емоції, які домінують: Радість (11,175) – Найвища оцінка серед усіх емоцій, що вказує на позитивне емоційне забарвлення діяльності. Це може означати зацікавленість у процесі, задоволення від досягнень та комфортну атмосферу.

Інтерес (9,8) – Висока оцінка вказує на сильне захоплення діяльністю. Інтерес часто є рушієм продуктивності, дослідження та розвитку.

Провина (8,45) – Може свідчити про відповідальність за виконання роботи, але також про потенційний рівень тривожності, пов'язаний із необхідністю відповідати очікуванням.

Загалом емоційне забарвлення діяльності має позитивний характер завдяки високим рівням радості та інтересу. Однак, присутність почуття провини, страху та гніву може свідчити про внутрішній конфлікт або зовнішні труднощі.

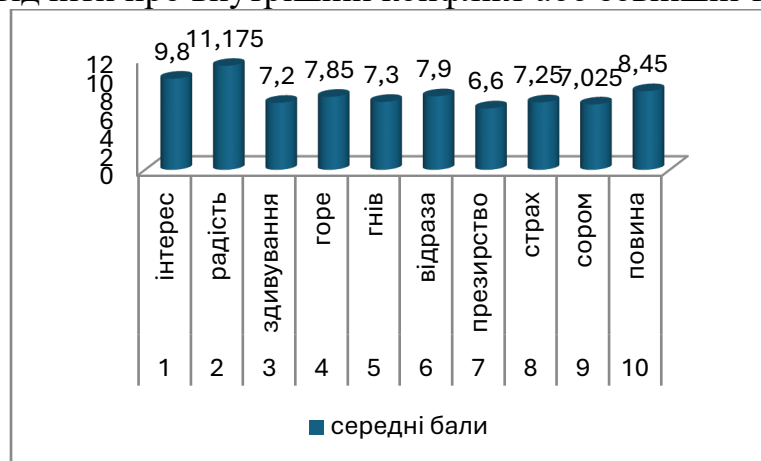


Рис.2. Діаграма «Профіль емоцій»

Під час другого етапу тлумачення результатів, відбувається розподіл 10 базових емоцій на три індекси емоційного переживання. Інтерпретуємо дані по кожному з наданих індексів за узагальненими показниками з використанням градації.

Перший індекс позитивних емоцій (ІПЕ) з результатом середнього показника в 28,17 балів. Цей показник знаходиться у верхній межі помірного рівня, майже переходячи в категорію «вираженого» рівня. Це свідчить про загальну позитивну емоційну забарвленість діяльності, наявність задоволення, натхнення та емоційного піднесення.

Другий індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ) з показником в 29,6 балів, належить до вираженого рівня. Високий показник гострих негативних емоцій може означати підвищену напруженість, стрес, сильне емоційне реагування на

ситуації, а також можливу схильність до роздратування чи внутрішнього конфлікту.

Третій індекс тривожно-депресивних проявів (ІТДЕ) з показником 22,8 балів. Цей показник також знаходиться у вираженому рівні. Він вказує на наявність помірної або підвищеної тривожності та можливих депресивних тенденцій, що можуть впливати на загальне самопочуття та емоційну стабільність.

Дані свідчать про змішане емоційне забарвлення діяльності. З одного боку, позитивні емоції (ІПЕ) перебувають на високому рівні, що вказує на мотивацію та задоволення. З іншого боку, виражені гострі негативні емоції (ІГНЕ) та тривожно-депресивні прояви (ІТДЕ) можуть створювати емоційні труднощі та внутрішнє напруження. Це може означати, що діяльність є значущою та важливою, але одночасно супроводжується сильними емоційними переживаннями.

При діагностуванні типу шкільної мотивації в старшокласників було виявлено, що домінуючі фактори мотивації: (**Мотив соціального схвалення (4,0)** – це найвищий показник, що свідчить про важливість позитивної оцінки з боку однокласників, вчителів та батьків. **Престижність навчання (3,6)** – навчання має значну цінність у родині та класі, що може стимулювати учнів до старанності та високих досягнень).

Помірно важливі мотиви: (**Вплив однокласників (2,675)**, **родини (2,7)**, **школи (2,65)** – соціальне середовище суттєво впливає на навчання. **Страх покарання (2,375)** – є фактором, який утримує учнів від небажаної поведінки, але не є ключовим мотиватором). **Усвідомлення соціальної необхідності (2,325)** – певний рівень розуміння значущості освіти для майбутнього).

Слабко виражені мотиви: (Пізнавальний інтерес (2,05) – низький показник може свідчити про недостатній ентузіазм до навчання. **Мотивація досягнення (1,35)** – низький показник може означати, що прагнення до високих результатів як особистої мети не є ключовим мотивом для старшокласників. **Мотив спілкування (1,65)** – соціальна взаємодія в школі не є основним рушієм мотивації. **Позанавчальна мотивація (1,175)** – показник дуже низький, що свідчить про слабку зацікавленість у позакласних активностях. **Мотив самореалізації (1,325)** – учні не сильно зосереджені на розвитку особистісного потенціалу через навчання).

Отже, основна мотивація старшокласників ґрунтується на **соціальних факторах** – вони прагнуть схвалення та підтримки з боку оточення.

Інструментальні мотиви (страх покарання, усвідомлення необхідності освіти) мають середній рівень, що означає їх певний, але не вирішальний вплив. **Пізнавальний інтерес і мотивація досягнення** виявилися слабкими, що може сигналізувати про недостатню внутрішню мотивацію до навчання як процесу пізнання та самореалізації.

В цілому щоб визначити рівень взаємозв'язку між стресом, емоційним показником (ІТДЕ) та мотивацією соціального схвалення, було використано кореляційний аналіз див. Табл.1. Він дозволить **оцінити, як стрес впливає на**

два різні аспекти учнівського життя – внутрішній емоційний стан та соціальну взаємодію.

Зв'язок між змінними	r (коефіцієнт кореляції)	Статистична значущість (p)
Стрес ↔ ІТДЕ (тривожно-депресивні прояви)	0,25	$p < 0.05$ (слабка позитивна кореляція)
Стрес ↔ Мотив соціального схвалення	0,14	$p < 0.05$ (дуже слабка позитивна кореляція)

Табл.1

Отже ми бачимо, що кореляція ($r = 0,25$, $p < 0.05$) між стресом та ІТДЕ свідчить про слабкий позитивний зв'язок: зростання рівня стресу може супроводжуватися збільшенням тривожно-депресивних проявів, але цей ефект не є вирішальним.

Кореляція ($r = 0,14$, $p < 0.05$) між стресом та мотивом соціального схвалення означає ще слабший взаємозв'язок. Це може вказувати на те, що рівень стресу має незначний вплив на прагнення до схвалення з боку однокласників, учителів або батьків.

Мій вибір аналізу кореляції між стресом та ІТДЕ (тривожно-депресивними проявами) і стресом та соціальним схваленням є логічним та обґрунтованим з точки зору психологічного дослідження. І ось чому:

1). Стрес і тривожно-депресивні прояви мають природний взаємозв'язок, адже хронічний або сильний стрес може бути причиною емоційної нестабільності. Кореляція підтверджує, що хоча зв'язок є слабким, стрес дійсно впливає на рівень тривожності та депресивних проявів у старшокласників. Це важливе дослідження для розуміння психологічного благополуччя учнів та можливих механізмів підтримки.

2). Аналіз зв'язку між стресом та прагненням до соціального схвалення допомагає оцінити, чи викликає підвищений рівень стресу зміну соціальної поведінки. Кореляція свідчить про дуже слабкий зв'язок, тобто соціальне схвалення незначно залежить від рівня стресу. Це може означати, що навіть у стресових умовах учні продовжують прагнути схвалення з боку оточення, але цей мотив не є ключовим у їхньому емоційному регулюванні.

3). Це дає можливість краще зрозуміти, які чинники навчального середовища впливають на психологічну стійкість учнів та як можна оптимізувати освітній процес.

Висновки. 1. Рівень стресу у старшокласників є підвищеним. Встановлено, що середній показник сприйнятого стресу перевищує типові значення у підлітків без впливу війни, що свідчить про емоційну напруженість і необхідність адаптаційних механізмів.

2. Значна варіативність рівня стресу серед учнів. Виявлено високе стандартне відхилення вказує на індивідуальні відмінності у стресовій чутливості. Деякі учні відчують стрес на критичному рівні, тоді як інші залишаються у межах помірного впливу.

3. Соціальна мотивація домінує над внутрішньою. Найвищий показник отримав мотив соціального схвалення, що свідчить про орієнтацію учнів на оцінку з боку оточення. Пізнавальний інтерес та самореалізація мають слабкий вплив на навчальну активність.

4. Стрес впливає на емоційну стабільність більше, ніж на мотивацію. Кореляція між стресом і тривожно-депресивними проявами, що свідчить про слабкий зв'язок, але його значущість вказує на потребу підтримки емоційної регуляції. Вплив стресу на соціальне схвалення є мінімальним, що підтверджує незалежність мотивації від рівня психологічного напруження.

Література:

1. Міненко О.О. дослідження особливостей тривожності підлітків в умовах воєнного конфлікту. Наукові записки. Серія: Психологія. Випуск 3(5). Кропивницький: Видавничий дім «Гельветика», 2024. 106 с. (дата звернення: 11.05.2025).

2. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. Problems of modern psychology. 2022. № 2. С. 16–27. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2> (дата звернення 11.05.2025).

3. PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF STRESS EXPERIENCE AMONG ADOLESCENTS FROM THE OCCUPIED TERRITORIES., Psychological Journal: Scientific Journal of G.S. Kostiyk Institute of Psychology, National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine Makarenko N.M., Goncharova T. (date of access: 13.05.2025).

4. Conceptual boundaries of the concepts "stress", "prolonged traumatic stress", "post-traumatic stress disorder" M. Kozihora., Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, IX (97), Issue: 246, 2021 Feb. (date of access: 13.05.2025).

МЕТОДИ ОПРАЦЮВАННЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВИХ ТА ЇХ СІМЕЙ

Нетребя О. О., Розіна І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми.

В умовах військового стану в психологічній науці актуальності набуває проблема збереження психічного здоров'я, зокрема емоційних станів у військових сім'ях. Це обумовлено особливостями соціально-економічного розвитку країни та воєнним станом в Україні означені ситуації є тривожними для людей, що призводить до появи невпевненості та страхів, невизначеності, виникнення негативних емоційних проявів. Також, актуальним є розробка програм підтримки психічного та психологічного здоров'я особистості з використанням методів психотерапії.

У військових людей є багато в житті завдань, але найвідповідальніше і саме складне завдання та випробування - перебування, знаходження у зоні воєнного конфлікту, проте військовий зробив усе можливе для того, щоб круто впоратись з цим складним завданням, він йшов до цілі повернення додому, до рідних, коханих, своїх сімей та побратимів і от настав той час призвичаїтись до мирного життя.

Коли ми розглядаємо військову родину, то трішки забувається про жінку (дружину, мати, сестру), який саме в неї є ресурс та яким є її психологічне здоров'я? Тільки від нього залежить чи буде для військового підтримка, розуміння та допомога. Зрозуміло, що з війною у людей є багато факторів, які провокують ніби зіткнення з випробуваннями, втратами [Сачко, 2023]. Якщо б цьому приділено було більше уваги, то і менше б було проблем, можна було б більше попередити психологічні труднощі через які потрібно пройти дітям, жінкам, військовим та підтримку їхнього психологічного ресурсу в подоланні різних негативних емоційних станів.

Дослідження психічного здоров'я в умовах військових дій з кожним роком стає все більш очевидною темою для вивчення. Сучасні військові конфлікти, зокрема війна в Україні, Ізраїлі, а загалом, то за 5 років, COVID-19, природні катастрофи, фінансові кризи, страйки, зростання цін, безробіття, тощо ставлять перед суспільством нові виклики, пов'язані зі збереженням та відновленням психічного благополуччя громадян.

Однією з найбільш уразливих груп в цьому контексті є військові та їх сім'ї і більш повнішою мірою хотілося б розглянути саме жінок вікової категорії від 25 до 40 років.

У сучасному світі оцінка якості життя людини тісно пов'язана з такими аспектами, як психічне та психологічне здоров'я. Психічний стан кожного індивідуума суттєво впливає на розвиток суспільства в цілому. Тому вивчення поняття психічного здоров'я залишається актуальним і активно досліджується як зарубіжними, так і вітчизняними вченими.

У науковій літературі поняття «психічне здоров'я» трактують як успішну професійну діяльність та успішну соціальну адаптацію, що відповідає навколишнім умовам.

Проблемі вивчення негативних емоційних станів та психічного здоров'я присвячена низка наукових робіт в психології таких вчених, як О. Завгородня, Л. Карамушка, А. Кічук, І. Коцан, С. Максименко, Г. Ложкін, Е. Г. Барановим, О. І. Гончаровим, В. В. Девятко, Ю. Н. Ємельяновим, А.Л. Лісовиком, І. О. Ламановим, Л. А. Петровською, М. Мушкевич та інші. Науковці вивчали теоретичні та практичні аспекти психічного здоров'я, засвідчують, що соціально-психологічний тренінг може бути використаний для корекції поведінки особистості в конфлікті. Також, вивчаються критерії та чинники психологічного здоров'я в роботах О. Курявської, Г. Мухіної, Н. Павлик, Н. Підбуцької, М. Тимофєєвої, О. Слободської та інших.

В роботах Н. Атаманчук, І. Власенко, О. Рєви, В. Фурмана, І. Канюки, О. Завгородньої, Л. Карамушки, В. Лефтерова, С. Титаренко, Х. Шевченко, С. Яланської розкриті особливості збереження психологічного здоров'я особистості в умовах війни. Проте, на наш погляд, недостатньо розкрита проблема підтримки психічного здоров'я зокрема вивчення негативних емоційних станів у військових та їх сімей.

Сучасні психологи під час воєнних дій мають завдання знайти і застосувати ефективні методи зниження тривожності у дітей, жінок, які б не травмували їх

ще більше. Методи, що працюють у мирний час, можуть бути непридатними під час війни.

Метою дослідження є вивчення особливостей негативних емоційних проявів у жінок в умовах воєнного стану та можливостей зниження за допомогою тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапії, медитації, дихальних вправ, йоги та сміхотерапії, символ драми та занять з сексологом Імфїтнесом.

Об'єктом дослідження є негативні емоційні стани особистості та їх адаптація.

Предметом дослідження є особливості розвитку негативних емоційних станів у жінок за допомогою терапії та різного роду вправ, тренінгів.

Наукова новизна дослідження полягає у: *вивченні* особливостей дослідження психічного здоров'я жінок в умовах війни; *визначенні* особливостей розвитку компонентів психічного здоров'я жінок; *розробці* системи впливу на психоемоційний стан жінок за допомогою тілесно-орієнтовної терапії, арт-терапії, медитації, дихальних вправ, йоги та сміхотерапії, символ драми та занять з сексологом Імфїтнесом.

Практичне значення одержаних результатів полягає у створенні психологічного тренінгу, який спрямований на допомогу та поліпшення психоемоційного стану жінок в умовах воєнного стану в країні та в основі якого лежать тілесно-орієнтовні практики може бути впроваджений в роботу психологічних служб та фондів, що допомагають жінкам з ознаками порушення психічного здоров'я.

У психологічній науці найглибше розуміння психічного здоров'я досягається через такі напрями, як біхевіоризм, психоаналіз і гуманістична психологія. Біхевіоризм визначає психічне здоров'я як гармонію поведінкових реакцій із вимогами середовища, тоді як психоаналіз наголошує на необхідності балансу між свідомістю та несвідомим, а гуманістична психологія фокусується на повному самовираженні особистості через гармонію із соціально-економічними умовами життя.

Психічне здоров'я це стан благополуччя, в якому людина здатна реалізувати власні здібності та протистояти життєвим стресам, найпоширенішим проявом розладу емоційного стану вважається тривожність. Вона неминуче супроводжує всі види діяльності людини, в тому числі й під час будь-якої діяльності жінок. Серед ключових критеріїв психічного здоров'я є оптимізм, зосередженість, емоційна стійкість та здатність до самоврядування.

Високий рівень тривожності впливає на успішність жінок і ускладнює їх пізнавальну діяльність, знижує інтелектуальну працездатність, викликає надмірну емоційну напругу, в деяких ситуаціях взагалі не дає змоги жінці розслабитись. Якщо цей рівень не знизити, то в майбутньому це може стати причиною їх низької самооцінки, а також негативно позначитися на спроможності реалізувати їх потенціал в майбутньому.

Визначено, що до особистісних показників психічного здоров'я відносять оптимістичний настрій; здатність до концентрації (відсутність занепокоєння); стабільність емоційного стану; моральні якості (чесність, совість тощо); адекватний рівень домагань; почуття відповідальності; упевненість у своїх силах;

активність; самостійність; природність у поведінці; відповідальність; почуття гумору; доброзичливість; терпимість; самоповага; здатність до самоконтролю. Психічними станами психічного здоров'я є емоційна стійкість (контроль над собою); зрілість емоцій, що відповідає віку; управління негативними емоціями (страх, гнів тощо); вільне вираження емоцій; здатність відчувати радість. Психічні процеси як показники психічного здоров'я є точне сприйняття реальності та адекватне сприйняття самого себе; уміння зосереджуватися, опрацьовувати та зберігати отриману інформацію; логічність та критичність мислення, креативність; самопізнання та уміння керувати своїми думками.

Також було встановлено, що висока самооцінка пов'язана з ефективним подоланням кризових ситуацій через активне вирішення проблем. Низька самооцінка корелює з неадаптивними стратегіями уникнення проблемних ситуацій, усамітнення та самокритики.

Виявлено, що молоді жінки, які приймали участь у дослідженні, переживали помірний рівень стресу, проте були здатні ефективно впоратись з кризовими ситуаціями за допомогою адаптивних копінг-стратегій. Багато хто з них мали низький рівень самооцінки, болісно сприймали критику та страждали від надмірної сором'язливості, що своєю мірою впливає на їхні переживання кризового стану та стресову уразливість загалом.

Перспективою на майбутнє є розробка цілісної системи вправ впливу на психоемоційний стан у військових та їх сімей з використанням терапії: тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапії, медитації, дихальних вправ, йоги та сміхотерапії, символ драми та занять з сексологом Імфітнесом.

Література:

1. Військова психологія і педагогіка : підручник. - Луцьк : Твердиня, 2010. - 576 с.
2. Кринець, Л. В. Особливості естетичної культури військовослужбовців // Перспективи : наук. журнал. - 2012. - № 2 (додаток). Матер. міжнар. наук. конф. "Методологія та технологія сучасного філософського пізнання", (2-3 жовт. 2012 р.). - С. 76-77
3. Кротюк, В. Т. Системні підходи до адаптації військовослужбовців до служби в збройних силах України у структурі вивчення соціально-психологічних наук у Південноукраїнському Державному педагогічному університеті ім. К. Д. Ушинського. // Науковий вісник Південноукраїнського державного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського : зб. наук. праць. - 2007. - Вип. 7-8. - С. 238-243
4. Проблеми психічного здоров'я населення у воєнний час та шляхи їх розв'язання. Здоров'я України.
URL: <https://doi.org/10.26766/pmqp.v8i2.434> (дата звернення: 05.05.2024).
5. Сачко К. Особливості переживання екзистенційної кризи у осіб молодого віку під час війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. Т. 8, № 2. С. 1-13.
6. Ситнік С.В., Мірошніченко О.М., Свіденська Г.М. Особливості емоційних станів здобувачів вищої освіти під час війни в Україні. *Габітус*. 2022. № 37. С. 48-51.
7. Хайрулін, О. Професійне вигорання військовослужбовців як предмет психологічного аналізу // *Психологія і суспільство: укр. теорет.-методол. соціогуманіт. часопис*. - 2014. - № 2. - С. 98-129

ТИПОЛОГІЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ: КОРЕЛЯЦІЯ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ

Тараненко О.П., Савенкова І.І., Павлова І.Г.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблему вивчення типологічних особистісних особливостей у пацієнтів із патологією серцево-судинної системи слід розглядати, як одну з актуальних у контексті психосоматичної медицини. Згідно з даними сучасних досліджень психоемоційні фактори відіграють суттєву роль у розвитку, перебігу та прогнозуванні серцево-судинних захворювань [1, 3, 5].

Особистісні риси, зокрема тривожність, емоційна нестабільність, агресивність або ж схильність до депресивних реакцій, можуть не лише супроводжувати соматичні симптоми, але й мати причинно-наслідковий зв'язок їх виникненням та загостренням [2, 6].

Слід зазначити, що типологія особистості пацієнта здатна модифікувати клінічну картину, ускладнювати процес лікування та впливати на якість життя хворих.

У статті проаналізовано взаємозв'язок між типологічними рисами особистості та психоемоційним станом у пацієнтів із патологією серцево-судинної системи (ССС). На основі емпіричних та теоретичних досліджень визначено, що особливості темпераменту, рівень емоційної регуляції, тип реагування на стрес та наявність таких феноменів, як алекситимія, тривожність і депресія, мають істотний вплив на перебіг соматичних захворювань, ефективність терапії та якість життя пацієнтів. Обґрунтовано доцільність впровадження системної психодіагностики та персоналізованих психокорекційних програм у кардіологічну практику.

Серцево-судинні хвороби залишаються основною причиною смертності, як в Україні так і у всьому світі. Незважаючи на медико-біологічні успіхи у діагностиці та лікуванні патологій ССС, рівень ускладнень і смертності залишається високим. Сучасні підходи до розуміння етіопатогенезу ССЗ поступово зміщуються у бік біопсихосоціальної моделі, де значне місце відведено психологічним факторам [1].

У сучасній вітчизняній медицині спостерігається недостатня інтеграція психологічної оцінки у клінічну практику, хоча згідно з дослідженнями хронічний стрес, порушення емоційної регуляції та певні особистісні типи значно підвищують ризик серцевих подій [2, 3].

Особистість виступає не лише як фон для соматичного реагування, а як активний суб'єкт, що визначає стратегії подолання хвороби, комплексні, адаптаційні резерви.

Згідно з даними психоемоційні розлади зустрічаються у 40–60 % пацієнтів із хронічною серцево-судинною патологією. У таких пацієнтів відзначається більш тяжкий перебіг хвороби, частіше виявляються ускладнення, нижчий рівень якості життя, що потребує комплексного міждисциплінарного підходу.

Особливої уваги заслуговує кореляція між особистісним профілем та психоемоційною дезадаптацією, яка значно впливає на клінічний прогноз [4].

Слід зазначити, що результати досліджень свідчать про домінування у хворих певних типів особистості, насамперед типу А, невротичного, алекситимічного та депресивного, що потребує цілеспрямованої психологічної інтервенції [5, 7].

Метою нашої статті є теоретичний аналіз щодо виокремлення типологічних особливостей особистості у пацієнтів із патологією серцево-судинної системи та встановлення кореляційного зв'язку з психоемоційними характеристиками.

Важливим є типологічний підхід до вивчення особистості дає змогу встановити стабільні риси, що визначають реакції індивіда на стрес. Зокрема, поведінковий тип А пов'язаний з підвищеним ризиком коронарних подій через хронічне збудження симпатoadреналової системи [3].

Поняття алекситимії (за R. Taylor) описує труднощі в усвідомленні та вербалізації емоцій, що у пацієнтів з ССЗ часто проявляється як соматизація психоемоційних переживань [6].

Тривожність і депресія, за Beck та Spielberger, підвищують ризик аритмій, гіпертензії, знижують імунну відповідь, погіршують мотивацію до лікування [7, 8].

Методи дослідження у сучасній практиці включають: опитувальники MMPI, TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), шкалу Бека, STAI (тест тривожності Спілбергера-Ханіна), а також біометричні методи оцінки змін ЧСС та АТ на фоні психоемоційного навантаження [9].

Згідно даним численних клінічних спостережень :

- Тип А виявляється у понад 50% хворих з ішемічною хворобою серця [3, 10];
- Понад 30% мають високий рівень алекситимії, що ускладнює ефективну психотерапевтичну підтримку [6];
- У 35 – 50% пацієнтів з гіпертонічною хворобою фіксується середній та високий рівень тривожності [7];
- 20 – 30% мають клінічно значущу депресивну симптоматику, особливо після перенесеного інфаркту або втрати працездатності [8].

Згідно з дослідженням К. Tully (2020), наявність депресії після інфаркту міокарда збільшує ризик повторного серцевого нападу у 2-3 рази [11].

Отже, типологія особистості пацієнтів із ССЗ виявляється критичною не лише для розуміння етіології, а й для формування терапевтичної стратегії. Алекситимічні особистості вимагають більше часу на формування терапевтичного альянсу, а пацієнтам з типом А необхідні методи когнітивно-поведінкової корекції стресових реакцій.

Ефективна терапія серцевих хвороб має враховувати індивідуальні психотипи, оскільки вони безпосередньо впливають на клінічний прогноз, прихильність до лікування та якість життя [9].

Виходячи з сучасних досліджень, можна зазначити, що особистісні особливості є суттєвим чинником ризику розвитку та перебігу серцево-судинної патології. Типи А, алекситимічний, депресивний та тривожний мають найбільше

прогностичне значення. Психоемоційна дезадаптація значно погіршує клінічний перебіг захворювання та вимагає раннього психологічного втручання. Комплексна програма лікування повинна включати психодіагностику та індивідуальну психокорекцію з урахуванням типу особистості.

Література:

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Електронний ресурс]. 2023. Режим доступу: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Rozanski A., Kubzansky L.D., Cohen R. Stress and cardiovascular disease: JAMA. 2019. Vol. 322, № 12. P. 1231–1239.
3. Friedman M., Rosenman R.H. Type A behavior and your heart. New York: Knopf, 2018. 320 p.
4. Steptoe A., Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease: Nature Reviews Cardiology. 2021. Vol. 18, № 9. P. 535 – 549.
5. Cloninger C.R. The Temperament and Character Inventory as a guide to personality disorders. *International Journal of Person-Centered Medicine*. 2016. Vol. 6, № 2. P. 109 – 117.
6. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. *Cambridge: Cambridge University Press*, 2020. – 400 p.
7. Beck A.T., Alford B.A. Depression: Causes and treatment. 3rd ed. Philadelphia: *University of Pennsylvania Press*, 2021. – 384 p.
8. Spielberger C.D. State-Trait Anxiety Inventory. *Menlo Park, CA: Mind Garden*, 2019. – 40 p.
9. Carney R.M., Freedland K.E. Psychological aspects of cardiovascular disease *JAMA Cardiology*. 2017. Vol. 2, № 3. P. 243 – 249.
10. Williams R.B. Psychosocial and biobehavioral risk factors for coronary heart disease. *Circulation*. 2020. Vol. 141, № 16. P. 1251 – 1260.
11. Tully P.J., Cosh S. Depression after myocardial infarction: A review of current literature. *Heart, Lung and Circulation*. 2020. Vol. 29, № 1. P. 50 – 58.

ПОРУШЕННЯ УВАГИ У КОНТЕКСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ

Проняєва К.В., Астремська І. В.

Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Порушення уваги є одним із суттєвих нейропсихологічних проявів, що супроводжують посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Хоча більшість досліджень у цій галузі зосереджується переважно на емоційних аспектах ПТСР, таких як пригнічення реакцій страху, все більше уваги приділяється і проблемам, пов'язаним із порушенням когнітивної уваги. Зокрема, відзначається зниження здатності пригнічувати несуттєві реакції при сприйнятті нової інформації, не пов'язаної з травматичними подіями.

У межах поширеної нейропсихологічної моделі виокремлюють кілька типів уваги: фокусовану, підтримувану та селективну, а також більш складні форми – розподілену та змінювану (чергувальну) увагу. Фокусована увага дозволяє зосередитись на одному об'єкті, підтримувана – тривалий час утримувати концентрацію, а селективна – відсікати непотрібні стимули. До складніших процесів належить здатність перемикатися між завданнями та

паралельно контролювати кілька інформаційних потоків, що потребує інтегрованої діяльності виконавчих функцій.

Дефіцит уваги при ПТСР суттєво знижує ефективність вищих когнітивних функцій – мислення, навчання, поведінкової саморегуляції. У результаті страждає соціальна адаптація, знижується продуктивність у професійній сфері, обмежується повсякденна функціональність, що утруднює інтеграцію в суспільство.

Наукові роботи засвідчують, що проблеми з увагою є не лише супутніми, а й структурними елементами ПТСР. І суб'єктивні, і об'єктивні методи оцінювання підтверджують порушення уваги у пацієнтів із цим розладом. Зокрема, виявлено чіткий зв'язок між інтенсивністю симптомів ПТСР та ступенем дефіциту уваги, особливо в контексті нав'язливих думок (румінацій).

Серед компонентів уваги найбільше вивчено підтримувану увагу – здатність зберігати концентрацію протягом тривалого часу. Дослідження свідчать про суттєві порушення цього типу уваги у пацієнтів із ПТСР. При цьому виявляється, що чим глибший дефіцит уваги, тим яскравіше виражені основні симптоми розладу. Водночас спроби виявити залежність між інтенсивністю інтрузивних спогадів та дефіцитом підтримуваної уваги не виявили статистично значущих результатів.

Селективна увага також страждає при ПТСР. Пацієнти демонструють труднощі у відсіюванні несуттєвої інформації, а рівень порушення корелює з тяжкістю клінічних проявів. Дещо менше досліджень зосереджено на розподіленій увазі, однак і тут зафіксовано дефіцити приблизно в третині випадків. Вираженість симптоматики ПТСР є прогностичним чинником тяжкості цих порушень, хоча спроби пов'язати їх з інтрузивними симптомами не дали переконливих доказів.

Аналіз доступних наукових джерел дозволяє зробити висновок, що дефіцити уваги при ПТСР є поширеними й тісно пов'язаними з клінічною картиною розладу. Дослідники наголошують на феномені упередженості уваги, коли людина надмірно концентрується на емоційно заряджених або загрозливих подразниках. У той же час порушення здатності відволікатися від таких стимулів (дисфункція перемикання уваги) сприяє розвитку гіперпильності та зниженню концентрації.

Деякі автори вказують, що увага у пацієнтів із ПТСР порушується не лише внаслідок спрямованості на загрозу, а й через розлад орієнтаційних систем мозку, відповідальних за регулювання уваги. У цьому контексті вирішальне значення мають виконавчі функції, які допомагають контролювати поведінку та емоції. Порушення саме цих механізмів призводить до ускладнень у подоланні симптомів ПТСР.

Актуальною проблемою залишається диференціальна діагностика ПТСР і розладу дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ). Є дані, що РДУГ може як передувати розвитку ПТСР, так і бути спровокованим травматичними подіями. Через це діти з травматичним досвідом частіше отримують діагноз РДУГ або поведінкового розладу, а не ПТСР. Подібна ситуація можлива і в дорослих, де

прояви гіперактивації та дефіциту уваги можуть помилково трактуватися як РДУГ.

Одним із центральних механізмів порушення уваги при ПТСР є дисфункція виконавчого (top-down) когнітивного контролю, який дозволяє людині свідомо регулювати реакції на зовнішні та внутрішні стимули. Якщо ці механізми ослаблені, пацієнт може надмірно реагувати на травматичні тригери, а також втрачати здатність контролювати румінації.

Дослідження С. Ага-Мізрахі з колегами показало, що симптоми повторного переживання зменшуються найбільш ефективно, коли терапія впливає на дофамінергічні та норадренергічні системи, які беруть участь у регуляції уваги. Це свідчить про те, що увага може бути ефективною мішенню для терапевтичного впливу.

У підсумку, дефіцит уваги є ключовим фактором, що обумовлює важкість перебігу ПТСР і впливає на адаптаційні можливості пацієнта. Основні компоненти уваги – фокусована, підтримувана та селективна – найчастіше виявляються порушеними, що сприяє поглибленню інтрузивних симптомів, гіперактивації та уникнення. Відновлення когнітивного контролю може суттєво полегшити клінічну картину розладу.

Література:

1. Aga-Mizrachi S., Cymerblit-Sabba A., Gurman O., Balan A. *Methylphenidate and desipramine combined treatment improves PTSD symptomatology in a rat model*. Translational Psychiatry. 2014. Vol. 4.
DOI: <https://doi.org/10.1038/tp.2014.82>
2. Bisson Desrochers A., Rouleau I., Angehrn A., Vasiliadis H.-M. *Trauma on duty: Cognitive functioning in police officers with and without posttraumatic stress disorder (PTSD)*. European Journal of Psychotraumatology. 2021. Vol. 12(1).
DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1959117>
3. Buodo G., Ghisi M., Novara C., Scozzari S. *Assessment of cognitive functions in individuals with post-traumatic symptoms after work-related accidents*. Journal of Anxiety Disorders. 2011. Vol. 25(1). P. 64–70.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.004>
4. Cox R. C., Olatunji B. O. *Linking attentional control and PTSD symptom severity: The role of rumination*. Cognitive Behaviour Therapy. 2017. Vol. 46(5). P. 421–431.
DOI: <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1286517>
5. D'Andrea W., Ford J., Stolbach B., Spinazzola J. *Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis*. American Journal of Orthopsychiatry. 2012. Vol. 82(2). P. 187–200.
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>
6. Echiverri-Cohen A. M., Spierer L., Perez M., Kulon M. *Randomized-controlled trial of response inhibition training for individuals with PTSD and impaired response inhibition*. Behaviour Research and Therapy. 2021. Vol. 143.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103885>
7. El Khoury-Malhame M., Reynaud E., Soriano A., Michael K. *Amygdala activity correlates with attentional bias in PTSD*. Neuropsychologia. 2011. Vol. 49(7). P. 1969–1973.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.03.025>
8. Grant J., Chamberlain S. *Attentional problems occur across multiple psychiatric disorders and are not specific for ADHD*. CNS Spectrums. 2022. Vol. 1–4.
DOI: <https://doi.org/10.1017/S1092852922000785>

9. Jessup S. C., Cox R. C., Olatunji B. O. *Differential effects of attentional control domains on the association between rumination and PTSD symptoms in trauma exposed veterans*. Personality and Individual Differences. 2021. Vol. 178.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110886>
10. Katsuki F., Constantinidis C. *Bottom-up and top-down attention: Different processes and overlapping neural systems*. The Neuroscientist. 2014. Vol. 20(5). P. 509–521.
DOI: <https://doi.org/10.1177/1073858413514136>
11. Rosenberg M.D., Finn E.S., Scheinost D., Constable R.T. *Characterizing attention with predictive network models*. Trends in Cognitive Sciences. 2017. Vol. 21(4). P. 290–302.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2017.01.011>
12. Schoorl M., Putman P., Van Der Werff S., Van Der Does A. J. W. *Attentional bias and attentional control in posttraumatic stress disorder*. Journal of Anxiety Disorders. 2001. 214p.

ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВЧИТЕЛІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Аветісян К. А., Чебикін О.Я.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема емоційного вигорання вчителів є достатньо актуальною, особливо в умовах воєнного стану. Аналіз різних досліджень (А. Пайнса 1988; Г. Фрейденбергер 1974; К. Маслач 1976; С. Джексон 1981; О. Борисюк 2016; В. Бойко 2001 та інших) свідчить про негативний вплив цього стану на ефективність та організм. В той же час існуючі підходи до розуміння даного феномену у психології ще неоднозначні. Все це ускладнює можливість його пізнання. Також достатньо широкий спектр різних прийомів, засобів, профілактики та корекції стану виснаження теж потребує поглибленого аналізу в аспекті професійної діяльності вчителя.

Враховуючи наведене, в роботі ставились наступні завдання: уточнити психологічний зміст емоційного вигорання, систематизувати основні його ознаки, проаналізувати основні концептуальні моделі його пізнання, узагальнити певні тенденції його вивчення у педагогів [3].

Попередній аналіз засвідчив (Г.Фрейденбергер 1974; А.Пайнс 1988; К.Маслач 1976 та інші), що у психології ще відсутнє загальне визначення емоційного вигорання. Умовно можна виділити кілька підходів до його характеристики:

По-перше, емоційне вигорання розглядається, як суто специфічний стан пов'язаний зі зниженням функціонування емоційної сфери. Як відомо, емоційна сфера тісно переплітається практично з усіма психічними процесами і станами, в наслідок чого погіршення цього стану може негативно впливати на інші функції. Досліджуючи проблему емоційного вигорання персоналу Г. Фрейденбергер (1974) запропонував його характеризувати, як певний симптомокомплекс, що включає в себе виснаження від роботи, надмірних указань, фізичних навантажень, безсоння, втому, неконтрольованих емоцій гніву [2].

Другий підхід розглядає емоційне вигорання як психоемоційне та функціональне виснаження. З нашої точки зору найбільш повно характеризується даний стан К. Маслач, С. Джексон (1981). Автори визначають

його як, синдром емоційного виснаження і втоми, який часто спостерігається у людей, що взаємодіють з іншими, і призводить до формування негативного ставлення до них.

Третій підхід ототожнює емоційне вигорання з постстресовими та кризовими станами. Цей підхід наголошує на тому, що хронічний стрес, особливо на робочому місці, виснажує емоційні та психологічні ресурси людини. В даному аспекті В. Бойко (1996) пропонує визначати емоційне вигорання як, психологічний захисний механізм, що проявляється у цілковитому або частковому емоційному відстороненні особистості як реакція на певні психотравмуючі обставини.

Четвертий підхід, нами умовно названий, як опосередковий, тут емоційне вигорання нерідко поєднується з професійним вигоранням, останнє є значно ширшим. У дослідженні А. Аарона, Б. Пельмана, Е. Хартмана (2009) навпаки пропонують поділяти вигорання на емоційне та професійне, при цьому констатувати взаємозв'язок між ними.

Узагальнюючи вище наведені підходи можна побачити як спільні так і відмінні ознаки, у визначенні емоційного вигорання.

До спільних можна віднести : виснаженість, зниження активності, хронічний стрес, погіршення емоційної реактивності, відсторонення.

До відмінних можна віднести: ознаки напруги, деперсоналізації, посттравматичні ознаки, рівень захисних механізмів тощо [5].

Підсумовуючи, вище наведені підходи до змісту емоційного вигорання у своїй роботі ми будемо його розглядати, як відносно незадовільний стан, що характеризується виснаженням активності, саморегуляції, надмірної емпатійності, який погіршує ефективність діяльності тощо.

Що стосується найбільш суттєвих ознак, які можуть характеризувати і оцінювати емоційне вигорання, то виходячи із узагальнення таких досліджень: А. Пайнсом та Е. Аронсом (1988) ; Я. Дирендонк, В.Б Шауфелі, П. Сіксма (1994) ; В. Бойко (2001) ; Б. Перлман і Е. Хартман (1982) ; В. Наумова (2024) ; К. Маслач і С. Джексон (1997), умовно, серед них, можна виділити два класи : по-перше, ті, що характеризують змістові особливості даного стану : виснаження, втома, самопочуття, погіршення настрою, активності та інші ; по-друге ті, що характеризуються відносно стійкі особливості педагога, його емоційну стійкість, саморегуляцію, емпатію, резильєнтність , стресостійкість тощо [3].

Важливими у дослідженні емоційного вигорання є концептуальні моделі його пізнання. Узагальнюючи різні дослідження (Б. Перлман і Е. Хартман 1982 ; В. Наумова 2024 та інших), умовно можна виділити серед них наступні моделі:

Однофакторну модель запропоновану (А. Пайнсом та Е. Аронсом 1988), де пропонується в якості ключових компонентів емоційного вигорання враховувати фізичні, емоційні, когнітивні компоненти; двофакторну модель запропоновану (Я. Дирендонк, В.Б Шауфелі, П. Сіксма 1994), в якій виділяють два ключові елементи: емоційне виснаження і деперсоналізацію. Перший проявляється як втома і тривожність, другий — як відсторонення від себе або оточення; трьохфакторну модель, вперше запропоновану (К. Маслач і С. Джексон 1981), додає до попередніх компонентів ще й редукацію особистих досягнень , тобто

відчуття неефективності та зниження професійної мотивації; чотирьохфакторну модель, запропонована (Б. Перлман і Е. Хартман 1982), в якій фактично деталізується структура деперсоналізації, яка визначається на ставленні до роботи та до клієнтів [4].

Аналізуючи як наведені так і інші теоретичні моделі серед них теж можна виділити як спільні так і відмінні компоненти. До спільних відносимо, те що стрес є першопричиною емоційного вигорання у всіх моделях, а також почуття втоми, спустошеності та виснаження емоційних ресурсів. До відмінного відносимо: фокусування на загальному виснаженні, деперсоналізації, редукції особистих досягнень.

Що стосується наявних досліджень (Г. Гандзілевська 2018; Н. Мальцева 2005 та інші), відносно вивчення особистісних особливостей, як виробітків детермінантів емоційного вигорання, то серед них можна виділити те, що в одних випадках, акцент робиться на специфіку професійної діяльності вчителя, з урахуванням вікових особливостей учнів чи предмету викладання, а також професійного досвіду вчителів та соціально-психологічних мов їх життєдіяльності.

Досліджуючи бар'єри Г. Гандзілевська (2018) констатує, що вчителі стикаються з високим емоційним навантаженням через необхідність постійної емпатії, розв'язання поведінкових проблем маленьких дітей, інтенсивну взаємодію з батьками та великий обсяг непедагогічної роботи. В цьому аспекті, в іншій роботі (Мальцевої Н.В 2005), зроблена спроба розкрити емоційне виснаження педагогів із урахуванням віку, стажу, сімейного стану тощо. За її результатами було встановлено, що молодші фахівці часто відчують виснаження через інтенсивність навчання та адаптації, тоді як старші можуть мати виснаження через накопичений стрес або відчуття стагнації. Автор зазначає, що рівень емоційного вигорання зростає через брак досвіду та високі вимоги, знижується з набуттям навичок, але знову підвищується на етапі рутини. Характерно, що наявність родини, за її даними, може бути як ресурсом підтримки, так і навпаки, виникненням виснаження, за рахунок додаткових джерел стресу та навантаження [1].

До вище наведеного, слід додати те, що зниження професіоналізму у зрілих вчителів пояснюється педагогічною кризою через прагнення до інновацій, брак віддачі, розбіжність очікувань і реальності, рутину та ізоляцію. Також деякі фахівці відмічають, що вчителі-перфекціоністи, які сприймають роботу як місію, схильні до вигорання через розмиття меж між роботою та особистим життям.

Слід додати, що за даними досліджень О.О. Прокопенко (2023), рівні емоційного вигорання науково-педагогічних працівників залежать від стажу роботи. Встановлено, що викладачі зі стажем понад 20 років мають найвищі показники вигорання (94 бали – наявне вигорання), тоді як найнижчі — у тих, хто працює до 5 років (23 бали). Отримані результати спростовують припущення про легшу адаптацію досвідчених працівників: викладачі з великим стажем виявилися менш гнучкими до умов дистанційної освіти, тоді як молоді педагоги краще адаптуються, що знижує ризики емоційного вигорання.

У дослідженні (Т. Колтунович 2013 та Н. Максимова 2020) вказується, що емоційне вигорання вчителів не обмежується лише специфікою педагогічної діяльності. Базові фізичні та соціально-економічні труднощі значно посилюють стрес і сприяють швидшому виснаженню емоційних ресурсів. Голод, виснажлива дорога, некомфортні умови праці та інші подібні чинники створюють додатковий тягар, який нашаровується на емоційні вимоги професії вчителя, роблячи їх більш вразливими до вигорання.

Спроби охарактеризувати чинники емоційного вигорання, прослідковуються в роботі В.Е. Орел (2001). Автор вказує, що серед організаційних чинників важливі фізичне середовище, завдання та соціально-психологічний клімат. Значущі також часові умови та навантаження. Надмірне навантаження, понаднормова праця, тривалий день і недостатнє заохочення підвищують ризик вигорання, спричиняючи нервово-психічне напруження, фрустрацію, тривожність та емоційне виснаження, що можуть призвести до психічних розладів.

Виходячи з результатів дослідження емоційного вигорання педагогів, можна побачити активізацію напрямків по виділенню ключових проблемних моментів, що його характеризують, а також чинників, що обумовлюють цей стан.

На основі наведених досліджень можна зробити попередні висновки:

1. Відмічено, що проблема емоційного вигорання у психології та професійній діяльності вчителя, у сучасних умовах воєнного стану, є достатньо актуальною.

2. Показано, що підходи, які маються до психологічного змісту розуміння емоційного вигорання переважно розглядають його на рівні психоемоційного виснаження, широким колом інших характеристик.

3. Аналіз та систематизація ознак, що можуть характеризувати емоційне вигорання умовно можна поділити на дві групи : перші, характеризують змістові особливості, специфіку прояву емоційного вигорання; другі, особистісні, як би ресурсні, захисні властивості.

4. Концептуальні підходи до пізнання емоційного вигорання переважно акцентуються на різних моделях, яка мають як спільне так і відмінні компонентні характеристики.

5. Показано, що емоційне вигорання у професійній діяльності педагогів залежить багатьох чинників. Ключовими є різні умови життєдіяльності та специфіки організації професійної діяльності. А також особистісні пов'язані з віком, досвідом та особистісними властивостями, що можуть відобразити певний ресурс їх потенціалу протистояти вигоранню [1].

Література:

1. Большакова Т. Особистісні детермінанти та організаційні фактори психічного вигорання в медичних працівників : автореф. дис. Ярославль, 2004. 27 с.
2. Наумова В. Феномен емоційного вигорання : Освіта дорослих: енциклопед. слов. / ред.: В. Кремень, Ю. Ковбасюк ; упоряд. Н. Протасова. Київ : Основа, 2014. 496 с.
3. Прокопенко О. Особливості емоційного вигорання науковопедагогічних працівників закладів вищої освіти в умовах дистанційного навчання : автореф. магіст. робота. Запоріжжя, 2023. 54 с.

4. Freundberger H. Staff burnout. *Social sciences*. 1974. P. 159–166.
5. Hillert A., Marwitz M. Die burnout-epidemie: oder brennt die leistungsgesellschaft aus?. Munchen : Verlag C.H. Beck, 2006.

ОСОБЛИВОСТІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВІЙНИ

Келеш Т.О., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Слід зазначити, що психологічне здоров'я та ставлення населення України до психологічної допомоги під час повномасштабної війни значно змінилось. У контексті посттравматичних змін, які переживає українське суспільство, важливо враховувати й національні особливості реагування на стрес. Зокрема, традиції виховання, роль родини, колективізм, а також тривалий досвід адаптації до кризових умов формують особливу психологічну чутливість до психосоматичних проявів.

Актуальність проблеми реабілітації пацієнтів з депресивними розладами сьогодні зумовлена низкою соціальних, економічних, психологічних факторів, зокрема таких як: воєнні конфлікти, політична нестабільність, економічні кризи, психологічне навантаження і стреси. Українці в даний час переживають війну і втрати, знаходяться у стані постійного стресу, невизначеності майбутнього, тому депресивні розлади стають надзвичайно поширеними.

Разом з тим різноманітні розлади психічної та фізичної сфер життя людини, які є наслідками депресії край важливо знати для вірної констатації нервово-психічного порушення. Для цього існують різноманітні опитувальники наявного стану, наприклад шкала А. Бека для оцінки депресії, шкала В. Цунга для самооцінки депресії, методика визначення рівня депресії В.А. Жмурова [2, 4].

Мета нашої статті полягала у вивченні ментальне здоров'я в умовах війни: вектори дослідження, збереження та відновлення.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я особистості.

Предметом дослідження є психологічна допомога

Ключові слова: аналітична звітність, симптоми депресій

Аналіз та статистика.

Відповідно аналітичній записці результати третьої хвилі соціологічного дослідження, проведеного компанією Gradus Research у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» – ініціативи першої леді Олени Зеленської. Дослідження є соціально важливим та цікавим для загальної аудиторії.

Зокрема, підсумки опитування свідчать, що у питаннях ментального здоров'я українці найбільше довіряють психологу і психотерапевту (24%), сімейному лікарю (16%), психіатру (15%) [1].

Зазначимо, що довіра до сімейного лікаря у цьому контексті зросла з 12% в 2022 році до 16% в 2024 році. З усіх опитаних вікових категорій родинному фахівцю найбільше довіряють люди старшого віку. Опитані українці оцінюють свій стан як середній – цей показник стабільний і тримається на рівні 50-51%

упродовж останніх півтора року. Водночас зростає частка респондентів, які визначають стан власного ментального здоров'я як незадовільний (з 9% у 2022 році до 13% у 2024 році).

40% опитаних українців поділилися, що за останні півроку відчували необхідність у психологічній допомозі. Серед жінок цей показник значно вищий, ніж серед чоловіків (47% порівняно з 32%) [1].

Третя хвиля дослідження, яка охопила 2 423 респондентів, мала на меті оцінити динаміку стану ментального здоров'я українців та ставлення до психологічної допомоги. Опитування було проведено компанією Gradus Research методом самозаповнення анкети в мобільному додатку. Онлайн-панель Gradus відображає структуру населення міст розміром більше 50 000 жителів у віці 18-60 років за статтю, віком, розміром населеного пункту і регіону, за виключенням тимчасово окупованих територій та територій ведення активних бойових дій.

Згідно аналітичного звіту щодо вивчення психосоціального добробуту населення Одеської області, який було проведено відділенням промоцій здоров'я ДУ «Одеський ОЦКПХ МОЗ» з березня по вересень 2024 року. Опитування проведено за шкалою для оцінки депресії А.Бека та нараховує 850 респондентів. [3], [5]. Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів

Одним із аспектів дослідження є показники добробуту та благополуччя населення Одеської області 74,9 % з 850 опрацьованих респондентів відповіли, що почувають себе добре, 8,2 % почувають себе погано, 13,8 % відповіли «мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити», 3,1 % відповіли «мені так самотньо і сумно, що я не в силах більше терпіти».

При дослідженні ключових симптомів депресій є показники стійкого пригніченого настрою, зменшений інтерес або задоволення від будь-якої діяльності 46.1 % респондентів надали відповідь, що зберіглась колишня працездатність, 30 % відповіли що швидко втомлюються, 21,8 % відповіли що відчують себе стомленими, навіть якщо майже нічого не роблять, 2.1 % настільки втомлені, що нічого не можуть робити.

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що серед респондентів зафіксовано високий ступінь депресій, але 74,9 % почувають себе добре, 46.1 % зберігають колишню працездатність, 15.8 % з опрацьованих респондентів страждають на безсоння. Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів: 4 % - відсутні прояви депресій, 14 % легкий ступінь депресій, 33 % середній ступінь депресій, 49 % опитаних мають високий ступінь депресій.

Важливо пам'ятати, що депресія – це хвороба, що піддається лікуванню, але потребує кваліфікованої допомоги фахівців. Відсутність своєчасного терапевтичного втручання може призвести до тяжких наслідків для здоров'я.

Ключові симптоми депресії: Стійкий пригнічений настрій, помітно зменшений інтерес або задоволення від будь-якої діяльності тривалістю більше 2 тижнів.

Поширені прояви депресії: численні постійні симптоми порушення фізичного здоров'я без явної причини, брак сил, втома, проблеми зі сном(забагато/замало сну), тривога, значні зміни в апетиті або вазі (набір або втрата ваги), переконання у нікчемності, надмірне відчуття провини, нерішучість, помітна ажитація або фізичне занепокоєння, відчуття безнадії, думки про суїцид або відповідні дії.

Тривалість симптомів більше 2 тижнів є диференційною ознакою, що відрізняє депресію від звичайного пригніченого настрою.

Треба зазначити мережа закладів первинної медичної допомоги є широкою і децентралізованою. А для пацієнта лікар, з яким укладена декларація, є першим фахівцем, до якого звертаються за допомогою. Щоб отримати психологічну допомогу у сімейного лікаря, пацієнт може звернутися до центру первинної допомоги без направлення.

Лікар первинної ланки має оцінити клінічний стан пацієнта, зокрема фізичний та психологічний, щоб виявити тривожні стани, депресії та інші розлади психічного здоров'я. Якщо потрібно, пацієнта направлять на проведення лабораторних та інструментальних досліджень чи на консультацію до лікаря-психіатра. Психотерапія є ключовим методом лікування депресії поряд із медикаментозною терапією. Вона допомагає пацієнту змінити деструктивні мисленнєві моделі, знайти джерела підтримки та виробити стратегії подолання. Вона робить наголос на конкретних змінах в поведінці, думках та емоціях людини.

Програму медичних гарантій Національної служби здоров'я України розширили, щоб психологічну допомогу можна було отримати на первинному рівні надання допомоги у сімейного лікаря та лікаря педіатра.

Таким чином дослідження показують, що мультидисциплінарні програми лікування, які об'єднують медичні, психологічні та соціальні інтервенції, забезпечують покращення якості життя пацієнтів, зниження інтенсивності симптомів, відновлення адаптаційних ресурсів [3; 4].

Психотерапія, як один з методів роботи з депресією може бути ефективною і навчити пацієнта контролювати стан свій стан. Вибір методу психотерапії залежить від типу депресивного розладу, особистості пацієнта та його життєвих обставин. Найчастіше ефективним виявляється поєднання декількох підходів. Психотерапія допомагає не лише подолати симптоми депресії, а й запобігти її рецидивам у майбутньому. Розвиток ефективних методів лікування, доступ до якісної психотерапії та зниження стигми — це ключові завдання, що допоможуть боротися з цією проблемою.

Програма емоційного та фізичного відновлення.

Медицина психіки та тіла досліджує взаємодію психіки та тіла, а також потужні способи, за допомогою яких ви можете зцілювати себе та зміцнювати своє здоров'я. Думки, почуття, переконання та ставлення можуть впливати та формувати кожен аспект біологічного функціонування. А те, що відбувається у нашому тілі та наше піклування про нього може впливати на хід наших думок, відчуття та переконання. Це означає, що у нас є багато можливостей. Таким чином ми можемо багато чого зробити, щоб подбати про себе. Існують техніки і

практики медицини психіки та тіла, які ми можемо використовувати, щоб позитивно впливати на наш повністю взаємозалежний стан психіки та тіла та загальне самопочуття.

Отже, програма розвитку навичок управління психікою та тілом передбачає групову роботу з використанням дидактичних та емпіричних вправ/уміння, медитації, концентрації, технік усвідомленого дихання, аутогенне тренування, візуалізація, елементи йоги та пропозицій щодо домашньої практики. [6].

Література:

1. Результати третьої хвилі соціологічного дослідження, проведеного компанією Gradus Research у межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?». Детально ознайомитися із опитуванням «Ментальне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни» можна за посиланням: <https://bbu.org.ua/tretya-hvilya-doslidzhennya-gradus-research-mentalne-zdorov-ya/>
2. Корнієнко В. В. Особливості соціально-психологічної адаптації осіб з депресивними розладами. Психологічні ресурси адаптаційного потенціалу особистості: монографія. Дніпро : ДНУ ім. Олеса Гончара, 2021. С. 156-170.
3. Корнієнко В. В., Шевяков О. В., Сергієні О. В. Соціально-психологічна реабілітація особистості: навч. посібник. Дніпро: ДДУВС, 2023. 56 с.
4. Марута Н. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція). Український вісник психоневрології. 2016. № 1(86). С. 5-11.
5. Малкина Пих. І.Г. Довідник практичного психолога іздательство Есмо 992 с. <http://ibib.ltd.ua/psihosomatika-spravochnik-prakticheskogo.html>
6. Посібник для навчання учасників спільноти. Використання медицини психіки та тіла у вашій громаді та професійній діяльності. The Center of Mind-Body Medicine. 2006-22 – 154 с.

ПІДЛІТКОВИЙ СУЇЦИД В УМОВАХ ВІЙНИ

Діденко Г.М., Денисенко А.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

На сучасному етапі є проблеми, що приковують до себе увагу дослідників не лише через свідомість їх об'єктивної значущості та актуальності, але й завдяки їх прямого відношення до сфери людинознавства – до них можна віднести самогубство. Останнім часом інтерес до цієї теми помітно зріс, доказом чого служить розгортання в багатьох країнах світу величезної наукової й практичної діяльності довкола феномену «суїцид», виходять спеціальні суїцидологічні журнали, організовуються міжнародні симпозиуми, створена Міжнародна асоціація з запобігання суїциду (IASP).

Як затверджує статистика, смерть від суїциду посідає друге місце в Україні після природної смерті й смерті від зовнішніх чинників. **У 2019-му році Україна мала вдвічі вищі показники кількості самогубств на душу населення, ніж середньосвітові [3].**

Частота суїцидальних дій серед молоді, протягом останніх десятиліть подвоїлася. Різко зросла кількість самовбивць серед дітей та підлітків

у віці від 5 до 14 років. Найбільше самогубств реєструються навесні, коли людські нещастя контрастують зі цвітінням навколишньої природи, а також зараз в умовах війни.

Постійне зростання рівня самогубств та суїцидальних спроб в Україні обумовив поглиблене дослідження нами цієї проблеми.

Виходячи з актуальності даної проблеми, ми поставили перед собою **мету** - проаналізувати доступну наукову літературу щодо проблеми дослідження, виявити фактори, що сприяють суїцидальній поведінці серед представників старшого підліткового віку.

Для розв'язання поставлених задач було застосовано комплексний підхід, який полягав у поєднанні теоретичного аналізу наукових джерел із застосуванням емпіричного дослідження, а також методи: спостереження, анкетування, стандартизовані опитувальники, проєктивні тести та бесіди.

Дослідження схильності до суїцидальної поведінки, мотивів парасуїциду здійснювалося за допомогою методик, розроблених Б. Любан-Плоцком. Діагностика індивідуальних особливостей проводилася за допомогою методик, представлених С.А. Будасі, А.А. Реаном, Й. Фаренбергом, Е.Г. Ейдемільером. Для визначення відношення підлітків до смерті використовувався проєктивний тест «Малюнок смерті».

В емпіричному дослідженні було обстежено 50 учнів у віці від 15 – 17 років, з них 25 дівчат та 25 хлопців.

Як показує аналіз наукової літератури, термін «суїцид» характеризує самодеструктивну поведінку людини, спрямовану на навмисне позбавлення себе життя, а також відмову від реальних можливостей уникнути смерті в критичній ситуації [1].

Під самогубством ми розуміємо результат соціально – психологічної дезадаптації особистості в умовах сучасного суспільства. Психологічні кризи виникають в результаті інтимних, сімейно-особистісних, соціальних, творчих та воєнних конфліктів.

Фахівці описують три форми суїциду, до яких можна віднести: правдиву (коли людина дійсно хоче вбити себе), афективну (з перевагою емоційного моменту) та демонстративну (самогубство як засіб привернути увагу до своєї особи) [1].

У підлітковому віці мотиви суїцидальних дій найчастіше є егоїстичними. Суїцидальна поведінка підлітків часто пояснюється тим, що молоді люди, не маючи достатнього життєвого досвіду, не можуть правильно визначити мету свого життя та шляхи її досягнення [2].

Із загальних чинників суїцидів серед підлітків можна назвати такі: втрата улюбленої людини, стан перевтоми, уражене відчуття власної гідності, руйнування захисних механізмів особи в результаті вживання алкоголю, психотропних засобів і наркотиків, ототожнення себе з людиною, що вчинила самогубство, різні форми страху, гніву й смутку з різних приводів [2].

Звісно, кожний випадок суїциду — індивідуальний, але деякі загальні тенденції, властиві саме підлітковим і дитячим суїцидам, вони значною мірою відрізняються від причин, із яких добровільно йдуть із життя дорослі люди. Будь-

яка дитина діє відповідно до своїх бажань за принципом «тут і зараз», не враховуючи при цьому можливих наслідків своїх вчинків. Спроможність витримати, перетерпіти, затримати реакцію, подумати, перш ніж зробити, розвивається з віком [1].

Аналізуючи результати отримані підчас діагностування схильності старших підлітків до суїциду, нами встановлено, що 15,0% респондентів мали спробу самогубства. У той же час виявлено, що 29,0% учня загальної вибірки потрапили у групу «ризик суїцидальної поведінки». У останніх 56,0% респондентів схильність до суїциду не виявлено.

Всі респонденти, на основі отриманих даних, були розділені на три групи, в залежності від їх схильності до суїцидальної поведінки: перша група – суїциденти, друга – група ризику та третя – відсутність схильності до суїциду.

Аналізуючи наступну методику, показники якої характеризують мотиви парасуїциду, нами розкрито, що у всіх представників загальної вибірки (трьох груп) присутні такі мотиви, як маніпулятивні, амбівалентні та бажання смерті. Однак, у першій групі вони виражені у максимальних значеннях, у другій – на середньому рівні, а у третій – у мінімальних значеннях.

Слід зазначити, що мотив «бажання смерті» для всіх трьох груп має мінімальне значення. Провідним мотивом, особливо для першої та другої групи, є мотив – «маніпулятивний», тобто прагнуть маніпулювати кимось, щоб налякати, що вони підуть з життя.

Як показав наступний аналіз результатів, юнаки та дівчата у віці 15 – 17 років, які мали спробу лишити себе життя, характеризуються низькою самооцінкою, побоюванням зіштовхнутися з невдачами, завищеною невростичністю, депресивністю, дратівливістю та соромливістю. Залежно від цих рис характеру, вони відносяться до меланхолічного, циклоїдного, неврастенічного, психастенічного, шизоїдного, паранойяльного, істеричного та нестійкого типів. Дані типи сприяють виникненню маніпулятивних мотивів парасуїциду, щоб привернути увагу до себе близьких людей. Всі ці фактори впливають на роздуми дитини о сенсі життя, які вони переносять на свої малюнки.

Старші підлітки, які попали у групу «ризик» мають ті самі мотиви парасуїциду. Серед особистісних рис у них максимально виражені наступні: спонтанна та реактивна агресивність, депресивність, дратівливість, соромливість, товариськість, низька й адекватна самооцінка, мотивація до успіху та побоювання невдач. Ці особливості породжують такі типи, як гіпертимний, циклоїдний, емоційно-лабільний, неврастенічний, сенситивний та паранойяльний. У своїх малюнках підлітки відображають вбивство, де обов'язково присутній винний, а також світло у кінці тунелю. Більшість з них також відчувають себе самотніми та нікому не потрібними.

Підлітки, у яких відсутня схильність до суїциду, відрізняються від перших двох груп такими показниками, як адекватна та завищена самооцінка, товариськість, врівноваженість, відвертість, екстраверсія та висока мотивація до успіху. Емоційний стан дівчат та хлопців відображається у їх малюнках, вони сприймають смерть, як щось неминуче, що очікує кожную людину у кінці життя.

Література:

1. Гук О., Гриник І. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків як актуальна соціально-педагогічна проблема. Молодь і ринок, 2021. № 2. С. 81- 85.
2. Рогатинська Н., Білосевич О. Суїцид серед неповнолітніх. *Актуальні проблеми правознавства*, 2024. 1 (37). С. 250 – 256.
3. <https://www.radiosvoboda.org/a/zapobihannya-samohubstvam-viyna-veterany-haryacha-liniya/33113003.html>

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ДІЯЛЬНОСТІ КАПЕЛАНІВ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВИХ

Ходаківський О.І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність проблеми полягає в тому, що специфіка участі військових у бойових діях часто негативно впливає на їхній психоемоційний стан. Наявні інструменти та підходи до їхнього відновлення не завжди є достатніми та ефективними. У цьому сенсі актуальною є проблема впровадження роботи капеланів для покращення психоемоційного стану військових поряд із роботою психологів та інших фахівців. Щодо останнього існують позитивні дані в деяких дослідженнях [2,5,7]. Можна стверджувати, що така взаємодія капеланів, як індивідуальна, так і групова, є однією з важливих ланок супроводу військових, спрямована на досягнення більш ефективних результатів щодо відновлення психоемоційного стану учасників бойових дій.

Попри те, що дослідження [2,5,7] досвіду роботи капеланів у цьому напрямі все більше зростають, вони все ще залишаються обмеженими. Враховуючи це, ми поставили **мету** узагальнити наявні дані щодо специфіки впливу діяльності капеланів на покращення психоемоційного стану військових.

Попередній аналіз поставленої задачі дав змогу виявити кілька підходів взаємодії капеланів із військовими.

Перший, умовно названий нами, як **комплексний**. До нього можна віднести результати досліджень Калениченко. Автор виділяє три ролі діяльності капелана у взаємодії з військовими: роль священника й душпастиря, роль психолога та роль волонтера [4]. У ролі священника він виконує свою основну місію – веде духовну опіку й задовольняє релігійні потреби військових. У ролі психолога він спілкується, вислуховує бійців, підтримує, дає поради, допомагає долати страх, вирішувати конфлікти тощо. У ролі волонтера він залучає гуманітарну, матеріальну допомогу, наприклад, шукаючи фінанси та закупаючи необхідні речі, спорядження, інструменти тощо. Ця робота надає соціальну підтримку військовим. З огляду на наведене можна говорити, що комбінуючи й суміщаючи всі три ролі капелан має найбільший позитивний вплив на бійців та їхній психоемоційний стан.

Другий підхід, умовно названий нами, як **підхід розкриття функцій** капелана у вищенаведених видах взаємодії капелана, що уточнює і деталізує їх. Відповідно до цього підходу, науковці [4,7], аналізуючи служіння капеланів в Україні часів АТО, зазначають, що вищеназвані ролі капелана знаходять вираження у виконанні таких основних функцій:

- духовної, яка включає проведення релігійних служінь, священнодійств, церковних таїнств та душпастирського спілкування,
- гуманітарної, яка спрямована на пошук ресурсів для допомоги,
- соціальної, згідно з якою капелан працює з родинами бійців і контактує з цивільним суспільством,
- терапевтичної, яка включає соціально-психологічну допомогу бійцям, які переживають кризові стани,
- інформаційної, згідно з якою капелан представляє інтереси бійців через взаємодію з представниками влади та медіа.

Третій підхід – це підхід, у якому напрями взаємодії капеланів із військовими регламентуються певними нормативно-правовими та іншими інструкціями [1]. Найбільш чітко такі функції взаємодії представлені в Законі України про Службу військового капеланства, де визначено специфічну, оптимізовану, профільну направленість. Закон України про Службу військового капеланства визначає такі 4 напрями діяльності капелана:

А. Душпастирська опіка (духовна підтримка, сприяння формуванню особистісної стійкості бійців);

Б. Релігійно-просвітницька робота (ознайомлення з основами релігійного світогляду, з етичними засадами захисту держави; виховання патріотизму, братерства та взаємоповаги);

В. Соціально-добродійна діяльність (турбота про матеріальні й соціальні потреби, налагодження партнерських відносин з релігійними, волонтерськими, громадськими організаціями задля надання всебічної підтримки, забезпечення турботливого ставлення до військових та їхніх родин);

Г. Консультування військового командування з релігійних питань (як духовно-релігійні питання можуть вплинути на виконання бойових завдань; пропозиції щодо організації релігійних заходів; інформування щодо релігійної ситуації в підрозділі, в місці дислокації і місці виконання завдань).

Четвертий підхід, який можна умовно назвати **конфесійним**. Військовий капелан належить до певної релігії і конфесії, також кожен військовий має своє віросповідання, яке може відрізнятися від віри капелана. Частина військових вважають себе нерелігійними: атеїстами або агностиками. В обов'язки капелана входить служити всім бійцям без винятку. Відповідно до різних релігійних переконань бійців, капелан має місію «служити своїм, опікуватися усіма, сприяти іншим» [3]. Служити своїм означає проведення богослужінь, таїнств, обрядів для тих, хто розділяє ту ж саму віру, що і капелан. Опікуватися усіма – це гуманітарна й моральна підтримка всіх бійців без винятку. Сприяти іншим – це особлива підтримка бійців іншої віри, щоб допомогти їм реалізувати їхні духовні запити в контексті їхньої релігійної приналежності. Отже характер та інтенсивність

взаємодії капелана з кожним військовим відрізняється залежно від їхнього віросповідання і відповідно має різний вплив на їхній психоемоційний стан.

П'ятий підхід взаємодії капеланів з військовими залежить від боєздатності і стану здоров'я бійців. Капелан повинен «дбати про живих, підтримувати поранених, шанувати загиблих» [3]. Тобто характер піклування капелана залежить від того чи боєць боєздатний, чи він поранений, чи перебуває в полоні, чи повернувся з полону, чи він зник безвісти або загинув. Очевидно, що капелан не має доступу до безпосередньої допомоги полоненим, зниклим безвісти і загиблим воїнам, але характер його піклування про родину бійця і шанування полеглого воїна, має вплив і на інших військових, які спостерігають за роботою капелана.

Підсумовуючи огляд різних підходів взаємодії капелана з військовослужбовцями можна зробити проміжний висновок. Він полягає в тому, що у всіх наведених підходах, незважаючи на констатацію наявності психологічної допомоги капеланів її розкриття ще недостатньо описано й потребує поглиблених досліджень. Наш аналіз наукових публікацій щодо психологічного впливу діяльності капеланів дав наступні попередні результати.

Так дослідження проведене Маковським [6] серед психологів та капеланів прикордонної служби, засвідчило позитивний вплив і доцільність залучення капеланів до надання психологічної допомоги: при подоланні психологічних травм, викликаних страхом смерті, пораненням чи загибеллю побратимів; при вирішенні сімейних проблем військових; для вирішення конфліктів в підрозділі; для досягнення духовної і особистісної гармонії військових.

В цьому аспекті слід також звернути увагу на результати досліджень Войтюк [2], яка на основі узагальнень зарубіжних робіт присвячених діяльності капеланів показала її вплив на покращення емоційного стану при корекції психічних травм та посттравматичного стресового розладу військових та ветеранів. У цьому ж контексті Кострубою [5] було проведене дослідження щодо впливу душпасторської опіки капеланів на психічне здоров'я. Автор констатує, що цей вплив має позитивний характер і його умовно можна поділити на дві основні категорії: соціальний і когнітивний. Залучення в релігійну спільноту надає людині в кризових станах необхідну соціальну підтримку. А релігійний світогляд допомагає сприймати негативні обставини життя в позитивному ключі, пропонуючи копінг-стратегії подолання кризових ситуацій.

Отже, узагальнюючи проведений нами аналіз літератури вітчизняних і зарубіжних досліджень відносно характеру взаємодії капеланів з військовими та його впливу на психоемоційний стан військових, можна зробити попередні висновки:

1. Вищенаведені напрямки взаємодії капелана мають спільні і відмінні позиції. До спільних можна віднести орієнтацію на цілеспрямоване використання професійних релігійних практик та соціальну ролеву функцію взаємодії. До відмінних можна віднести пряму або опосередковану взаємодію. Опосередкований вплив здійснюється через піклування про сім'ю військового і його побратимів (поранених, полеглих, зниклих безвісти, полонених), через представництво інтересів військового суспільству й через консультативно

просвітницьку взаємодію з військовим командуванням. Загалом капелан виконує ролі священника, психолога, волонтера, радника, комунікатора тощо.

2. Проведений попередній аналіз діяльності капеланів свідчить, що його функції, методи взаємодії з військовими переважно ґрунтуються на психологічних особливостях комунікативного впливу. Серед ключових особливостей такої взаємодії важливими є, як індивідуальна, так і групова робота з військовими, а також у співпраці з психологами та командуванням.

3. Проблема діяльності капеланів в аспекті можливостей їхнього впливу на покращення психоемоційного стану військових є достатньо актуальною та мало ще вивченою.

4. Актуальним на майбутнє є розкриття психологічних інструментів у поєднанні з теологічними практиками, спрямованими на профілактику, психокорекцію психоемоційного стану військових, які в найбільшій мірі постраждали від участі в бойових діях.

Література:

1. Про Службу військового капеланства : Закон України від 30.11.2021, № № 1915-IX : станом на 04.05.2024. Голос України. 2021. 21 груд.
2. Войтюк О. Залучення військових капеланів до надання психологічної допомоги військовослужбовцям: теоретичний огляд закордонних досліджень. Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія. 2022. вип. 2. С. 20–24. URL: <https://doi.org/10.32689/maur.psych.2022.2.3> (дата звернення: 14.04.2025).
3. Гореньков Д. Військове капеланство. Пошуки місця в строю. Український тиждень. 01.04.2025. URL: <https://tyzhden.ua/vijskove-kapelanstvo-poshuky-mistsia-v-stroiu/> (дата звернення: 14.04.2025).
4. Калениченко Т. Фокус на капелані: формування ролі та місії душпастирів для військовослужбовців. Софія. Гуманітарно-релігієзнавчий вісник.. 2017. вип. 1. С. 20–28.
5. Коструба Н. Психічне здоров'я і релігія: роль душпастирської опіки у медичних закладах. Теорія і практика сучасної психології. 2020. Т. 1 : 1. С. 112–117. URL: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-1.21>.
6. Маковський А. Практичні рекомендації керівному складу військових частин, органів і підрозділів охорони державного кордону щодо психологічного супроводу професійної діяльності прикордонників засобами душпастирства військових капеланів. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2021. вип. 1. С. 55–58. URL: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2021.4.11>.
7. Маковський А. О. Психологічний супровід професійної діяльності прикордонників засобами душпастирства військових капеланів : дис. д-ра філософії у галузі 05 Соц. та поведінк. науки / Національна академія ДПС України ім.Б.Хмельницького. Хмельницький, 2023. 276 с.

ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ЯК ПРЕДИКТОРИ РОЗЛАДІВ СНУ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ ПРОБЛЕМИ

Тітова О.М., Венгер Г.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Ключові слова: сон, безсоння, особистісні риси, Big Five, нейротизм, тривожність, психодіагностика, психічне здоров'я.

Об'єкт дослідження: Особистісні чинники як психоемоційні предиктори порушень сну.

Предмет дослідження: Залежність якості сну від типу особистості за моделлю "Big Five"

Мета дослідження: Проаналізувати вплив особистісних рис (модель Big Five) на якість сну та схильність до його порушень (зокрема, безсоння і тривожність перед сном).

Актуальність теми

У сучасному світі спостерігається стрімке зростання кількості людей, які страждають на розлади сну. Ці порушення мають тісний зв'язок із психічним здоров'ям, тривожними станами, депресією та хронічним стресом. У зв'язку з цим усе більше уваги приділяється пошуку факторів, які впливають на сон людини. Одним із таких чинників є особистість. Особистісні риси визначають рівень сприйнятливості до стресу, здатність до емоційної регуляції, поведінкові реакції на перевантаження та втомлюваність — усе це, безумовно, відображається на якості нічного відпочинку. Саме тому дослідження зв'язку між типом особистості та порушеннями сну є важливим не лише для психології, а й для медицини, психотерапії та гігієни сну.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати психологічну природу сну та його зв'язок із особистістю.
2. Дослідити наукові підходи до вивчення порушень сну з огляду на психологічні чинники.
3. Визначити, які риси особистості (модель Big Five) можуть бути предикторами безсоння та тривожності.
4. Узагальнити емпіричні дослідження та сформулювати висновки щодо психопрофілактики порушень сну.

Сон — базова біологічна потреба людини, що є необхідною умовою психофізіологічного відновлення. Упродовж життя людина проводить у сні близько третини свого часу. Якість сну безпосередньо впливає на емоційний фон, когнітивні функції, загальний рівень стресу, а також на ефективність у роботі, навчанні, міжособистісній взаємодії.

У науковій літературі порушення сну, зокрема безсоння, часто розглядаються як симптом глибших емоційних чи психічних розладів. Однак нині все більше досліджень акцентують увагу на індивідуальних особистісних особливостях як потенційних чинниках ризику щодо виникнення порушень сну [1; 3].

Проблема вивчення: Тривалий час у вивченні сну домінували нейробіологічні моделі. Вони розглядали безсоння як результат порушення біоритмів, нестачі мелатоніну або хронічного впливу зовнішніх факторів (гучне середовище, світло, робота у нічну зміну тощо). Однак такий підхід не пояснює, чому при однакових умовах один індивід спить добре, а інший — потерпає від безсоння.

Поступово увага вчених почала зміщуватися у бік психологічних моделей. Саме тут виникла ідея розглядати риси особистості як такі, що можуть бути предикторами сну: одні — захисними, інші — ризикогенними [2; 4].

Наукові дослідження: Сучасні дослідження все частіше застосовують модель «Великої п'ятірки», яка охоплює п'ять основних вимірів особистості: нейротизм, екстраверсія, відкритість до досвіду, добросовісність та доброзичливість [1].

Найбільш негативно на сон впливає високий рівень нейротизму. Люди з цією рисою частіше відчують тривожність, роздратованість, схильність до катастрофічного мислення. Вони довше засинають, мають фрагментарний сон, прокидаються серед ночі. Дослідження показали, що нейротизм є найсильнішим предиктором безсоння [3].

Добросовісність, навпаки, вважається захисним чинником: люди з високим рівнем цієї риси дотримуються режиму, уникають шкідливих звичок, що позитивно впливає на сон [5].

Екстраверсія має двозначний вплив. З одного боку, екстраверти частіше мають достатню фізичну активність протягом дня і добре засинають. З іншого — їхнє активне соціальне життя іноді затягується на ніч, що порушує циркадні ритми [2].

Також виявлено, що відкритість до досвіду корелює з більш яскравими сновидіннями і менш глибоким сном. Це не завжди є патологією, але може свідчити про високу емоційну активацію навіть у стані сну [4].

Теоретичні підходи до пояснення зв'язку сну й особистості Згідно з когнітивно-біхевіоральною моделлю безсоння, центральним механізмом є надмірна активація нервової системи перед сном, що супроводжується негативними очікуваннями, румінаціями, гіперувагою до тілесних відчуттів [6]. У цьому контексті риси особистості, зокрема нейротизм, можуть бути факторами, що підсилюють ці механізми. Люди з низькою стресостійкістю легше активуються, гірше відновлюються після навантаження, частіше переживають «мисленнєвий шум» уночі [3; 6].

Когнітивна теорія Дж. Бека розглядає безсоння як результат негативних автоматичних думок, які закріплюються на фоні тривожних рис особистості. Отже, особистість не лише реагує на стрес, а й формує установку до сну, яка стає фактором хронізації безсоння [5].

Висновки

Таким чином, особистісні риси мають важливе значення для розуміння механізмів порушень сну. Найбільш значущими з точки зору ризику є високий нейротизм і низька добросовісність. Водночас такі риси, як доброзичливість та

помірна екстраверсія, можуть сприяти якісному сну. Урахування цих чинників може стати основою для персоналізованої психопрофілактики безсоння.

Література:

1. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. Psychological Assessment.
2. Meyer, B., & Taylor, R. (2005). Personality traits and sleep quality: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*.
3. Van Houtem, T. M., & Hengeveld, A. (2019). Sleep and personality traits: The moderating role of emotional stability. *Sleep Health*.
4. Papp, L. M., & Bowers, A. L. (2017). Personality traits and sleep in the transition to adulthood. *Journal of Research in Personality*.
5. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press.
6. Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., et al. (2006). Recommendations for clinical management of sleep disorders in older adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*.

КЛІНІЧНА ТИПОЛОГІЯ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Трофімова Т. А., Венгер Г.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Об'єкт дослідження: Клінічні особливості депресивного синдрому.

Предмет дослідження: Типологія депресивного синдрому у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Мета дослідження: Виявити та описати клінічні типи депресивного синдрому, що зустрічаються у пацієнтів з ПТСР.

Актуальність дослідження: Посттравматичний стресовий розлад є серйозною проблемою психічного здоров'я, яка часто супроводжується коморбідними розладами, зокрема депресією. Взаємозв'язок між ПТСР та депресією є складним і багатограним, а клінічні прояви депресивного синдрому у пацієнтів з ПТСР можуть відрізнятися від депресії, що виникає ізольовано. Розуміння клінічної типології депресивного синдрому в цій популяції є важливим для покращення діагностики, розробки більш цілеспрямованих стратегій лікування та прогнозування перебігу захворювання. Недостатня кількість досліджень, присвячених саме типології депресивних проявів у контексті ПТСР, підкреслює актуальність даної роботи.

Клінічна типологія депресивного синдрому у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є хронічним психічним станом, що розвивається у деяких людей після переживання або спостереження

травматичної події. Характерними симптомами ПТСР є нав'язливі спогади, уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, негативні зміни у мисленні та настрої, а також підвищена збудливість [1, 2]. Депресивний синдром є одним з найбільш поширених коморбідних станів при ПТСР, значно погіршуючи якість життя пацієнтів та ускладнюючи лікування [3].

Клінічні прояви депресії у пацієнтів з ПТСР можуть бути різноманітними та відрізнятися від класичної картини великого депресивного розладу. Дослідники виділяють кілька потенційних типів депресивного синдрому в цій популяції.

Одним з можливих типів є "тривожно-депресивний" тип, що характеризується поєднанням виражених симптомів тривоги (наприклад, надмірне хвилювання, дратівливість, проблеми зі сном) з класичними симптомами депресії (знижений настрій, втрата інтересу, втома) [4]. У пацієнтів з ПТСР тривога може бути тісно пов'язана з травматичними спогадами та гіперпильністю, що нашаровується на депресивні переживання.

Іншим можливим типом є "апатично-ангедонічний" тип, для якого характерна виражена втрата інтересу та задоволення від діяльності, загальмованість, апатія та емоційна приглушеність. У контексті ПТСР цей тип може бути пов'язаний з емоційним онімінням як одним із симптомів розладу, що призводить до зниження здатності відчувати позитивні емоції [5].

Також виділяють "соматизований" тип депресії, при якому на перший план виступають соматичні симптоми (біль різної локалізації, шлунково-кишкові розлади, головний біль), а емоційні прояви депресії можуть бути менш вираженими або завуальованими. У пацієнтів з ПТСР соматизація може бути пов'язана з хронічним стресом та порушенням регуляції вегетативної нервової системи [6].

Окремо слід розглядати "дизрегуляційний" тип депресії, що характеризується значними коливаннями настрою, дратівливістю, імпульсивністю та труднощами у контролі емоцій. У пацієнтів з ПТСР цей тип може бути пов'язаний з порушенням емоційної регуляції, що є одним з наслідків травматичного досвіду [7].

Важливо зазначити, що ці типи не є взаємовиключними, і у одного пацієнта можуть спостерігатися ознаки кількох типів одночасно. Крім того, клінічна картина депресивного синдрому може змінюватися з часом залежно від перебігу ПТСР, ефективності лікування та інших факторів.

Розуміння клінічної типології депресивного синдрому у пацієнтів з ПТСР має важливе значення для клінічної практики. Диференційна діагностика різних типів депресії може допомогти у виборі найбільш ефективних стратегій лікування, які можуть включати фармакотерапію, психотерапію, а також комбіновані підходи [8, 9]. Наприклад, при тривожно-депресивному типі особливу увагу слід приділяти методам зниження тривоги, тоді як при апатично-

ангедонічному типі можуть бути корисними стратегії, спрямовані на відновлення інтересу та мотивації.

Подальші дослідження у цій галузі є необхідними для більш глибокого розуміння патофізіологічних механізмів, що лежать в основі різних типів депресивного синдрому у пацієнтів з ПТСР, а також для розробки більш персоналізованих та ефективних підходів до лікування.

Література:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Resick PA, Monson CM, Rizvi SL. Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide. Guilford Publications; 2022.
3. Goodman WK, Charney DS. Anxiety and depressive disorders complicating posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*. 2008;38(9):571-579.
4. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Guilford Press; 2009.
5. Yehuda R, McFarlane AC. Biological factors associated with susceptibility and resilience to posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1995;761(1):137-153.
6. Kimerling R, Street AE, Pavao J, Smith KM, антипова ВМ, сергієнко ОО. Health risk behaviors associated with PTSD among women veterans. *Women's Health Issues*. 2010;20(3):191-198.
7. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. Guilford Press; 2007.
8. Steenkamp MM, Litz BT, Peterson AL, лейбін ЕВ, sherwood HE. Prolonged exposure therapy for military-related PTSD: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*. 2015;41:58-68.
9. Національна академія медичних наук України, Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної спеціалізованої та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги. Посттравматичний стресовий розлад. 2016.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ УКРАЇНЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У СЛОВЕНІЇ ЧЕРЕЗ ВІЙНУ

Толмачева М. А., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення адаптації вимушено переміщених осіб є актуальною у сучасної психології [1,8,10], особливо в умовах збройних конфліктів та масштабних міграцій. Так, станом на кінець 2024 року у світі було понад 122, 6 млн переселенців, з них 6, 5 млн — українці, зокрема 11 700 у Словенії [2]. Слід зазначити що, вимушено переміщені особи часто стикаються з травматичними подіями, втратою, культурною ізоляцією, що ускладнює адаптацію та інтеграцію в нове середовище й підвищує ризик депресії, апатії, тривоги [1, 3]. У цьому контексті важливою складовою адаптації є копінг — процес подолання стресових ситуацій, що впливає на психічне здоров'я та стійкість людини [3].

У дослідженнях Г. Ауберта, А. Бандури, Дж. Беррі, У. Бронфенбреннера, У. Кеннона, Р. Лазаруса, Г. Сельє та інших було закладено теоретичну основу вивчення адаптації [1,4], тоді як сучасні автори, такі як П. Длугош, Л. Карамушка,

Л. Коробка, О. Креденцер, І. Мажак, Д. Ріцці та інші зосереджуються на дослідженні особливостей адаптації та копіngu українських біженців, підкреслюючи потребу в подальшому вивченні цієї групи.

Психологічна адаптація вимушених мігрантів визначає їхнє благополуччя, інтеграцію та якість життя [1,4]. Міждисциплінарне вивчення зазначеної проблеми сприяє розробці ефективних інтервенцій і політик підтримки ментального здоров'я та соціальної інтеграції біженців.

Мета статті полягала у розкритті поняття психологічної адаптації вимушено переміщених українців, які перебувають за кордоном унаслідок війни.

Об'єкт дослідження: психологічна адаптація вимушено переміщених осіб.

Предмет дослідження: особливості психологічної адаптації повнолітніх українців, які перебувають у Словенії через війну.

Узагальнення наукової літератури [3,5,6,7] свідчить, що визначення «біженець» є найбільш уживаним і часто ототожнюється з поняттям «вимушено переміщена особа», попри відмінності у визначеннях. Варто зазначити, що більшість українців, які перебувають за кордоном, мають статус тимчасового захисту відповідно до Директиви ЄС 2001/55/ЄС і є вимушено переміщеними особами; утім, у публічному дискурсі їх нерідко позначають як «біженців». Точне розмежування понять має важливе значення для правового регулювання доступу до допомоги. Зокрема, у Словенії дорослі українці, які перебувають під тимчасовим захистом, можуть розраховувати лише на невідкладну медичну й психіатричну допомогу, тоді як системна підтримка в галузі охорони здоров'я та психологічної допомоги є обмеженою. Такі обмеження можуть ускладнювати адаптаційні процеси, підсилювати прояви ПТСР, розладів, пов'язаних зі стресом, а також симптоми депресії та тривоги, і виступати чинниками хронічного стресу [7]. Крім того, точне використання термінів сприяє більш адекватному представленню досвіду переміщених осіб і формуванню ефективної міграційної політики.

Слід зазначити що, психологічна адаптація є невід'ємною частиною людського існування, адже взаємодія із середовищем постійно породжує нові виклики. Разом з тим, вимушене переселення, за визначенням Л. Дідковської, належить до критичних життєвих ситуацій, які потребують значно більших зусиль для пристосування і нерідко супроводжуються негативним сприйняттям нових умов [1]. Адаптаційний процес ускладнюється кризою внутрішньої ідентичності, що впливає на сприйняття себе. Так, Р. Пападопулос наголошує, що адаптація пов'язана не лише з соціальними викликами, а й з глибокими психологічними трансформаціями — від зниження самооцінки до зміни ідентичності [4,9]. Треба зазначити, що екстремальний досвід та розрив із попереднім соціальним і професійним статусом можуть вимагати радикального перегляду внутрішньої картини світу [4,9]. Л. Коробко розглядає адаптацію як активну взаємодію між суб'єктом і середовищем, що передбачає не лише пристосування, а й двосторонні зміни, які формують нову, складнішу систему

взаємодії [8]. Залежно від рівня функціонування особистості виокремлюють психологічний, соціальний та фізіологічний рівні адаптації [10].

Узагальнюючи сучасну літературу, можна стверджувати, що існує низка теоретичних підходів до розуміння адаптації. У необіхевіористській традиції вона трактується як пошук балансу між вимогами середовища й потребами індивіда, у класичному біхевіоризмі — як здатність до навчання з метою досягнення гармонії з оточенням. Інтеракціонізм підкреслює роль соціальних статусів і активну участь особистості в досягненні цілей. У психоаналітичному підході адаптація розуміється як процес, що веде до адаптованості через внутрішні та зовнішні зміни. Екзистенціальна перспектива пов'язує її з пошуком сенсу в умовах моральної кризи. Теорія когнітивного дисонансу розглядає адаптацію як спосіб зменшення суперечностей між внутрішніми переконаннями й зовнішніми вимогами. Ж. Піаже трактував адаптацію як результат асиміляції й акомодатії, що забезпечують узгодження поведінки з новими умовами [1,4,7].

У фокусі психологічної науки перебуває психологічна адаптація як процес особистісних змін у відповідь на зовнішні обставини. Вона передбачає перебудову психічних процесів під впливом середовищних чинників — енергетичних, динамічних, інформаційних [1,10]. За Л. Коробко, цей процес активізується завдяки рефлексії, емпатії та зворотному зв'язку. Психологічна адаптація відображає рівень гармонії між особистістю та її соціальним контекстом, зумовлюється індивідуальними особливостями, стратегіями подолання, механізмами психологічного захисту. На біологічному рівні вона тісно пов'язана зі станом нервової системи, зокрема її здатністю регулювати процеси збудження та гальмування. Тривале емоційне навантаження без належного відновлення може призводити до виснаження адаптаційних ресурсів [8].

Аналіз наукових джерел свідчить, що за більшістю психологічних теорій адаптація розглядається як механізм подолання невідповідності між внутрішніми ресурсами та зовнішніми вимогами. У контексті вимушеного переселення ця невідповідність набуває форми необхідності пристосування до нових культурних, мовних, соціальних та економічних умов, що не завжди узгоджуються з попереднім досвідом особистості. Така ситуація вимагає інтенсивної мобілізації когнітивних і емоційних ресурсів [1, 4, 8].

Узагальнюючи проаналізовані підходи, можна зробити висновок що, психологічна адаптація є складним, динамічним і багаторівневим процесом, що потребує міждисциплінарного аналізу. Вона водночас є відповіддю на стрес і потенціалом для розвитку. У ситуації вимушеної міграції адаптація тісно пов'язана з копінг-стратегіями, рівнем доступної підтримки та особистісною стійкістю. Згідно з сучасними емпіричними дослідженнями [3, 5,6,7], українські переселенці часто демонструють високий рівень психоемоційного навантаження, симптоматику ПТСР, депресії, тривожних розладів. Як наслідок, зростає потреба в системній психологічній підтримці. Успішна адаптація можлива за умови цілісного підходу, що враховує індивідуальні потреби, культурний контекст і суб'єктність особи.

Література:

1. Дідковська Л., Дідковський А. Соціально-культурна адаптація в імміграції. Частина перша. К.: Растр-7, 2024. 180 с. ISBN 6178164602, 9786178164607.
2. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). UNHCR Refugee Population Statistics Database [Електронний ресурс]. URL: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> (дата звернення: 22.04.2025).
3. Rizzi D., Ciuffo G., Sandoli G., Mangiagalli M., De Angelis P., Scavuzzo G., Nych M., Landoni M., Ionio C. Running Away from the War in Ukraine: The Impact on Mental Health of Internally Displaced Persons (IDPs) and Refugees in Transit in Poland // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, No. 24. Article ID: 16439. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416439>.
4. Van Tilburg M., Vingerhoets A. Psychological Aspects of Geographical Moves: Homesickness and Acculturation Stress. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1997. ISBN 9036195977.
5. Завгородня О., Красва О. Психологічні проблеми осіб, вимушено переміщених внаслідок російської агресії // Вісник Національного університету оборони України. 2023. № 73(3). С. 73–82. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-73-82>.
6. Ellis E., Hazell C., Mason O. The Mental Health of Ukrainian Refugees: A Narrative Review // Academia Medicine. 2024. June. DOI: <https://doi.org/10.20935/acadmed6232>.
7. Bregant P. Duševno zdravje beguncev in begunk iz Ukrajine v Sloveniji. Ljubljana: University of Ljubljana, 2024.
8. Спільнота в умовах воєнного конфлікту: психологічні стратегії адаптації : колективна монографія / за наук. ред. Л.М. Коробки ; Л.М. Коробка, В.О. Васютинський, В.Ю. Вінков та ін. ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 286 с.
9. Пападопулос Р. У чужому домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одужання. К.: Лабораторія, 2023. 464 с. ISBN 9786178203368.
10. Ягупова Ю.В., Кушнір Ю.В. Психологічні особливості адаптації особистості до екстремальних ситуацій // Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса. 2022. Т. 2, № 14. С. 174–177. URL: <https://jvestnik-sss.donnu.edu.ua/issue/view/437>

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ КОМПЛЕКСНОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДОРΟΣЛИХ ВНАСЛІДОК НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВ ЖИТТЯ

Шумілова С.Д., Садова М.А.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»

(м. Одеса, Україна)»

Проблема визначення клініко-психологічних критеріїв діагностики комплексного посттравматичного стресового розладу (кПТСР) у дорослих є актуальною як у теоретичному, так і практичному аспектах [1, 6].

У сучасних умовах світової нестабільності, зростання насильства та хронічної небезпеки психіка людини зазнає великого навантаження. Тому збільшується запит на вивчення наслідків тривалої психологічної травматизації. У цьому контексті все більшої уваги набуває поняття кПТСР, яке було офіційно визнано ВООЗ у МКХ-11 як окрема нозологічна одиниця (World Health Organization, 2018) [10].

Отже, актуальність обраної теми не викликає сумніву.

Мета нашої роботи полягала у вивченні та узагальненні клініко-психологічних критеріїв діагностики комплексного посттравматичного стресового розладу у дорослих, які перебували в несприятливих життєвих умовах.

Об'єктом дослідження є кПТСР у дорослих.

Предметом дослідження виступають клініко-психологічні критерії діагностики комплексного посттравматичного стресового розладу у дорослих.

Ключові слова: комплексний посттравматичний стресовий розлад, несприятливі умови життя, діагностика, симптоми кПТСР у дорослих.

Треба зазначити, що на відміну від класичного ПТСР, який виникає після одноразової або обмеженої у часі події, кПТСР розвивається внаслідок тривалого, повторюваного, міжособистісного травматичного досвіду [4]. До таких подій належать емоційне, фізичне або сексуальне насильство в дитинстві, занедбаність, систематичний булінг, домашнє або інституційне насильство, досвід полону чи тортур, залежності, соціальної ізоляції. Саме кумулятивний характер травми, її хронічність і системний характер відрізняють кПТСР від інших травматичних розладів. А ранній початок, близькість із агресором та відсутність доступу до підтримки або допомоги після травми тільки збільшують інтенсивність проявів симптомів [3].

Дослідження (Cloitre et al., 2020; Karatzias et al., 2019) підтверджують, що клінічна структура кПТСР включає не лише базові симптоми ПТСР — інтенсивні інтрузивні спогади, уникнення та гіперактивація — а й глибші зміни в особистісному функціонуванні (disturbances in self-organization, DSO), такі як порушення емоційної регуляції, стійке негативне уявлення про себе і труднощі у побудові безпечних міжособистісних стосунків [1,5]. Ці симптоми значно ускладнюють життя постраждалих, порушують їхню здатність ефективно функціонувати в суспільстві.

Слід зазначити, що труднощі у міжособистісних стосунках є одним з основних аспектів кПТСР, адже до них відносять недовіру до людей, соціальну ізоляцію, постійне відчуття небезпеки в близькості, а також труднощі у формуванні стабільних емоційних зв'язків. Виходячи із досліджень [4], у пацієнтів з кПТСР можуть спостерігатися симптоми тривожної або уникаючої прихильності (Bowlby, 1980), що проявляються через вибір токсичних партнерів або емоційну закритість. Це часто призводить до повторення сценаріїв аб'юзу або формування токсичних зв'язків у дорослому віці. Такі ситуації не тільки порушують соціальну адаптацію, а й значно погіршують емоційний стан, викликаючи відчуття самотності та тривалої ізоляції.

Узагальнюючи сучасну літературу (J. Herman, B. van der Kolk, P. Walker та інші), треба зазначити, що кПТСР є психічним розладом, спричиненим тривалим впливом травматичних факторів. Він виникає внаслідок хронічної міжособистісної травматизації, яка веде до глибоких змін в особистісній структурі та емоційній сфері [4, 8, 9].

На жаль, на сьогоднішній день не існує єдиного універсального підходу до діагностики кПТСР через високу коморбідність та складність прояву симптоматики. Існують поняття «посттравматичний стресовий розлад», «комплексний ПТСР», «розлади саморегуляції», що створює додаткові труднощі при ідентифікації даної патології [7].

Історично на розвиток досліджень кПТСР найбільше вплинули наступні наукові розробки [4, 8, 9]:

1. Концепція J. Herman, яка вперше ввела поняття «комплексної травми» і розмежувала класичний та комплексний ПТСР, наголошуючи на необхідності окремого підходу до діагностики та лікування цих розладів.

2. Роботи B. van der Kolk, який підкреслив нейробіологічні зміни, що відбуваються при тривалій травматизації, і вплив таких змін на емоційне самопочуття та поведінку.

3. Дослідження P. Walker, який описав механізми порушення емоційної регуляції та сформулював концепцію «4F» реакцій (fight, flight, freeze, fawn) як адаптаційні стратегії поведінки людей з кПТСР.

Згідно з дослідженням J. Herman [4] люди із кПТСР часто характеризуються зруйнованою базовою довірою, глибоким соромом та почуттям провини, переконаннями у власній негідності, а також тривалими труднощами в афективній сфері. Ці особливості вимагають не лише нових підходів до терапії, а й особливої уваги до діагностичних критеріїв, які мають враховувати не лише наявність травматичного досвіду, а й його структуру, тривалість та суб'єктивну інтерпретацію.

Крім того, Van der Kolk [8] акцентує увагу на необхідності враховувати нейробіологічні та тілесні аспекти травми. Зміни у роботі системи НРА-вісі, порушення в інтеграції емоційної та когнітивної інформації, активація мигдалеподібного тіла та гальмування префронтальної кори пояснюють, чому при кПТСР людина втрачає контроль над реакціями, «застрягає» в режимі виживання навіть за відсутності прямої загрози та має різні соматичні прояви.

Як показують дослідження Cloitre, Karatzias, Resick і співавторів [1, 5, 7], діагноз кПТСР є статистично валідним, клінічно обґрунтованим і піддається виокремленню як від ПТСР, так і від інших розладів, зокрема розладів особистості. Це не просто «важчий випадок ПТСР», а окремий синдром, який охоплює глибинні зміни в особистісній структурі, що виникають внаслідок тривалої травматизації.

Досліджувана проблема є недостатньо розкрита у сучасній психологічній науці, що пов'язано зі складністю діагностування кПТСР через різні підходи до визначення цього стану у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11) та Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5). МКХ-11 окремо визначає кПТСР, наголошуючи на складності симптоматики та порушеннях самоорганізації, тоді як DSM-5 не виокремлює його як окремий діагноз, що призводить до плутанини в клінічній практиці [5, 7, 10].

Але, незважаючи на науково доведену валідність цього діагнозу, у практиці клінічної психології все ще спостерігаються труднощі його розпізнавання. Це зумовлено як відсутністю чітких індикаторів, так і частковим перетином симптомів із іншими захворюваннями. Існують переконливі докази того, що кПТСР відображає реальний і відомий кластер симптомів, який можна відрізнити від ПТСР наявністю порушень самоорганізації. Однак кПТСР ставить себе в симптомологічну близькість до інших розладів, відзначених емоційною дисрегуляцією, втратою свідомості, ідентичності або самоконтролю, таких як дисоціативні розлади, депресія, БАР, залежності та МРО.

Згідно з дослідженням Guzman Torres et al. (2023) [3], кПТСР часто поєднується з депресивними розладами у 40–60% випадків, з тривожними розладами — у 30–50%, із залежністю від психоактивних речовин — до 40%, та дисоціативними розладами — у 25–35% випадків. Ці фактори створюють значне перекриття симптомів, що може призвести до неправильного діагнозу, оскільки один розлад може маскувати симптоми іншого.

Разом з тим, якщо говорити про фізичний вплив кПТСР, то він часто виражається в соматичних симптомах, таких як хронічна втома, головні болі, болі в м'язах, порушення в роботі серцево-судинної та травної системи, а також порушення сну. Це явище, відоме як “соматизація”, має фізіологічне підґрунтя, пов'язане з порушеннями у роботі вегетативної нервової системи, гіперактивацією симпатичного відділу, нестабільністю гормонального фону, що підтверджує важливість лікування не тільки психотерапевтичними, а й фізіологічними методами [8].

У роботі також враховано культурно-історичний та соціальний контекст України. Як зазначає Courtois [2], в умовах війни, репресій та історичних травм існує досить сильна тенденція до знецінення психічного здоров'я, замовчування, стигматизації психічного страждання, що ще більше ускладнює виявлення кПТСР. Водночас, з огляду на масштабну травматизацію українського населення внаслідок війни, розбудова травмо-інформованого суспільства стає викликом для спеціалістів соціальної сфери.

Особливе значення для точної діагностики кПТСР має вибір адаптованих методик діагностики (ITQ, PCL-5, ACE-Q, DASS-21, якість життя), обумовлений їх здатністю комплексно оцінювати як основні симптоми кПТСР, так і додаткові аспекти психічного здоров'я (депресія, тривожність, негативний дитячий досвід), що часто супроводжують цей розлад.

Таким чином у роботі зроблена спроба теоретичного осмислення критеріїв діагностики кПТСР, спираючись на провідні сучасні підходи. Також доведено, що кПТСР є самостійним розладом з чітко окресленими симптомами та нейропсихологічними маркерами і для його виявлення потрібна комплексна клініко-психологічна оцінка з врахуванням життєвого досвіду людини. Подальше вивчення даного явища збільшить розуміння довготривалого впливу

несприятливих умов життя на психіку дорослої людини та покращить реабілітаційні заходи щодо подолання наслідків.

Література:

1. Cloitre M., Stolbach B. C., Herman J. L., van der Kolk B., Pynoos R., Wang J., Petkova E. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*. 2009. Vol. 22. No. 5. P. 399–408.
2. Courtois C. A., Ford J. D. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*. New York: The Guilford Press, 2009. 482 p.
3. Guzman Torres E., Krause-Utz A., Sack M. Predictors of complex PTSD: the role of trauma characteristics, dissociation, and comorbid psychopathology. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2023. Vol. 10. Article 1.
4. Herman J. L. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1992. 276 p.
5. Karatzias T., Hyland P., Brewin C. R., Cloitre M., et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. Vol. 10. No. 1. Article 1562840.
6. Reed G. M., et al. ICD-11 developmental field study. *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17. No. 2. P. 174–186.
7. Resick P. A., et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature. *Journal of Traumatic Stress*. 2012. Vol. 25. No. 3. P. 241–251.
8. van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score*. New York: Viking, 2014. 443 p.
9. Walker P. *Complex PTSD: From Surviving to Thriving. A Guide and Map for Recovering from Childhood Trauma*. San Jose, CA: Azure Coyote Publishing, 2013. 347 p.
10. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: WHO, 2018. Available at: <https://icd.who.int>

ВПЛИВ ОСОБИСТІСНИХ РИС І КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ НА ПОДОЛАННЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Яременко К. С., Савенкова І. І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)»*

У сучасних умовах воєнного стану українське суспільство щоденно стикається з масштабними психологічними проблемами, зокрема значним зростанням рівня стресових розладів особистості. Психологічна стійкість людини в екстремальних умовах суттєво визначається її індивідуальними рисами характеру та способами подолання стресу. Дослідження зв'язків між особистісними якостями та копінг-стратегіями сприяє глибшому розумінню процесів адаптації, а також створенню ефективних методик психологічної підтримки в умовах воєнного часу. Актуальність даної теми обумовлена необхідністю комплексного підходу до забезпечення психічного здоров'я суспільства та впровадження ефективних шляхів психологічної реабілітації.

Метою даної статті є проаналізувати сучасні наукові підходи до вивчення ролі особистісних рис і копінг-стратегій у подоланні стресових розладів особистості в умовах воєнного часу, а також обґрунтувати перспективи подальшого емпіричного дослідження цієї проблематики.

Об'єкт дослідження: психологічні чинники подолання стресових розладів особистості в умовах воєнного часу.

Предмет дослідження: особливості впливу особистісних рис і копінг-стратегій на перебіг та подолання стресових розладів особистості в умовах війни.

Розуміння цих аспектів допоможе у майбутньому сформувати більш індивідуалізовану форму реабілітаційної роботи, адже окрім загального уявлення про стресові розлади та їх функціонування важливо розуміти на які моменти варто звертати увагу в залежності від людини.

В останні роки в Україні та за кордоном зростає зацікавленість у розумінні причин виникнення стресу, його еволюції протягом життя, а також у пошуку ефективних способів зміцнення стресостійкості та зменшення його негативного впливу. Незважаючи на те, що вивчення феномену стресу ведеться вже досить тривалий період, сучасні виклики висувають потребу в більш глибокому і системному підході до цього питання. Уперше використання терміну "стрес" для опису стану нервово-психічного напруження у 1926 році запропонував Уолтер Кеннон, досліджуючи універсальну реакцію "бийся або тікай".

Існує декілька основних підходів до розуміння стресу. Біологічний акцентує увагу на фізіологічних реакціях організму, таких вищезазначена реакція «бий або тікати». Психологічний підхід фокусується на суб'єктивному сприйнятті загроз та доступних ресурсів. Когнітивно-поведінковий аналізує взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою у стресових ситуаціях. Рівень розвитку та проявів стресу формується під впливом зовнішніх факторів, зокрема життєвих обставин чи умов середовища, а також внутрішніх, таких як індивідуальні риси особистості, схильність до тривожності та використання копінг-стратегій. Як зазначають Лазарус і Фолкман, саме когнітивна оцінка ситуації визначає чи сприйматиметься вона як стресогенна [7].

Існування різноманітних підходів до вивчення стресостійкості свідчить про багатогранність цього психологічного явища, який можна розглядати з різних точок зору. Зокрема, Л. Л. Тютюнник виділяє два основні виміри стресостійкості - зовнішній (діяльнісний) та внутрішній (особистісний). Другий, особистісний вимір, «реагує на невідповідність потенцій суб'єкта до умов і потреб діяльності й відповідає за вироблення системи захисту особистості від стресового впливу задля збереження рівноваги» [5, с. 159–163].

Термін «Копінг-стратегії» (від англійського «coping» - справлятися) у 1940х роках ввів Курт Левін, що посприяло подальшим дослідженням на тему того, як люди справляються та реагують на різні стресові ситуації. Найбільшим поштовхом для більшого розповсюдження терміну стали публікації Р. Лазаруса та С. Фолкман «Копінг-стратегії та стрес» у 1980х роках, які виділили два основні види копінг-стратегій - проблемно-орієнтований, що фокусується на зміні ситуації, та емоційно-орієнтований, який допомагає зменшити інтенсивність переживань [7]. Вибір відповідної стратегії має значний вплив на ефективність подолання стресу і підтримку психічного здоров'я. Особливо актуальним є дослідження копінг-стратегій в умовах тривалого соціального напруження, зокрема під час воєнного стану.

Загалом поняття копінг-стратегій та його особливостей вивчало досить багато провідних вчених у сфері психології, так як Л. Мерфі, Р. Лазарус і С. Фолкман, Р.Муз, Н.Ендлер, М. Перрез, Л.Перлін, М.Райтчерз, Дж. Паркер, А.Сидоренко, Т.Ткачук, О. Склень, М.Дідух, В.Грандт та ін.

Головна задача копінг-стратегій у тому, щоб допомогти людині краще адаптуватися до різних життєвих ситуацій. Вони допомагають знизити інтенсивність вимог, які висуває ситуація, або взяти їх під контроль, а також знайти способи уникнення чи прийняття стресових факторів [4]. Вибір способу подолання стресу залежить від специфіки події та внутрішніх ресурсів людини, зокрема її досвіду, емоційного стану та характеру. Кожна людина обирає стратегію, що найкраще відповідає як зовнішнім обставинам, так і її власним психологічним можливостям.

Л. Журавльова та А. Баранова у 2024 році розглянули які є емоційні потреби та копінг-стратегії у дорослих в умовах воєнного часу [1]. Згідно з отриманими результатами більшість опитуваних людей (60%) справляються із стресом під час війни за допомогою когнітивних стратегій, а саме мова про критичне та логічне мислення, перевірка отриманої інформації, усвідомлення поточної ситуації, а також подальшого планування відповідно до обставин. Далі третина людей (33,3%) обирають як основну копінг-стратегію віру, як у власні сили, так і у Бога, а також покладаються на свої моральні цінності. Найрідше, станом на 2024 рік, дорослі українці обирали вираження своїх емоцій, у тому числі саморефлексія (5%), пошук соціальної підтримки (5%) та фізична активність (1,7%).

Кунакова О. М. у своїй кваліфікаційній роботі проводила дослідження щодо копінг-стратегій у внутрішньо переміщених осіб [3]. Відповідно до отриманих результатів для цієї категорії населення найбільш характерні такі стратегії, як «вирішення проблем» (19%), «пошук соціальної підтримки» (20,6%) та «позитивна переоцінка» (21.6%). Здебільшого опитані обирали наступні види поведінки у подоланні стресу – «орієнтація на вирішення завдань» (та «орієнтація на емоції».

Хазратова Н. В., Малімон Л. Я., Олійник А. В. розглядали вибір копінг-стратегій з точки зору особистісних цінностей. Дослідження свідчить, що цінності людини суттєво впливають на вибір копінг-стратегій у стресових ситуаціях. Люди, які орієнтовані на самореалізацію, розвиток та досягнення, частіше обирають адаптивні конструктивні методи, такі як планування, активне розв'язання проблем чи звернення за соціальною підтримкою. З іншого боку, ті, у кого провідними є цінності безпеки, стабільності чи уникнення ризику, схильні використовувати емоційно орієнтовані або унікальні копінг-стратегії, наприклад уникнення, заперечення чи дистанціювання[6]. Таким чином, набір особистісних цінностей визначає не лише сприйняття стресу, але й способи реагування на нього. Це стає особливо важливим у контексті хронічного соціального напруження, наприклад, під час війни.

Іванова О.С. досліджувала взаємозв'язок рівня стресу та самооцінки стресостійкості з копінг-стратегіями поведінки [2]. Авторка виявила значущу кореляцію між загальним рівнем стресу та емоційно-орієнтованими копінг-

стратегіями, тобто люди які активніше застосовують уникнення, заперечення та емоційне розвантаження мали вищий рівень стресу. Тоді як особи, що обирали проблемно-орієнтовані стратегії (планування дій, пошук інформації, активна робота над вирішенням проблем) мали нижчий показник стресу. Самооцінка стресостійкості позитивно зв'язана із застосуванням конструктивних копінг-методів - учасники, які відчували себе більш стійкими, частіше обирали стратегічне планування та зверталися по соціальну підтримку. Учасники з низькою самооцінкою стресостійкості значно частіше вдавалися до дезадаптивних форм поведінки таких, як уникнення контакту та пасивне очікування поліпшення ситуації. Загалом дослідження підтвердило, що баланс між проблемно- та емоційно-орієнтованими копінг-стратегіями є ключовим фактором у регуляції стресових реакцій і формуванні відчуття власної стресостійкості.

Отже, аналіз сучасних наукових підходів до вивчення впливу особистісних рис і копінг-стратегій на подолання стресових розладів у контексті воєнного часу дозволяє зробити висновок, що ці фактори відіграють ключову роль у забезпеченні ефективної адаптації та психологічної стійкості людини в екстремальних умовах. Особливо ефективними є проблемно-орієнтовані стратегії, такі як планування і пошук соціальної підтримки, які сприяють зниженню рівня стресу та покращенню психічного стану. Водночас емоційно-орієнтовані методи можуть мати протилежний ефект, посилюючи стресові реакції. Для подальшого розвитку цієї теми необхідні глибші емпіричні дослідження, що допоможуть краще зрозуміти взаємозв'язок між особистісними характеристиками, копінг-стратегіями та стресовими розладами під час війни. Це сприятиме створенню більш індивідуалізованих підходів до психологічної підтримки та реабілітації.

Література:

1. Журавльова Л. П., Баранова А. В. Емоційні потреби та копінг-стратегії дорослих українців в умовах війни // Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. 2024. № 2. С. 20–26.
2. Іванова О. С. Взаємозв'язок рівня стресу та самооцінки стресостійкості з копінг-стратегіями поведінки // Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2022. № 2. С. 109–116.
3. Кунакова О. М. *Копінг-стратегії як засіб формування стресостійкості у внутрішньо переміщених осіб в умовах збройного конфлікту : кваліфікац. магістер. робота* / О. М. Кунакова. – Маріуполь : Маріупольський державний університет, 2025. 73 с.
URL: <http://repository.mu.edu.ua/jspui/handle/123456789/8658>
4. Стресостійкість у сучасному світі : електрон. ресурс // Режим доступу : <https://www.wunu.edu.ua/studentlife/laboratory-psychological-services/recommendations-and-tips/9681-stresostiikist-u-suchasnomu-sviti.html> (дата звернення: 04.05.2025).
5. Тютюнник Л.Л. Поняття стресостійкості особистості в сучасному науковому дискурсі. Габітус. Випуск 13. Т.2. 2020. С. 158–163.
URL: http://habitus.od.ua/journals/2020/13_2020/part_2/28.pdf
6. Хазратова Н. В., Малімон Л. Я., Олійник А. В. Особливості копінг-стратегій у людей з різними ціннісними орієнтаціями // Психологічні перспективи. 2023. Вип. 41. С. 175–190.
7. Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984

КОГНІТИВНИЙ, ЕМОЦІЙНИЙ ТА ОСОБИСТІСНИЙ РІВНІ ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Ясинська Т.В., Полунін О.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»*

(м. Одеса, Україна)»

Сучасні військові конфлікти, особливо в умовах повномасштабної війни, мають значний вплив на психологічний стан військовослужбовців. Тривале перебування в екстремальних умовах, необхідність приймати складні рішення, фізичне та емоційне виснаження, втрати побратимів створюють умови для порушення процесу психологічної адаптації у військовослужбовців.

У статті розглядається когнітивний, емоційний та особистісний рівні порушення психологічної адаптації військовослужбовців в умовах війни та обґрунтовується необхідність психологічного супроводу та розробки реабілітаційної програми.

Ключові слова: психологічна адаптація, когнітивний, емоційний та особистісний рівень порушень, військовослужбовці в умовах війни, психологічний супровід.

Порушення психологічної адаптації під впливом бойового стресу відбувається на когнітивному, емоційному та особистісному рівнях. Когнітивний рівень порушується через хронічне перенавантаження, втому, травматичний досвід та стан постійної бойової готовності. Це призводить до погіршення концентрації уваги, послаблення пам'яті та сповільнення процесу прийняття рішень.

Емоційний рівень адаптації страждає через високий рівень стресу, що супроводжується тривожними та депресивними станами, емоційною лабільністю або емоційним вигоранням та апатією. Також існує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який ускладнює ефективне функціонування на війні та повернення до нормального життя після демобілізації.

Порушення на особистісному рівні пов'язані з внутрішніми змінами. Військовослужбовці можуть відчувати труднощі у відновленні довоєнних соціальних зв'язків, зміну цінностей, світогляду, професійній адаптації, виникненні почуття ізоляції або втраті сенсу життя.

Отже, дослідження когнітивних, емоційних та особистісних аспектів порушення адаптації військовослужбовців дозволить розробити ефективні програми психологічної допомоги та підтримки, спрямовані на зниження негативних для психічного здоров'я наслідків війни.

Мета статті полягає у визначенні проявів когнітивного, емоційного та особистісного рівнів порушень психологічної адаптації військовослужбовців в умовах війни.

Об'єкт дослідження становить психічне здоров'я військовослужбовців в умовах війни.

Предметом дослідження є психологічні порушення на когнітивному, емоційному та особистісному рівнях адаптації у військовослужбовців в умовах війни

Поняття «адаптація» - одне з ключових в науковому дослідженні живого організму, оскільки саме механізми адаптації, вироблені в результаті еволюції, забезпечують можливість організму існувати в постійно мінливих умовах середовища. Одним з перших, хто став вивчати проблему функціонування живого організму як цілісної системи, був французький фізіолог К. Бернар.

Завдяки процесу адаптації досягається збереження гомеостазу при взаємодії організму і середовища, тому адаптація включає в себе не тільки оптимізацію функціонування організму, але і підтримку збалансованості в системі «організм – середовище». [4]

Теоретичні розвідки зарубіжних науковців (Ж.Б. Ламарк, Г. Сельє, І.Г. Гердер, Ж. Піаже, Г. Спенсер, Т. Шибутані та ін.) дозволили сформулювати основні підходи до визначення цього поняття з біологічної, фізіологічної та соціокультурної точки зору. Актуальним на сьогодні залишаються напрямки досліджень, що дозволяють виявити особливості адаптації особистості в умовах суспільних трансформацій (Є.Головаха, О.Донченко, О. Лактіонов, В.Моргун, Н. Паніна, О. Солодухова, В.Татенко, Т. Титаренко та ін.), формування та розвиток адаптивних характеристик особистості (О. Бондарчук, Л.Скрипко та ін.)

На думку Ж. Піаже, адаптація – це здатність особистості впоратись із складнощами певної ситуації. Вона відбувається за допомогою видів діяльності, які взаємодіють та взаємодоповнюють один одного: асиміляції та акомодатії. Вони сприяють когнітивному розвитку. Кінцевим результатом даного процесу є стан рівноваги між оточенням та когнітивними структурами особистості.[5]

С. Д. Максименко, розглядає психічну адаптацію, як процес взаємодії особистості з середовищем, при якому особистість повинна враховувати особливості середовища й активно впливати на нього, щоб забезпечити задоволення своїх основних потреб і реалізацію значимих ланцюгів. [1]

Г.О. Балл вважає, що адаптація – це тенденція до встановлення рівноваги між індивідом і середовищем за умови, що індивід як активна підсистема не руйнується і, більше того, підтримуються визначені параметри його функціонування. [3]

Американська психологічна асоціація (АРА) визначає адаптивність як здатність правильно реагувати на зміни або ситуації; здатність змінювати чи корегувати свою поведінку, стикаючись з різними обставинами чи різними людьми. Згодом дослідження групи американських психологів (Martin, Nejad, Colmar&Liem,2013) розширили це визначення, додавши до когнітивної та поведінкової реакцій особистості ще й емоційну регуляцію у відповідь на зміни, новизну і невизначеність сучасного суспільства. Згідно цим дослідженням когнітивна регуляція виявляється у здатності людини пристосовувати думки та мислення до мінливих та нових ситуацій в житті і професійній діяльності. Поведінкова регуляція стосується здатності людини змінювати характер, рівень і ступінь поведінки або діяльності, аби успішно адаптуватись до нових умов та

випробувань. А емоційна регуляція дозволяє особистості коригувати звичайні або типові емоційні реакції для подолання дезадаптивних станів.[5]

Незважаючи на наявність численних визначень адаптації, об'єктивно існує кілька основних її проявів, які дозволяють стверджувати, що адаптація – це по-перше, властивість організму, по-друге, процес пристосування до мінливих умов середовища, по-третє, результат взаємодії в системі «людина-середовище», по-четверте, мета, до якої прагне організм.[4]

Для формування адаптації необхідно чотири компоненти:

1. Активаційний компонент з організаційними і функціональними витратами, спрямованими на досягнення значущих для суб'єкта цілей, - з одного боку, та компенсацію чинників, що перешкоджають досягненню цих цілей, - з іншого. Тут ми маємо справу з механізмами активації, перетворення і розподілу активаційно-енергетичних ресурсів суб'єкта, які залежать від індивідуально-генетичних властивостей нервового процесу як основи, «матеріального субстрату» будь-якої активності.

2. Когнітивний компонент, основу якого складають перебудови когнітивних процесів, спрямовані на вироблення найбільш ефективних способів переробки інформації, без яких ефективна адаптація неможлива.

3. Емоційний компонент визначається динамікою емоційних переживань, які є суб'єктивним індикатором ефективності процесу адаптації, які в екстремальних умовах здатні набувати домінуючого значення.

4. Мотиваційно-вольовий процес забезпечує координацію всіх інших компонентів у напрямку реалізації значущих для суб'єкта цілей, і тим самим, надають процесу адаптації стійкість і безперервність.[4]

Досліджуючи когнітивний рівень порушень адаптації у військових за допомогою стандартних тестів, методик та опитувальників, ми маємо можливість фіксувати порушення пам'яті, уваги, зниження здатності до аналізу ситуації; емоційний рівень - тривожності, депресивності, стану стресу або наявності посттравматичного стресового розладу. Перевіряючи стан особистісного рівня, ми спостерігаємо зміни у поведінкових моделях військового, станом самооцінки, мотивації, проявами агресії, порушеннями соціальної взаємодії.

Ці всі данні дають нам змогу створити індивідуальну реабілітаційну програму для надання допомоги військовому і його поступовому відновленню та поверненню до нормального життя, а також проаналізувати вплив війни на довгострокові когнітивні наслідки, такі як ризик розвитку нейродегенеративних захворювань, дослідити ефективність різних методів психотерапії для військових, що пережили бойові дії, а також визначити фактори, які сприяють успішній адаптації до цивільного життя після демобілізації.

Завдання реабілітаційної програми стабілізувати емоційний стан військовослужбовця, сформувати навички саморегуляції, корегувати когнітивні, поведінкові та особистісні порушення.

Висновки. Особистість як цілісне утворення інтегрує в собі емоційну та когнітивну складові, що забезпечує гармонійне функціонування людини в різних сферах життя.

Процес адаптації військовослужбовців в умовах війни в Україні є багаторівневим, потребує системного мультидисциплінарного підходу, а також вдосконалення та розвитку. На сьогодні ми маємо труднощі в тому, що після повернення з фронту або перебуваючи на ротації бійці мають обмежений доступ до медичної та психологічної допомоги.

Психологічна та соціальна підтримка як і попередня підготовка до проживання екстремальних ситуацій та особистісні характеристики людини відіграють величезну роль в успішному проходженні процесу адаптації.

Для підвищення ефективності адаптації необхідно вдосконалювати програми психологічної реабілітації та соціальної підтримки, що сприятиме скорішому поверненню наших захисників до нормального життя.

Література:

1. Агаєв Н. А. Кокур О. М. Герасименко М. В. Пішко І. О. Лозінська Н. С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням: метод. посіб. Київ: НДЦГПЗСУ, 2018 с.156
2. Буряк О. О., Гіневський М. І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування. Збірник наукових праць Харківського університету повітряних сил 2014. Випуск 4, с.160-166
3. Волик О. М. Соціальний та духовний комфорт військовослужбовців строкової служби Збройних сил України. Військова медицина України. 2002, №1, с.92-94
4. Кузів О.Є. Психофізіологія: курс лекцій. – Тернопіль: вид-во ТНТУ ім. І. Пулюя, 2017 – 194с.
5. Молчанова В. О. Психологічна адаптація мобілізованих українців до військової служби в умовах війни. Психологія та психіатрія розділ 9 №16/2025 (с.91)
6. Низовець – Кропота О. А.»Професійна адаптація психолога в умовах ведення військових дій в Україні» «Вчені записки ТНУ ім. Вернадського серія: Психологія №1 2024, (с.20, с.74)

THE ROLE OF PERSONALITY TRAITS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN SUBJECTIVE WAR EXPERIENCE AND CHANGES IN EATING BEHAVIOR

A.S. Holubenko

*South Ukrainian National Pedagogical University
named after K.D. Ushynsky» (Odesa)*

The level of stress was assessed using the Perceived Stress Scale, which consists of ten questions with a total score ranging from 0 to 40 points. Respondents indicated how often they experienced certain feelings and thoughts over the past month using a Likert scale from 0 ("never") to 4 ("very often"). The score interpretation was as follows: 0–13 indicated low stress, 14–26 – moderate stress, and 27–40 – high stress. Cronbach's alpha for the PSS-10 was 0.881.

The level of anxiety was assessed using the General Anxiety Disorder-7 questionnaire, which contains seven questions focused on the individual's mental state over the past two weeks. Respondents evaluated how often they experienced anxiety symptoms – from "not at all" to "nearly every day". The scoring was: 0–4 – no or minimal anxiety, 5–9 – mild anxiety, 10–14 – moderate anxiety, 15 and above – high anxiety.

Depression symptoms were measured using the Patient Health Questionnaire. This tool consists of nine questions corresponding to the main symptoms of depression, rated on a scale from 0 ("never") to 3 ("nearly every day"). The total score ranged from 0 to 27 points.

Personality traits were measured using the Ten-Item Personality Inventory (TIPI). This tool is adapted to assess the five-factor personality model, including extraversion, agreeableness, conscientiousness, emotional stability, and openness. Each item was rated on a 7-point scale from "strongly disagree" to "strongly agree". Items 2, 4, 6, 8, and 10 are reverse-coded, and the average score for each trait determines its level.

Eating habits were analyzed using a food frequency questionnaire translated into Ukrainian. Participants indicated how often they consumed 15 key food products on a 6-point scale from "almost every day" to "never". The Healthy Eating Index (HEI), ranging from 0 to 30 points, indicated overall dietary quality: 0–13 – unhealthy diet, 14–15 – normal diet, 16–30 – healthy diet [3].

An online survey method was chosen for the study, as it allows participation from respondents across different regions of the country. The survey collected information on the participants' socio-demographic characteristics (age, gender, education level, previous and current place of residence, satisfaction with current housing, and social status). In addition, respondents were asked to complete five validated self-report questionnaires to measure levels of stress, anxiety, depression symptoms, and to analyze their personality traits and eating habits.

During the study, it was decided to use the online survey method, as it enabled the inclusion of participants from various regions of the country. The survey collected data on socio-demographic characteristics of participants (age, gender, education level, previous and current place of residence, satisfaction with current housing, and social status). In addition, respondents were asked to fill out five validated self-assessment questionnaires that allowed measurement of stress, anxiety, depression symptoms, and an analysis of personality traits and dietary habits [1].

In the spring of 2024, a remote survey was conducted, gathering self-reports from participants regarding their psychological state, including levels of stress, anxiety, and depression. Changes in eating behavior were also examined, particularly appetite, weight dynamics, diet adjustments, and the amount of food consumed over the two years of wartime events.

The survey began with an introductory section providing information about the research project, its goals, and confidentiality principles. It is important to note that participants did not receive any financial or other rewards for participation.

On the first page of the questionnaire, all participants confirmed their informed consent by checking the appropriate box. The survey included a section with several demographic and social questions, which covered: age groups, gender, education level, type of previous and current housing, duration of stay in the conflict zone, satisfaction with housing conditions, and information on dietary changes and weight [5].

At the end of the survey, all participants received contact information for organizations providing psychological support in case of distress, as well as recommendations on healthy eating based on the Harvard model. More than a hundred

individuals aged 18 and older took part in the study, with the majority of participants being women and a smaller portion men (see Figure 1).

THE PROBLEM OF FAITH: METHODOLOGICAL SUPPORT AND ORGANIZATION OF EMPIRICAL RESEARCH

D.O. Simov

*South Ukrainian National Pedagogical University
named after K.D. Ushynsky» (Odesa)*

The study involved 350 individuals representing two conditionally defined categories: the main group—Ukrainian citizens residing in the country at the time of the study (approximately 53%), and the control group—Ukrainians living abroad (about 47%).

Among those who remained in Ukraine, 42% lived in regions distant from active hostilities and had not changed residence since the beginning of the war. A small portion (about 4%) had relocated from frontline regions to safer areas. Approximately 2% remained in dangerous zones, and another 2% participated in combat as part of the Armed Forces of Ukraine. Among those abroad, 40% left the country after the full-scale war began, while about 7% had emigrated earlier or for reasons unrelated to the war.

In terms of gender distribution, the majority were women (over 75%), and men made up around 25%. Age distribution was as follows: the largest share (over 35%) were aged 18–30; nearly the same (about 37%) were aged 31–45; 22% were aged 46–60; and 6% were 61 or older.

Regarding subjective assessment of their psychological condition, about 45% reported maintaining hope and inner strength despite challenges. Around 34% expressed confidence in their personal and collective ability to overcome difficulties. About 12% experienced a loss of faith and hope, though they viewed it as temporary. Another 9% expressed deep pessimism, believing the modern world is filled with evil and suffering beyond humanity's ability to cope.

In this study, faith is understood as a set of deep beliefs—both conscious and latent—that shape a person's perception of themselves, the social environment, and the general structure of being. To operationalize this construct, respondents were asked to choose the response that best reflected their personal system of meaning and values. If several options felt relevant, participants were instructed to select the most significant belief.

The study included an analysis of the distribution of deep beliefs as an expression of the participants' value orientations. About one-third of respondents identified with a religious worldview, recognizing faith in God or transcendent forces as their primary guiding principle. A notable portion expressed belief in the collective capacity of their people to overcome adversity, supporting ideas of national unity, victory, and societal resilience. Others drew on beliefs in the power of good, fate, karmic justice, or expressed trust in democratic values and international legal order.

A small number of participants professed a rationalist or skeptical view of the world, perceiving reality solely through factual circumstances without invoking faith or higher meaning. Some expressed pessimistic beliefs about the inability to influence

external events, recognizing suffering as an inherent part of existence or reporting a general loss of faith in life's meaning.

A general analysis shows that about three-quarters of participants held beliefs that could be classified as resourceful or supportive under stress. A smaller portion demonstrated neutral or negatively colored attitudes, which may offer limited potential in fostering psychological resilience [2].

To quantify resilience levels, the study used the 10-item version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10), developed in the 2000s as a unified tool for diagnosing overall resilience. CD-RISC-10 covers key aspects of a person's ability to cope with adversity while maintaining a concise structure of ten self-report statements. The scale identifies a general indicator of psychological endurance without dividing into subscales.

According to multiple validation studies, this tool shows high reliability (Cronbach's alpha between 0.84–0.89), confirming its internal consistency and suitability for research in diverse sociocultural settings. CD-RISC-10 is widely used in clinical and scientific practice, especially for studying the effects of stress, trauma, or crisis situations.

For this study, the scale was adapted to the Ukrainian sociocultural context in accordance with methodological recommendations and testing within the local academic community. The national adaptation ensured linguistic, cultural, and psychological alignment with the Ukrainian sample.

CD-RISC-10 was chosen for its practical convenience, compactness, and high psychometric validity, allowing effective and reliable investigation of the relationship between deep beliefs, faith, and psychological resilience in conditions of social upheaval and armed conflict [3].

During data processing, the following distribution of resilience levels among participants was recorded: about 30% demonstrated a distinctly high level of resilience; nearly 35% showed above-average resilience. About a quarter of respondents had an average level, while a small portion—approximately 10%—showed reduced resilience, indicated by below-average or low scores. This distribution suggests an overall trend of sufficient adaptive capacity under difficult life circumstances.

Considering the potential influence of participants' life experiences on the results, several mediating variables were identified that could significantly affect resilience:

- experience of military service or involvement in the Armed Forces of Ukraine;
- personal loss of a close person due to the war;
- occupation of their place of residence;
- having someone close who is in captivity or considered missing;
- personal experience of captivity.

The presence or absence of these factors could substantially impact the subjective perception of events and, consequently, resilience scores, and were therefore accounted for in data analysis.

Given the sensitivity of some questions related to potentially traumatic experiences, responses to these were made optional. This ethical approach minimized psychological burden on participants and respected their emotional boundaries [4].

Most respondents shared their personal experiences related to the war. The vast majority had not lived under occupation, while a small number reported such experiences. All respondents who answered the question about captivity denied having such experience, though some declined to respond. This variability confirmed the value of a careful data collection approach.

Almost half of participants reported losing acquaintances due to the war, although these were not close relationships. About one-third had not experienced such loss, while a slightly smaller group reported losing close individuals [5].

Regarding military service, most respondents had never served in the Armed Forces of Ukraine, either currently or in the past. A small percentage had military experience or were active personnel. Nearly half of participants said they had close relatives or important individuals currently serving.

As for having people close to them who were in captivity or missing, the majority denied this, although a small group confirmed it. Some respondents chose not to answer.

References

1. Романчук О. (2023). *Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір*. Взято з https://icbt.org.ua/resilience_ukraine/.
2. American Psychological Association. (2013). *Recovering emotionally from disaster*. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/disastersresponse/recovering>.
3. American Psychological Association. (2020). *Building your resilience*. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/resilience>.
4. Karam E.G., Friedman M.J., Hill E.D., Kessler R.C., McLaughlin K. A., Petukhova, M., et al. (2014). *Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world mental health (WMH) surveys*. *Depression and Anxiety*, 31, 130-142. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23983056/>.
5. Shastri P.C. (2013). *Resilience: Building immunity in psychiatry*. Retrieved from the online source https://www.researchgate.net/publication/257250577_Resilience_Building_immunity_in_psychiatry/.

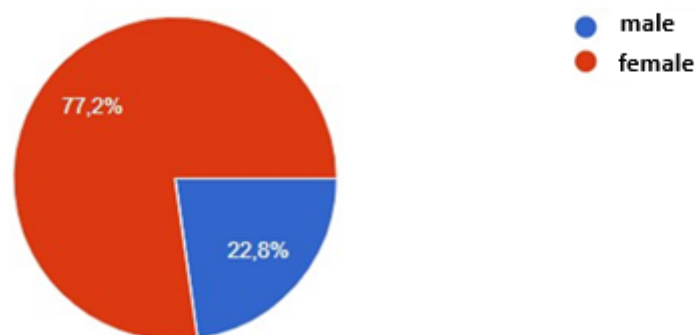


Fig. 1. Gender distribution of study participants.

The majority of participants had a high level of education; most held a master's degree, a smaller part had a bachelor's degree, and a few held academic degrees [2].

Table 1.

Gender distribution of study participants.

Age category	Percentage of respondents
19–30	26%
32–45	66%
47–60	5.8%
60+	2.4%

The survey was conducted anonymously. Each question was accompanied by detailed instructions on how to complete it. Inclusion criteria were defined as adult citizens of Ukraine who had resided in the country since the beginning of the latest major conflict. Individuals living abroad without conflict experience and non-citizens of Ukraine were excluded from participation.

After data collection, mathematical and statistical analysis was conducted, including dispersion, correlation, and regression methods. One of the key strengths of this study is the relevance of the topic of eating behavior, which remains understudied in Ukraine, especially in the context of wartime. An especially interesting aspect is the analysis of the influence of personality traits as moderating factors [4].

References

1. Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449–458.
2. Carson, T. L., Desmond, R., Hardy, S., Townsend, S. N., Ard, J. D., Meneses, K., Partridge, E. E., & Baskin, M. L. (2015). A study of the relationship between food group recommendations and perceived stress: Findings from black women in the deep south. *Journal of Obesity*, 2015, 203164.
3. Finch, L. E., & Tomiyama, A. J. (2015). Comfort eating, psychological stress, and depressive symptoms in young adult women. *Appetite*, 95, 239-244.
4. Frounfelker, R, Gilman, SE, Betancourt, TS, Aguilar-Gaxiola, S, Alonso, J, Bromet, EJ, et al. Civilians in world war II and DSM-IV mental disorders: results from the world mental.
5. Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58, 717–721.

**FEELINGS OF GUILT AMONG INTERNALLY DISPLACED PERSONS
DURING THE WAR**

D.O. Vakarchuk

*South Ukrainian National Pedagogical University
named after K.D. Ushynsky» (Odesa)*

Due to the full-scale aggression, many people found themselves forced to leave their homes in search of safe shelter for themselves and their loved ones. Such circumstances can cause deep emotional experiences, and therefore, in our opinion, it

is especially important to study the phenomenon of guilt among internally displaced persons during the wartime period.

The purpose of this work was to determine the prevalence of guilt among people who were forced to leave their homes due to military actions, as well as to analyze its impact on psychological condition and possible ways to provide support. During the literature analysis phase, it became clear that very few studies focus exclusively on the feeling of guilt. Therefore, we examined this phenomenon within the framework of post-traumatic stress disorder.

To simplify the process of selecting studies in accordance with the stated scientific problem, key criteria were defined, covering the main aspects of sampling, intervention methods, comparison, and expected results [2].

Exclusion criteria:

- lack of full-text availability in open access;
- the study focuses on veterans or military personnel;
- the sample does not include individuals who have experienced combat;
- the material is a meta-analysis or systematic review;
- no English-language version of the article is available.

Inclusion criteria:

- the study is observational in nature (cohort or cross-sectional);
- scales are used to assess traumatic experience and feelings of guilt;
- the sample consists of internally displaced persons;
- the article is available in English.

A comprehensive search was conducted in electronic databases, including PubMed, ResearchGate, and Google Scholar, using English-language queries. At the initial stage, a trial search was conducted in ResearchGate to determine the main selection criteria and keywords that would help find studies relevant to the topic of our review [5].

Taking into account the PICO criteria, the main keywords for the search query were defined, including: “guilt”, “self-blame”, “refugee”, “war”, “PTSD”. Search limitations were also established.

As a result of the search, articles were found. After removing duplicates and performing an initial selection, 64 articles remained. Of these, 34 were excluded for not meeting the established criteria, mainly due to study type or lack of combat experience among participants. From the remaining 28 articles, 17 more were excluded because the sample included veterans and humanitarian workers ($n=14$), the study of guilt was too limited ($n=4$), or the number of participants was too small. The main information about the studies includes:

- title, authors, and year of publication;
- number of participants and sample characteristics;
- measurement methods used;
- obtained results.

To assess the quality of the articles, the following were analyzed: study objectives and design, sample characteristics, data collection methods, tools for

evaluating the primary construct under investigation, and statistical data processing methods [4].

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
2. Chudzicka-Czupala A. E., Hapon N., Soon-Kiat Chiang (2023) Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports* 13(1).
3. Harb G. C., Schultz J.-H. (2020) The nature of posttraumatic nightmares and school functioning in war-affected youth. *PLoS One*, 15(11): e0242414.
4. Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2003). Guilt: elaboration of a multidimensional model. *Psychological Record*, 53, 51–90.
5. Po-Han ChouShao-Cheng WangShao-Cheng WangChi-Shin WuMasaya ItoMasaya. (2023) Trauma-related guilt as a mediator between post-traumatic stress disorder and suicidal ideation. *Frontiers in Psychiatry*

EMPIRICAL ANALYSIS OF THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF UKRAINIANS' RESILIENCE DURING THE MILITARY CONFLICT

D.V. Ivanova, I.P. Kondratieva

*South Ukrainian National Pedagogical University
named after K.D. Ushynsky» (Odesa)*

When organizing and conducting empirical research, a standard approach to psychological studies was followed. In particular, V. Bochelyuk indicates that every study should include the following main stages: “preparatory stage, research implementation, data processing, and the stage of interpretation and formulation of conclusions.”

During the preparation stage, a thorough selection of literary sources was carried out, along with a theoretical analysis of existing scientific works related to the chosen topic. Reliable and valid diagnostic tools were selected that best matched the aims and objectives of the study [4].

At the research stage, an empirical study was conducted on the psychological aspects of resilience among Ukrainians during the war. The following methods were used: the **Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)** by R. Tedeschi and L. Calhoun, and the **Connor-Davidson Resilience Scale – 10 (CD-RISC-10)**, adapted by N.V. Shkolin, I.I. Shapoval, I.V. Orlova, I.O. Kedyc, and M.A. Stanislavchuk.

During the data processing and analysis stage, both qualitative and quantitative assessments of the obtained results were carried out, followed by their interpretation. A comparison was made between the characteristics of resilience among Ukrainian citizens living in zones of direct danger near the front line and those in more distant, lower-risk regions [1].

The final stage of the study included the synthesis of theoretical and empirical results, as well as the formulation of overall conclusions based on the data obtained.

To investigate the psychological characteristics of respondents' resilience, the **Connor-Davidson Resilience Scale – 10 (CD-RISC-10)** was selected in the version adapted by N.V. Shkolin, I.I. Shapoval, I.V. Orlova, I.O. Kedyc, and M.A.

Stanislavchuk. This is a short version consisting of 10 items covering several key aspects:

- **Adaptive potential:** evaluating the ability to adapt to changing conditions and overcome difficulties (“I can adapt to change,” “I am able to overcome obstacles,” “I am not easily discouraged by failure”).

- **Optimism:** the ability to maintain a positive outlook even in stressful situations (“I try to see the humorous side of problems,” “Dealing with stress makes me stronger,” “I see myself as a strong person when facing hardships”).

- **Resource potential:** determining an individual’s capacity to handle life difficulties and recover quickly after setbacks (“I bounce back quickly after illness or hardship,” “I believe I can achieve my goals even when obstacles arise”).

The method uses five possible response options: “not true at all” (0 points), “rarely true” (1 point), “sometimes true” (2 points), “often true” (3 points), and “almost always true” (4 points). The results are processed by calculating the total score.

For interpreting the results, the authors use four quartiles: the first quartile indicates a low level of resilience (total score ≤ 25); the second and third quartiles correspond to an average level of resilience development (> 25 to ≤ 31 points); and the fourth quartile, the highest, indicates a high level of resilience (> 31 points). The maximum possible score a participant can obtain is 39 points.

Another method used to study the psychological aspects of the researched phenomenon was the **Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)** developed by R. Tedeschi and L. Calhoun.

The inventory contains 20 items and covers 5 main subscales:

- **RI – Relations with others**
- **NO – New opportunities**
- **PS – Personal strength**
- **SC – Spiritual change**
- **AL – Appreciation of life**

Each subscale has normative indicators (see Table 1).

Table 1

Normative Indicators.

Scale	Low	Average	High
RI	0–15	15–24	25–35
NO	0–9	10–15	16–25
PS	0–7	8–15	16–20
SC	0–3	4–7	7–10
AL	0–6	7–11	12–16
Post-Traumatic Growth Index	0–33	33–64	64–106

Participants were given the following instruction: *“Indicate the extent to which each statement reflects changes in your life after experiencing a crisis (traumatic) situation.”* The scale for assessing changes included:

- 0 – no change
- 1 – slight change
- 2 – minor change
- 3 – moderate change
- 4 – significant change
- 5 – profound change

The adapted version of the PTGI provides interpretations for each subscale (used only when high total scores are achieved). For instance:

- For the **“New Opportunities”** subscale: “After a crisis situation, a person discovers new interests, becomes more confident in themselves and their abilities, is capable of positively influencing their life, changing what can be changed, and accepting what cannot.”

- High scores on the **“Personal Strength”** subscale indicate that “the person has gained a clearer awareness of their internal resources, enabling more effective coping with life difficulties. People become more resilient after crises and discover greater inner strength than they previously realized. This also reflects growing self-confidence and the ability to overcome hardship by applying lessons learned for further development and adaptation” [2].

- Maximum scores on the **“Spiritual Change”** subscale suggest that “a person has become more aware of their spiritual search, developed new beliefs, and deepened their attitude toward spiritual aspects of life. Following crises, people may feel the need to strengthen their faith or broaden their understanding of life’s meaning.”

- High scores on the **“Appreciation of Life”** subscale indicate a significant transformation in life priorities. This means that after experiencing trauma, people begin to appreciate life’s moments more, focus on what truly brings joy and satisfaction, and strive to make life more meaningful and fulfilling [4]. They become more aware of the value of each day and aim to use time wisely while being more grateful for what they have [3].

- High scores on the **“Relations with Others”** subscale indicate that after experiencing trauma, people become more emotionally connected and understanding of those around them. They become more open in expressing their emotions, including compassion, and are more willing to build meaningful relationships. They begin actively seeking support, recognizing their vulnerability, and increasingly value the presence and help of others, which provides emotional comfort and safety. As a result, interpersonal interactions become more significant, and the process of relationship-building gains more value.

The next stage involves conducting a quantitative and qualitative analysis of the obtained data, which will allow for a more detailed interpretation of the research results and identification of key features in the development of resilience in respondents who have experienced traumatic events. It is important to consider not only the total scores

but also the context in which each indicator develops, as well as individual variations in responses to stress factors.

References

1. Дядуш Е. Модель плекання резилієнтності у когнітивноповедінковій терапії: дипломна робота. Український інститут когнітивноповедінкової терапії. Львів. 2020. 29 с.
2. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка. 2016. 219 с.
3. Колісник Л.О., Шестопалова О.П., Шило О.С., Депутатов В.О. Стрес-реакції, травма та пост-травматичне зростання школярів в умовах війни росії проти України. 2022. С. 81-94.
4. Stevan E Hobfoll, Anthony D Mancini, Brian J Hall, Daphna Canetti, George A Bonanno. The limits of resilience: distress following chronic political violence among Palestinians. *Soc Sci Med*. 2011. № 72(8).

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF STUDYING PARENTHOOD AS A SOCIAL ROLE

E.V. Stanishevskaya, I.P. Kondratieva

*South Ukrainian National Pedagogical University
named after K.D. Ushynsky» (Odesa)*

In modern science, parenthood is viewed as a set of social roles performed by the mother and father in their interactions with their children. This topic is studied by various academic disciplines, including history, cultural studies, sociology, psychology, and pedagogy. Recently, there has been a trend toward a comprehensive and integrated approach to researching the phenomenon of parenthood.

The significance of parental behavior in the formation of a child's personality, the complexity of its structure and dynamics, the diversity of cultural and individual expressions, and the large number of contemporary scientific works in this field justify treating parenthood as a distinct phenomenon. It requires a comprehensive and multifaceted scientific approach for deeper understanding [6].

Parenthood is one of the key life stages associated with adulthood. In different cultures, it is connected to the concept of maturity. By gaining the status of a mother or father, a person enters a new stage of personal development.

E. Fromm viewed parenthood as an opportunity for a person to realize their capacity for love—toward both a partner and a child. G. Craig (2000) described the process as the highest level of development not only of the individual parent but of the couple as a whole. He emphasized that parenthood contributes to the formation of personal identity and deepens emotional closeness between partners.

Psychological research, particularly international studies, has focused on the biological aspects of parenthood and on the factors and conditions affecting individual personality development.

Recently, Ukrainian psychological science has seen a growing number of studies on various aspects of parenthood, including its phenomenological, psychophysiological, psychotherapeutic, and psycho-pedagogical dimensions [5].

Currently, parenthood as a social role is studied in two primary directions: analysis of the socio-psychological characteristics of motherhood and investigation of the father's role in childrearing.

One of the most researched topics is motherhood. The psychological aspects of motherhood are among the most complex in modern science. Its importance is underscored by numerous contradictions related to the demographic crisis: low birth rates, high divorce rates, increasing numbers of children left without parents, and rising instances of child abuse. At the same time, programs of psychological and social support for families, particularly mothers, remain underdeveloped.

Foreign scientific works in the field of the psychology of motherhood and related issues are marked by diversity, differing approaches, and conceptual orientations that distinguish them from domestic research. Recently, there has been growing interest in a comprehensive, interdisciplinary study of motherhood.

The need for a complex psychological approach to studying motherhood is supported by the fact that, despite advances in medical sciences such as physiology, gynecology, and obstetrics, and despite improved technological support for childbirth, psychological difficulties related to motherhood and early childhood remain relevant [3].

Research into motherhood and maternal behavior has deep roots in foreign psychology, with many scholars emphasizing the importance of such investigations. For instance, B. Burns, in the introduction to his work *Various Images of Motherhood*, stated: *"If we want to understand a child's development and believe that the early years are critical, then we must consider our perception of the mother figure. To study human early development, research into motherhood is undoubtedly essential."*

Motherhood is a complex and multifaceted phenomenon. The issues studied in this field have various dimensions. It can be explored as a biological, social, and psychological phenomenon. For a deep and comprehensive investigation of motherhood, it is essential to consider the work of scholars within the ethological approach, as it allows examination from both biological and social perspectives based on a significant volume of empirical data.

Ethological theorists view human behavior as reflecting animal behavior, though modified by cultural influences and more complex cognitive processes. As noted by S. Sternglanz and E. Nash, their approach is based on the assumption that human behavior shares many features with animal behavior but is distinct due to cultural and intellectual aspects. For ethologists, motherhood primarily refers to maternal behavior. They believe that a mother's social responses are driven by specific stimulus mechanisms such as a child's physical features, smells, movements, and postures. Basic behavioral factors shared by humans and animals are seen as more important than uniquely human traits [4].

Ethologists focus their research on animal behavior in order to compare it with human behavior and assess its role in ensuring survival and functioning.

Currently, the strictly ethological approach is gradually being integrated with the social sciences, giving way to what is called biosocial science or sociobiology, which is gaining increasing popularity. Sociobiology emphasizes the study of the family as a primary social institution shaping parent-child relationships. It also analyzes the interaction of biological and social factors in shaping motherhood as a system of roles performed by the mother toward her child.

In addition to the biological and physiological perspectives, the cultural-historical approach is also used to study maternal roles. Researchers in this area argue that motherhood as a social role can undergo significant changes under the influence of external factors such as societal characteristics, norms, and the traditions of specific ethnic groups. This approach has been supported by scholars including M. Mead, E. Badinter, K. Bonné, and L. Stone.

One of the most radical approaches to the influence of social factors on motherhood is represented by E. Badinter's sociocentric theory. Analyzing the development of maternal views over four centuries (from the 17th to the 20th), she concluded that the "maternal instinct" is a fictional concept. She found no universal and obligatory standard of maternal behavior but instead revealed a wide range of maternal emotions that change depending on culture, personal ambitions, or frustrations. Maternal love, according to her, is a concept that evolves and assumes different meanings in different historical contexts [2].

While motherhood is actively studied, the father's role in child development, upbringing, and socialization remains under-researched. Also understudied is the process of becoming a father and the psychological factors influencing the development of a man as a parent. These insights are crucial for designing psychological support programs for expectant families and helping children raised in single-parent families. This topic spans several areas, including historical aspects, psychophysiology, family psychology, personality psychology, and child psychology.

In Ukrainian psychology, this subject remains one of the least explored. Parenthood is treated in scientific literature as a social role and status, studied through the lens of social representations and stereotypes, as well as within gender psychology and personality psychology, as a factor influencing changes in personal qualities. In child psychology, attention is also paid to how the father affects the child's development.

Many foreign researchers, including psychophysiolgists, provide scientific evidence that there is no significant difference between the roles of father and mother in caring for young children [8, p. 3]. Fathers are capable of performing these functions at the same high level as mothers, as confirmed by numerous studies. Some have shown that even before the child is born, during the partner's pregnancy, men undergo hormonal changes similar to those experienced by women. During pregnancy, men's testosterone levels decrease. The emotional state tied to the desire to support the partner can be so strong that the man begins to experience symptoms similar to those of his wife, such as morning sickness. Recent U.S. studies have shown that 23% of expectant fathers experience the so-called "sympathy syndrome" [1].

Many foreign studies have revealed a growing trend of fathers being more actively involved in their children's lives from the moment of birth. For example, in Germany, statistics show that 90% of fathers now attend childbirth. This is not just a trend or passive observation but real participation and empathy, as men share this crucial experience with their partners and support them through the process.

Thus, it can be stated that motherhood and fatherhood, as expressions of emotion and behavior, receive varying levels of attention. Both internal and external factors influencing the parental role and attitudes toward childbirth are analyzed. However, one

of the underexplored areas remains the child's perception of parenthood as a social role, as well as the behavioral differences between parents in complete and single-parent families. How the child views their parents' roles is the primary focus of our study.

References

1. Кузнецов О. І. Особистісні фактори динаміки психічних станів студентів в умовах успішної та неуспішної навчальної діяльності: дис. ... канд.. психол. наук: 19.00.07; Харківський нац. пед. університет імені Г.С.Сковороди. Х., 2015. 198 с.
2. Фоменко К.І Психологія успіху. [Навч.- метод. посібник]. Х., 2015. 229 с.
3. Buss A. The psychology of aggression. N.Y., John Willy, 1961.
4. Deluty R.H. Childrens Action Tendency Scale: A self-report measure of aggressiveness, assertiveness, and submissiveness in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979. P. 1061-1071.

A STUDY OF THE IMPACT OF WAR-RELATED UNCERTAINTY ON REPRODUCTIVE INTENTIONS

N.V. Kyrylova

*South Ukrainian National Pedagogical University
named after K.D. Ushynsky» (Odesa)*

The study was conducted in two consecutive stages and involved Ukrainian citizens who, before the start of military events, considered the territory of the country as their permanent place of residence. The sample included adult respondents of different age categories, covering young, middle-aged, and mature adults.

At the first, pilot stage of the study, a small group of participants was involved, who are citizens of Ukraine and belong to different adult age categories. The gender ratio of respondents was balanced, and all participants confirmed being in serious relationships at the time of the study.

In addition, the key selection criterion was that the participants considered the possibility of planning to have a child within their current relationships. This stage made it possible to test the effectiveness of the study tools and assess the relevance of the selected variables for further analysis [2].

At the second stage of the study, an expanded sample of respondents was involved, most of whom identified their gender as female, and a smaller proportion as male. The participants represented various age groups, covering both young adults and middle-aged individuals. The largest share of respondents fell within the age range of the active reproductive period, while older participants constituted a smaller but significant part of the sample.

All participants confirmed that they are citizens of Ukraine who resided in the country on a permanent basis before the outbreak of military events. In addition, they were in long-term or serious relationships, within which they considered the possibility of having a child. This stage of the study made it possible to obtain a broader spectrum of data necessary to analyze the relationship between the level of uncertainty and reproductive intentions [1].

The sample included participants who met the following conditions:

1. Citizenship and place of residence: respondents are citizens of Ukraine who, before the start of full-scale military actions, considered the territory of the country as their permanent place of residence.

2. Marital status and reproductive intentions: participants are in long-term or serious relationships, which they independently define as significant, and consider the possibility of having a child within these relationships.

3. Reproductive experience: the study included individuals who had already become parents or became pregnant during the military conflict, as well as those whose partners became pregnant or gave birth during this period.

4. Pregnancy at the time of the study: a separate group of participants consisted of individuals who were pregnant or had a partner expecting a child at the time of the study.

5. Voluntary participation: all respondents provided informed consent to participate in the study.

This approach to participant selection ensured the representativeness of the sample and covered individuals with varying levels of experience in parenting and reproductive planning.

Exclusion criteria from the study. The study did not include respondents who met the following characteristics:

- Lack of current reproductive intentions: couples who became pregnant before the outbreak of the military conflict, gave birth during it, and currently do not plan another pregnancy.

- Conscious unwillingness to have children: respondents who identify as childfree and do not consider parenthood as a life perspective.

- Marital status: individuals not in relationships that could be considered serious or long-term did not participate in the study.

- Place of residence before the start of military actions: individuals who were already living abroad before the full-scale invasion, with the exception of those who left deliberately in anticipation of the threat of war.

Such selection made it possible to focus on participants for whom the issue of reproductive choice in wartime conditions is relevant, ensuring maximum compliance with the research criteria.

For the main stage of the study, a questionnaire was developed that included a comprehensive set of questions and scales aimed at an in-depth study of the participants' reproductive intentions. It included:

- Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) – used to assess the level of acceptance or rejection of uncertain situations, which is an important factor in making decisions about having a child.

- Rosenberg Self-Esteem Scale – used to analyze personal attitudes and the level of self-confidence that may influence reproductive intentions.

- Socio-demographic block – included questions that allowed collecting respondents' personal data and classifying them by key parameters.

- Factors influencing the decision to have a child – identified based on the previous, pilot stage of the study, these variables made it possible to identify the main determinants of reproductive intentions in the context of uncertainty.

This combination of research tools made it possible to obtain a comprehensive analysis of the factors that determine reproductive behavior in conditions of war and social instability [4].

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) as a tool for assessing personal confidence

To measure the level of self-esteem of respondents, the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) was used – one of the most widely used and validated psychological instruments (Schmitt, Allik, 2005).

This questionnaire consists of 10 statements, half of which are formulated in a positive way, and the other half – in a negative one. The participants' responses are evaluated on a scale from full agreement to full disagreement, which allows determining the overall level of self-esteem and its intensity.

The scale is a universal tool that has been adapted into dozens of languages and is widely used in different countries around the world (Gnambs, Scharl and Schroeders, 2018). Due to its international validation, it is widely used in psychological research to assess levels of self-confidence, personal resilience, and tendency toward self-criticism.

The translation of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) was carried out by the Ukrainian Institute of Cognitive-Behavioral Therapy (UICBT), which ensured its adaptation to the cultural and linguistic context.

This instrument demonstrated high internal consistency, as confirmed by a Cronbach's α coefficient ranging from 0.8 to 0.9, which indicates the reliability and stability of the scale when applied to different samples (Wongpakaran, Wongpakaran, 2012).

Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) as an indicator of psychological response to instability [6]

The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) is a validated psychological instrument that allows assessment of an individual's tendency to feel discomfort in situations of instability and unpredictability (Birrell, Meares, Wilkinson and Freeston, 2011).

This questionnaire was developed by Buhr and Dugas in 2002 (Sexton, Dugas, 2009) to measure the level of intolerance to uncertainty – a cognitive-emotional response characterized by inability to adapt to change, avoidance of risk, and increased anxiety in the face of unpredictable events.

The IUS is actively used in clinical and research psychology to analyze the impact of uncertainty on decision-making, stress levels, and emotional regulation, which makes it a valuable tool for studying personality adaptation in unstable conditions [3].

Structure and evaluation principles of the IUS methodology

The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) consists of 27 statements aimed at measuring different aspects of uncertainty perception. It evaluates such key indicators as:

- level of anxiety about the future;
- fear of unpredictable events;
- need for stability and life predictability.

Evaluation is carried out using a Likert scale, where respondents indicate their degree of agreement or disagreement with the given statements. This makes it possible to examine how much discomfort a person feels due to unknown or unstable situations, as well as to determine their tendency to avoid unpredictable changes in life.

The Ukrainian version of the questionnaire was adapted and validated by specialists from the Ukrainian Institute of Cognitive-Behavioral Therapy, which ensured its compliance with linguistic, cultural, and scientific standards [5].

Studies have shown high internal consistency of the tool, as evidenced by the Cronbach's α reliability coefficient in the range of 0.8–0.9, confirming its stability and validity for psychological assessment of uncertainty tolerance (Carleton, Norton and Asmundson, 2007).

Respondent recruitment procedure and study limitations

To recruit participants, an information campaign was conducted, which included placing announcements on the research group's social media and spreading information in various thematic Telegram channels with a significant audience. The announcement text clearly stated the inclusion and exclusion criteria, which allowed forming a relevant sample.

In addition, the first part of the questionnaire included informed consent, which implied confirmation of the respondents' voluntary participation and acceptance of the research conditions.

Challenges and study limitations:

- limited sample: the total number of respondents was relatively small, which may affect the representativeness of the results;
- gender imbalance: the ratio of men and women in the sample does not fully reflect the actual demographic situation in Ukraine;
- possible social desirability bias: some participants may have given answers aimed at making a better impression rather than reflecting their real beliefs;
- external factors: wartime conditions and social instability could have influenced the emotional state of respondents, which potentially affected their answers.

Despite these limitations, the results obtained allow a better understanding of the impact of uncertainty on reproductive intentions, as well as outline directions for further research.

References

1. Зливков В.Л., Лукомська С.О., & Федан О.В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 219 с.
2. Кравченко Ю.І. (2021). Формування психологічної готовності до батьківства як складова самореалізації особистості. Національний авіаційний університет, 163-172.
3. Bachrach, C. A., & Morgan, S. P. (2013). A Cognitive-Social Model of Fertility Intentions. *Population and development review*, 39(3), 459–485.
4. Danylova, T., Kuźma I., & Sushyi O. (2022). On war, uncertainty, and future: lessons learned from the Eastern philosophy. *Wiadomości Lekarskie* 75(8), 1914-1919.
5. Tromov, A., & Zabolotna, V. (2023). Tolerance to uncertainty as a factor in the mental health of the population in conditions of war. *Social & Legal Studios*, 6(3), 189-200.
6. United Nations Population Fund. (2018). The problem with 'too few'.

METHODOLOGICAL EXPLICATION OF THE STUDY OF THE IMPACT OF LATENT AGGRESSION ON THE ANXIOUS VULNERABILITY OF PERSONALITY

I.V. Topalova

*South Ukrainian National Pedagogical University
named after K.D. Ushynsky» (Odesa)*

At the initial stage of the work, a number of basic assumptions were formulated that determined the logic of the entire subsequent research, namely:

- There is a statistically significant correlation between the severity of passive-aggressive behavior and the level of predisposition to anxiety disorders.
- The empirical study of the role of passive aggression in the development of anxiety disorders makes it possible to outline a characteristic psychological profile of an individual at increased risk of developing such disorders.

In accordance with the stated hypotheses, the aim of the study was formulated: to clarify the content and mechanisms of the influence of passive aggression on the formation of anxiety disorders.

To achieve this goal, the following objectives were proposed:

- Theoretically justify the methodological principles of studying passive aggression as a factor in anxiety disorders.
- Identify and analyze specific manifestations of passive aggression that play a key role in the development of anxiety symptom complexes.
- Investigate the nature and intensity of the connection between the level of passive aggression and the likelihood of forming anxiety disorders.

For the purpose of quantitatively assessing respondents' anxiety, the **Spielberger–Khanin State-Trait Anxiety Inventory** was selected. This psychodiagnostic tool is a recognized means of studying the phenomenology of anxiety, as it provides comprehensive measurement of both its emotional-state and dispositional aspects. The questionnaire contains 40 statements: the first 20 measure the intensity of state (reactive) anxiety, while the next 20 assess trait anxiety as an individual characteristic. This two-component structure allows anxiety to be analyzed simultaneously as a state and as a personality trait. The Ukrainian adaptation of the method was carried out by Yu. L. Khanin in 1976.

Within this scale, **state anxiety** is considered a temporary psycho-emotional state caused by specific life circumstances. It manifests as increased psychophysiological tension, emotional arousal, worry, and nervous strain. The emergence of such a state is interpreted as an affective reaction of the subject to a stressor, and its temporal parameters and intensity vary depending on the strength and duration of the stress impact.

Trait anxiety is treated as a relatively stable dispositional trait that determines an individual's tendency to perceive a wide range of life situations through the prism of potential threat and to respond with heightened anxiety. Its level reflects the subject's accumulated experience regarding the frequency of experiencing state anxiety and the resulting readiness for anxious reactions.

Threshold values for both subscales are interpreted as follows:

- ≤ 30 points – low anxiety;

- 31–45 points – moderate (average) anxiety;
- ≥ 46 points – high anxiety.

The **Buss–Durkee Hostility Inventory** (authors A. Buss and A. Durkee, 1957; Ukrainian adaptation – A.K. Osnytskyi) is used for comprehensive diagnostics of multidimensional aggressive behavior. The researchers identified eight indicator scales, which together describe both external and internal aspects of aggression (listed here in a modified sequence):

- **Guilt scale** – reflects self-condemnation and ideation of one's own “badness,” initiating self-restrictive or self-punishing responses.
- **Resentment scale** – captures envy, prolonged hostility, and a sense of injustice directed at specific individuals or the social environment in general.
- **Suspicion scale** – reflects a tendency toward distrust and hypertrophied alertness in interpersonal contacts.
- **Irritability scale** – measures the readiness to display sharpness, coarseness, and aggressive affect in response to minimal stimuli.
- **Negativism scale** – covers oppositional reactions against authoritative instructions or group norms, ranging from covert-passive resistance to open protest.
- **Indirect aggression scale** – captures indirect, latent forms of causing harm (rumors, sarcasm, demonstrative emotions).
- **Verbal aggression scale** – assesses verbal manifestations of hostility: swearing, threats, overt dissatisfaction.
- **Physical aggression scale** – reflects the tendency to use physical force or actions that may cause bodily harm to another person.

To determine the prevalence of anxiety manifestations, panic attacks, and binge eating disorders among the respondent sample, the **Patient Health Questionnaire (PHQ)** was first used. This screening tool, developed in 1999 by a research group at Columbia University (R.J. Spitzer, J.B.W. Williams, K. Kroenke, et al.), is designed for the prompt detection of non-psychotic mental disorders, including depression, anxiety and somatoform disorders, compulsive overeating, and alcohol abuse. The Ukrainian adaptation of the method was carried out by O.O. Khustova, O.V. Bushynska, O.V. Prokhorova, and S.H. Sakhno (2014). Results of domestic validation demonstrated high reliability and validity of PHQ in somatic clinical practice, enabling its effective use as a primary diagnostic filter.

The second diagnostic tool was the **Buss–Durkee Hostility Inventory**, represented in A.K. Osnytskyi's adaptation by 75 dichotomous items (“yes/no”). The obtained responses are aggregated into several generalized indicators:

- **Hostility index** – integrates results from the fifth and sixth scales.
- **Aggression index** – formed from the total scores of the first, third, and seventh scales.

This approach enables a quantitative description of both the subject's internal disposition to hostile reactions and the actual level of aggressive behavioral manifestations.

The **GAD-7 scale (Generalized Anxiety Disorder-7)** is a seven-item self-assessment screening tool for generalized anxiety disorder (GAD), developed as a

quick and psychometrically sound alternative to lengthy clinical interviews. The basis for creating this method was the need for a valid, standardized way of rapidly identifying individuals suspected of having GAD – one of the most common neurotic disorders.

The GAD-7 was empirically tested in a multisite study of primary health care in the USA (late 2004 – mid-2005). More than 2,500 patients participated in the sample; approximately one-third of them underwent an additional follow-up telephone structured interview with a mental health specialist within a week of completing the questionnaire. The results demonstrated:

- High internal consistency (coefficient $\alpha \approx 0.90$);
- Sensitivity around 0.90 and specificity around 0.80 in diagnosing GAD;
- Convincing factorial validity, confirming the autonomy of GAD within the structure of anxiety-depressive symptomatology.

The scale offers the following officially accepted general score thresholds:

Table 1

Threshold values of total score.

Score	Clinical Interpretation
≥ 5	Mild anxiety
≥ 10	Moderate anxiety; probable GAD
≥ 15	Severe anxiety

Thus, the GAD-7 is now considered a standard, sufficiently informative tool for both primary screening of generalized anxiety disorder and for grading its severity in routine clinical practice.

References

1. Кузнецов О. І. Особистісні фактори динаміки психічних станів студентів в умовах успішної та неуспішної навчальної діяльності: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07; Харківський нац. пед. університет імені Г.С.Сковороди. Х., 2015. 198 с.
2. Фоменко К.І Психологія успіху. [Навч.- метод.посібник]. Х., 2015. 229 с.
3. Buss A. The psychology of aggression. N.Y., John Willy, 1961.
4. Deluty R.H. Childrens Action Tendency Scale: A self-report measure of aggressiveness, assertiveness, and submissiveness in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979. P. 1061-1071.

Секція IV.
ОСНОВНІ НАПРЯМКИ В РОБОТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА В
СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ОСОБИСТОСТІ ПРИ
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

Гайденко О.В., Онищенко О.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)»*

Об'єкт дослідження: Психологічний профіль особистості;

Предмет дослідження: Психологічний профіль особистості при психосоматичних розладах.

Мета дослідження: Розкрити погляди на сучасне бачення психосоматичних розладів, що виникають у дітей молодшого шкільного віку при тривожних розладах;

Психосоматичні розлади, при яких психологічні фактори впливають на фізичне здоров'я, отримують все більше визнання в педіатрії . У дітей можуть проявлятися різними соматичними скаргами без очевидної органічної патології, що впливає на їхню якість життя [1]. Ці стани включають справжні фізичні симптоми, на які значно впливають психічні стани. Дослідження показують значну поширеність цих симптомів у дітей та підлітків[2]. Зростаюча поширеність свідчить про необхідність розуміння основних механізмів та розробки ефективних втручань. Які соціальні та екологічні фактори сприяють зростанню психосоматичних симптомів серед дітей? Чи може підвищена обізнаність та повідомлення відігравати свою роль? Сучасний спосіб життя, академічний тиск та сімейна динаміка можуть бути факторами, що сприяють цьому. Подальше дослідження цих тенденцій є виправданим.

Зв'язок між розумом і тілом є складним і невід'ємним аспектом людського здоров'я. Психосоматичні розлади ілюструють цей тісний взаємозв'язок, характеризуючись фізичними симптомами, на які впливають або які посилюються психологічними факторами [1] . Ці розлади мають значний вплив на самопочуття людини та функціонування системи здоров'я, підкреслюючи важливість розуміння психологічного профілю осіб, які їх відчувають. Детальне розуміння рис особистості, емоційних моделей та когнітивних стилів може надати цінну інформацію про етіологію, прояви та лікування психосоматичних станів .

Сучасні культурні, економічні і соціальні трансформації вимагають від людини надзвичайної мобілізації когнітивних, емоційних і особистісних ресурсів, постійної готовності вирішувати життєві проблеми, що виникають. Хронічне перенапруження і внутрішня психологічна реактивність — повсякденний стан сучасної людини, що виступає причиною значного зростання кількості психосоматичних захворювань, етіологія яких тісно пов'язана з особливостями психологічної сфери людського індивіда. За сучасними даними,

психосоматичні розлади в індустріальних країнах поширені серед 40–50 % населення і цей показник є досить стабільним [2] .

Психологічний портрет – це метод вивчення та аналізу особистості, що допомагає розкрити унікальні риси, мотивацію та психологічні процеси людини. Також візуальне, узагальнене, живе відображення характеру, особистісних рис, надбань та психологічних особливостей людини.

Інтелект - це система психічних процесів, що забезпечують реалізацію здатності людини оцінювати ситуацію, приймати рішення і відповідно до цього регулювати свою поведінку.

Емоція - це більш тривала реакція, яка виникає не тільки як реакція на dokonані події, але головним чином на передбачувані або згадувані. Почуття - стійкі емоційні стани, що мають чітко виражений предметний характер. Настрої - тривалі емоційні стани. Це той фон, на якому протікають всі інші психічні процеси. Настрій відображає загальну установку прийняття або неприйняття світу[7].

Психосоматичні розлади включають справжній взаємозв'язок між розумом (психікою) та тілом (согою), де психологічні фактори, такі як стрес та емоційний дистрес, можуть ініціювати, загострювати або підтримувати фізичні симптоми. Хоча термін "психосоматичний розлад" іноді використовується широко, важливо відрізнити його від соматоформного розладу. Соматоформний розлад, як визначено в DSM-5, включає значну зосередженість на фізичних симптомах, які викликають значний дистрес та функціональні проблеми, незалежно від наявності медичного пояснення. Психосоматичний розлад, навпаки, конкретно підкреслює роль психологічних факторів у погіршенні або спричиненні фізичних станів. Функціональні соматичні симптоми є ще одним пов'язаним терміном, що відноситься до фізичних скарг, таких як головний біль, біль у животі або м'язовий біль без чітких медичних пояснень[3]. Ці симптоми часто можуть мати психосоматичне походження. Розрізнення між цими термінами полягає в акценті на причинності та характері симптомів. Психосоматичні розлади передбачають прямий вплив психологічних факторів на фізичне здоров'я, тоді як соматоформний розлад зосереджується на реакції пацієнта та занепокоєнні симптомами. Функціональні симптоми є описовим терміном для незрозумілих фізичних скарг, які можуть бути психосоматичними[4].

Поширені психосоматичні симптоми у тривожних дітей молодшого шкільного віку. Біль у животі є одним з найчастіше повідомлюваних психосоматичних симптомів у дітей молодшого шкільного віку, які відчувають тривогу. Це може проявлятися як загальний біль у животі, дифузний біль навколо пупка або навіть нудота та блювання. Головний біль є ще однією поширеною скаргою, часто описуваною як головний біль напруги або тиск у лобі чи скронях. Ці головні болі можуть бути постійними або епізодичними і іноді супроводжуватися запамороченням. Втома та низький рівень енергії також часто повідомляються тривожними дітьми з психосоматичними симптомами. Це може проявлятися як відчуття втоми навіть після достатнього відпочинку або загальна відсутність мотивації та енергії[4]. Порушення сну, включаючи труднощі із засинанням, часті пробудження вночі та нічні жахи, є поширеними у тривожних

дітей і можуть сприяти втомі та іншим соматичним скаргам. Інші часто повідомлювані психосоматичні симптоми у цій віковій групі включають біль у грудях, м'язовий біль або ломоту (наприклад, біль у кінцівках, біль у спині), нудоту, блювання та утруднене дихання або задишку. Різноманітність фізичних симптомів підкреслює поширений вплив тривоги на різні системи організму у дітей. Чи існують культурні відмінності у тому, як ці симптоми повідомляються або розуміються дітьми та їхніми сім'ями? Культурні норми та переконання щодо хвороби та емоційного вираження можуть впливати на те, як діти переживають та повідомляють про свої психосоматичні симптоми[5].

Хоча основні симптоми залишаються подібними у молодшому шкільному віці (6-10 років), молодші діти (6-8 років) можуть в першу чергу виражати свій дистрес через більш прості соматичні скарги, такі як біль у животі та загальний біль, можливо, через їхній словниковий запас емоцій, що розвивається. Діти старшого віку (9-10 років) можуть бути більш здатними ідентифікувати та повідомляти про ширший спектр симптомів, включаючи головний біль, втому та навіть більш специфічні скарги, пов'язані з тривогою, такі як прискорене серцебиття[6]. Важливо відрізнити ці психосоматичні симптоми від фізичних симптомів, спричинених основними органічними захворюваннями. Для виключення будь-яких медичних станів, що можуть викликати скарги дитини, необхідна ретельна медична оцінка. Стійкість симптомів, незважаючи на медичне заспокоєння, та їхній зв'язок зі стресовими подіями або тригерами тривоги можуть вказувати на психосоматичне походження. Розуміння вікових відмінностей у прояві симптомів може допомогти батькам та фахівцям ефективніше розпізнавати психосоматичні симптоми. Як ми можемо навчити батьків та дітей про зв'язок між розумом та тілом у віковій формі? Використання простої мови та зрозумілих прикладів може допомогти дітям зрозуміти, що їхні почуття іноді можуть впливати на їхні тіла. Для батьків надання інформації про поширені психосоматичні симптоми у дітей може підвищити їхню обізнаність та заохотити їх звертатися за відповідною допомогою[2].

Теоретичні основи розуміння співіснування когнітивно-поведінкової точки зору, неадаптивні думки, переконання та інтерпретації тілесних відчуттів відіграють вирішальну роль у розвитку та підтримці як тривоги, так і психосоматичних симптомів у дітей[6]. Тривожні діти можуть виявляти негативні автоматичні думки про своє здоров'я або фізичні відчуття, що призводить до посилення тривоги та посилення соматичних скарг. Наприклад, дитина, яка відчуває нормальне бурчання в животі, може інтерпретувати це як ознаку серйозного захворювання, що викликає подальшу тривогу та потенційно погіршує фізичне відчуття. Уникання поведінки, наприклад, відмова відвідувати школу або брати участь у соціальних заходах через фізичні скарги, може забезпечити короточасне полегшення від тривоги, але зрештою підсилює страх та підтримує цикл психосоматичних симптомів. Інтерпретація симптомів також є ключовою; діти, які схильні до катастрофізації незначних фізичних симптомів, частіше відчувають значний дистрес та функціональні порушення. КПТ пропонує цінну основу для розуміння когнітивних та поведінкових механізмів,

що сприяють співіснуванню тривоги та психосоматичних симптомів. Зосереджуючись на виявленні та модифікації неадаптивних моделей мислення та поведінки, КПТ має на меті розірвати це коло. Які конкретні когнітивні спотворення зазвичай спостерігаються у тривожних дітей з психосоматичними симптомами? Поширені спотворення можуть включати тривогу за здоров'я, де нормальні тілесні відчуття неправильно інтерпретуються як ознаки серйозного захворювання, та катастрофізацію, де незначні симптоми перебільшуються до рівня серйозних загроз здоров'ю[7].

Психодинамічна перспектива припускає, що несвідомі емоційні конфлікти та невирішені психологічні проблеми можуть проявлятися у дітей у вигляді фізичних симптомів через процес соматизації. З цієї точки зору, тіло служить засобом вираження психологічного дистресу, який дитина може не усвідомлювати або не вміти висловити[8]. Труднощі у вербальному вираженні почуттів, відомі як алекситимія, також можуть сприяти соматизації. Діти, які намагаються зрозуміти та передати свої почуття, можуть виражати їх через фізичні симптоми. Ранній дитячий досвід, особливо пов'язаний з травмою або значним емоційним дистресом, також може мати тривалий вплив, що проявляється як психосоматичні симптоми пізніше в дитинстві. Психодинамічна перспектива підкреслює важливість дослідження основних емоційних проблем та здатності дитини до емоційного вираження для розуміння психосоматичних симптомів, пов'язаних з тривогою. Як клініцисти можуть ефективно отримати доступ та вирішити несвідомі конфлікти у маленьких дітей? Ігрова терапія та інші експресивні методи можуть бути цінними інструментами для дослідження основних емоцій та конфліктів у дітей, які можуть не мати вербальних можливостей для вираження свого внутрішнього досвіду.

Теорія прив'язаності пропонує ще одну точку зору на розуміння зв'язку між тривогою та психосоматичними симптомами у дітей. Ненадійні стилі прив'язаності, що виникають внаслідок непослідовного, ненадійного або нечутливого догляду в ранньому дитинстві, можуть призвести до труднощів з емоційною регуляцією та підвищеної вразливості до стресу та тривоги. Діти з ненадійними стилями прив'язаності можуть відчувати труднощі у пошуку розради та підтримки у вихователів, відчуваючи дистрес, що призводить до соматичних проявів тривоги. Ранні порушення зв'язку між вихователем та дитиною також можуть вплинути на відчуття довіри та безпеки у дитини, сприяючи загальному стану тривоги, що може проявлятися фізично. І навпаки, надійна прив'язаність, що характеризується послідовним та чуйним доглядом, сприяє емоційній стійкості та може діяти як буфер проти розвитку тривоги та пов'язаних з нею психосоматичних симптомів[24]. Теорія прив'язаності підкреслює глибокий вплив ранніх стосунків на емоційне та фізичне благополуччя дитини. Як втручання, спрямовані на поліпшення надійності прив'язаності, можуть також допомогти полегшити психосоматичні симптоми у тривожних дітей? Зміцнення стосунків між вихователем та дитиною та сприяння відчуттю безпеки та довіри можуть покращити здатність дитини регулювати свої емоції та звертатися за підтримкою, потенційно зменшуючи потребу у вираженні дистресу через фізичні симптоми[9].

Біо-психо-соціальна модель пропонує всебічну основу для розуміння психосоматичних розладів, враховуючи складну взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. У контексті тривожних дітей молодшого шкільного віку ця модель визнає, що біологічні схильності (такі як генетична вразливість до тривоги або підвищена фізіологічна реактивність на стрес), психологічні фактори (включаючи рівень тривоги, навички подолання та моделі мислення) та соціальні контексти (такі як сімейний стрес, шкільне середовище та стосунки з однолітками) – усі взаємодіють, впливаючи на розвиток та прояви психосоматичних симптомів[10]. Ця модель підкреслює необхідність цілісного підходу до оцінки та лікування, враховуючи всі ці взаємодіючі фактори. Як клініцисти можуть ефективно інтегрувати біологічну, психологічну та соціальну оцінки для розробки комплексних планів лікування для тривожних дітей з психосоматичними симптомами? Ретельна оцінка включатиме збір інформації про медичну історію дитини, сімейну динаміку, шкільний досвід, емоційне функціонування та когнітивні моделі для розробки індивідуальної стратегії втручання, яка враховує всі відповідні фактори, що сприяють розвитку розладу[11].

Висновки та майбутні напрямки досліджень. Психосоматичні розлади у тривожних дітей молодшого шкільного віку є складним поєднанням психологічних, фізіологічних та соціальних факторів. Тривожні розлади можуть значно сприяти розвитку та загостренню фізичних симптомів у цій віковій групі. Ефективне лікування вимагає цілісного підходу, який враховує як тривогу, так і соматичні скарги. Раннє виявлення тривоги та психосоматичних симптомів має вирішальне значення для запобігання довгостроковому впливу на благополуччя та функціонування дитини[20].

Профілактичні заходи можуть бути спрямовані на сприяння надійним стосункам прив'язаності, здоровим навичкам подолання та сприятливому сімейному та шкільному середовищу. Раннє втручання з використанням науково обґрунтованих методів лікування, таких як КПТ, може значно покращити результати. Незважаючи на зростаючу кількість досліджень з цієї теми, кілька областей потребують подальшого вивчення. Майбутні дослідження повинні бути спрямовані на краще розуміння специфічних механізмів, що пов'язують різні типи тривожних розладів з різноманітними психосоматичними симптомами, що спостерігаються у маленьких дітей. Необхідні лонгітюдні дослідження для вивчення довгострокового впливу цих супутніх станів та ефективності різних підходів до лікування. Дослідження ефективності конкретних терапевтичних методів у рамках КПТ для цієї групи населення було б цінним. Вивчення ролі культурних факторів у прояві та розумінні психосоматичних симптомів у дітей також є важливим.

Література:

1. Understanding psychosomatic disorders [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://blog.mdpi.com/2023/12/11/understanding-psychosomatic-disorders/>
2. Савенкова І. І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу психосоматичних захворювань / І. І. Савенкова // ScienceRise. – 2015. – № 2(1). – С. 87–90. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/text_2015_2%281%29__18

3. Психосоматичні розлади у дітей: теорія, діагностика, корекція // 186. – Т. 1. – С. 237–241
4. From abdominal pains to headaches: The causes of psychosomatic diseases in children [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://upbility.net/blogs/news/the-causes-of-psychosomatic-diseases-in-children>
5. Якимчук С. Вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/34856/Yakymchuk_90-104.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування // НейроNEWS [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/4-5%2897%29/pages-44-50/psihichni-rozladi-iz-somatichnimi-simptomami-misce-v-suchasnih-klasifikacijah-definiciji-diagnostika-ta-likuvannya>
7. Little Otter Blog. Psychosomatic Symptoms in Children [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://littleotterhealth.com/blog/psychosomatic-symptoms-in-children>
8. Psychosomatic disorders in pediatrics – PubMed [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11519281>
9. Трибухіна І. В. Електронний репозитарій Чорноморського національного університету імені Петра Могили [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://krs.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/2709/1/Трибухіна.pdf>
10. DSM-5-TR Online Assessment Measures – American Psychiatric Association [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>
11. Exploring the psychopathological profile of fibromyalgia: insights from the personality assessment inventory and its association with disease impact // Frontiers in Psychology [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1418644/full>

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ БАТЬКІВ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Пундєв В.В., Петрова К.В.

Одеський національний економічний університет

Приблизно половина всіх психічних розладів протягом життя починається в середині підліткового віку, а три чверті – у середині 20-х років, причому афективні розлади мають найвищу поширеність протягом життя (4,8–31,0% і 3,3–21,4% для розладів тривоги та настрою відповідно). Крім того, нещодавні дані підкреслили, що психічні розлади є найбільшою причиною інвалідності серед молодих людей. Оскільки пік захворюваності на депресивні та тривожні розлади припадає на підлітковий вік, ця фаза розвитку є особливо сприятливим часом для цілеспрямованих профілактичних зусиль. Стратегічні налаштування для цілеспрямованого профілактичного втручання щодо молодіжної депресії та тривожних розладів включають ЗМІ, Інтернет (включаючи соціальні мережі та комунікаційні технології), школи та сім'ї. Сімейне оточення, зокрема батьки, є центром цього дослідження, оскільки багато ключових факторів ризику депресії та тривожних розладів у молодих людей пов'язані з сім'єю (наприклад, подружні конфлікти) або можуть бути виявлені батьками на ранній стадії. Важливо, що деякі з цих факторів знаходяться під контролем або впливом батьків і їх потенційно можна змінити. Батьки також є хорошою основою профілактики, оскільки вони можуть володіти передбаченням, яке допомагає їм оцінити

цінність профілактики та раннього втручання, а також внутрішньою мотивацією вживати профілактичних дій [1, 6].

Існує недостатня кількість доказів щодо знань або грамотності батьків щодо психічного здоров'я їхніх дітей, але нещодавнє дослідження за участю 920 батьків молодих людей віком 12–25 років, які заповнили національне опитування щодо грамотності психічного здоров'я молоді, дає деяке попереднє розуміння цього питання. Зокрема, дослідження виявило, що все ще існують деякі важливі недоліки в розумінні батьками їхньої ролі в запобіганні цим розладам у їхніх дітей підліткового віку. Надмірне залучення батьків (схоже на надмірний контроль) і міжбатьківський конфлікт є потужними факторами ризику підліткової депресії. Дослідження показали, що участь батьків у терапії дитини може допомогти зменшити тривогу. Батьки знаходяться в унікальному становищі щоб допомогти, оскільки їхні діти, природно, покладаються на їхню підтримку та захист. Однак, хоча деякі способи пристосування до страхів дитини можуть зменшити її занепокоєння на певний час, вони також можуть перешкодити дитині навчитися справлятися зі своїми турботами самостійно, коли вона стає старшою [4]. Далі ми виділили окремі рекомендації батькам.

1. Батьки мають не усунути тривогу, а допомогти дитині впоратися з нею. Найкращий спосіб допомогти дітям подолати тривогу — це не намагатися усунути стресори, які її викликають. Це допоможе їм навчитися терпіти свою тривогу та функціонувати якомога краще, навіть коли вони хвилюються. І як побічний ефект цього, тривога з часом зменшиться [2].

2. Не уникайте речей лише тому, що вони викликають у дитини тривогу. Допомагаючи дітям уникати речей, яких вони бояться, батьки покращують їхнє самопочуття в короткостроковій перспективі, але це посилює тривогу в довгостроковій перспективі. Наприклад, дитина в незручній ситуації засмучується і починає плакати — це не для того, щоб маніпулювати, а просто тому, що вона так відчувається. Якщо батьки виганяють їх звідти або прибирають те, чого вони бояться, дитина навчиться цьому механізму. І цей цикл має потенціал для повторення.

3. Висловлюйте позитивні, але реалістичні очікування. Ви не можете пообіцяти дитині, що її страхи неможливі — що вона не провалить іспит, що вона буде весело кататися на ковзанах або що інша дитина не буде сміятися з неї під час розповіді. Але ви можете висловити впевненість, що з ними все буде добре, що вони впораються. І ви можете повідомити їм, що коли вони стикаються з цими страхами, рівень тривоги з часом знизиться. Це дає їм впевненість у тому, що ваші очікування реалістичні, і що ви не збираєтеся просити їх зробити те, з чим вони не можуть впоратися.

4. Не задавайте навідних питань. Заохочуйте дитину говорити про свої почуття, але намагайтеся не ставити навідних запитань: «Ти хвилюєшся через великий тест? Ти хвилюєшся через науковий ярмарок?» Щоб уникнути циклу

тривоги, просто ставте відкриті запитання: «Як ви ставитеся до наукового ярмарку?» [5].

5. Не посилюйте страхи дитини. Чого ви не хочете робити, так це говорити тоном голосу чи мовою тіла: «Можливо, це те, чого тобі, синку/доню, варто боятися». Припустимо, дитина мала негативний досвід взаємодії з собакою. Наступного разу, коли діти будуть поруч із собакою, ви можете хвилюватися про те, як вони відреагують, і можете ненавмисно надіслати повідомлення своїм тілом, що їм справді варто хвилюватися.

6. Намагайтеся, щоб період очікування був коротким. Коли ми чогось боїмося, найважче це час перед тим, як ми це зробимо. Отже, ще одне емпіричне правило для батьків — дійсно намагатися усунути або скоротити період очікування. Якщо дитина хвилюється перед тим, як йти на прийом до лікаря, не варто починати дискусію про це за дві години до вашого приходу; це, ймовірно, ще більше захопить вашу дитину. Тому спробуйте скоротити цей період до мінімуму.

7. Обмірковуйте все разом з дитиною. Іноді допомагає поговорити про те, що сталося би, якби страх дитини справдився — як би вона з цим впоралася? Дитина, яка хвилюється через розлуку з батьками, може хвилюватися про те, що станеться, якщо хтось із батьків не прийде за нею. Тож ми маємо говорити про це. Якби твоя мама не прийшла після тренування з футболу, що б ти зробив? «Я б сказав тренеру, що моєї мами тут немає». А як ви думаєте, що зробив би тренер? "Ну, він дзвонив моїй мамі. Або чекав зі мною". Для деяких дітей наявність плану може зменшити невизначеність здоровим та ефективним способом.

8. Спробуйте змодельовати здорові способи подолання тривоги. Є кілька способів допомогти дітям впоратися з тривогою, дозволивши їм побачити, як ви справляєтеся з тривогою самі. Діти сприйнятливі, і вони сприймуть це, якщо ви будете постійно скаржитися по телефону другові, що не можете впоратися зі стресом або хвилюванням. Це не означає, що потрібно вдавати, що у вас немає стресу чи хвилювання, але дозвольте дітям почути або побачити, як ви спокійно справляєтеся з цим, терпите це, відчуваєтеся добре, коли переживаєте [3].

Література:

1. Тривожні розлади: WHO сторінка. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> (дата звернення: 16.04.2025).
2. Alizadeh S., Abu Talib M.B., Abdullah R., Mansor M. Relationship between parenting style and children's behavior problems. *Asian Social Science*. 2019. 7(12). p. 195.
3. Banerjee R., Halder S. Parenting style and academic motivation: A critical review. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2020. 11(3). p. 172–178.

4. Lunetti C., Iselin A.-M.R., Di Giunta L. Development of internalizing symptoms during adolescence in three countries: The role of temperament and parenting behaviors. *European Child Adolescent Psychiatry*. 2022. 31(6). p. 947–957.
5. Meyer A., Lerner M.D., De Los Reyes A., Laird R.D., Hajcak G. Considering ERP difference scores as individual difference measures: issues with subtraction and alternative approaches. *Psychophysiology*. 2017. 54(1). p. 114–122.
6. UNICEF. Helping children cope with stress during the COVID-19 pandemic. 2022 : стаття UNICEF. URL: <https://www.unicef.org/coronavirus/how-teenagers-can-protect-their-mental-health-during-coronavirus-covid-19> (дата звернення: 16.04.2025).

МОДЕЛЬ ОСОБИСТІСНИХ ЧИННИКІВ ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ БАТЬКІВ ДІТЕЙ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Рибалко О.О.

*Харківський національний педагогічний університет
імені Г.С. Сковороди*

Тривале перебування в умовах хронічного стресу, пов'язаного з доглядом за дитиною з психічним розладом є одним із потужних чинників розвитку психоемоційних порушень у її батьків. Виховання дитини з психічними розладами супроводжується підвищеним навантаженням, невизначеністю та емоційним виснаженням, що створює передумови для розвитку невротизації, тривожно-депресивних станів та зниження життєстійкості батьків. Вивчення особистісних чинників психічного благополуччя в цій групі є актуальним у контексті розуміння механізмів психологічної адаптації до складних умов, а також з огляду на необхідність побудови цілісної моделі психопрофілактичної та психокорекційної допомоги щодо відновлення та збереження психічного благополуччя батьків, як виховують дітей з психічними та поведінковими розладами.

У межах медико-психологічного підходу ВООЗ визначає психічне благополуччя як «стан, за якого особа реалізує свої здібності, може справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно працювати і робити внесок у життя своєї спільноти» [3]. Ключовими критеріями цього стану називають: здатність особистості реалізовувати свій потенціал; стійкість до стресу; здатність до продуктивної діяльності; відчуття ефективності та користі своєї діяльності; залученість у соціальне життя адаптивність і автономність (adaptive autonomy); когнітивну ясність; емоційну стабільність [3].

У сучасній психологічній науці феномен психічного благополуччя також посідає центральне місце як багатовимірний показник адаптації, суб'єктивного функціонування та життєвої задоволеності особистості. Існує кілька концептуальних підходів до його визначення, кожен з яких акцентує увагу на різних структурних компонентах і механізмах його формування.

Гедоністичний підхід розглядає психічне благополуччя переважно як емоційне задоволення життям, що ґрунтується на прагненні до приємних емоцій, уникненні негативних переживань і загальному відчутті щастя. До структури психічного благополуччя, у відповідності до робіт Е. Дінера (провідного

розробника цього підходу) належать: когнітивна оцінка життя – когнітивний компонент, що виражається в узагальненій позитивній оцінці життєвої задоволеності; позитивний афект – афективна складова, що відображає переживання позитивних емоцій; негативний афект – афективна складова, якій притаманна низька частота і слабка вираженість негативних емоцій [1].

У відповідності до евдемонічного підходу, психічне благополуччя полягає не у переживанні задоволення, а у реалізації внутрішнього потенціалу, усвідомленості, саморозвитку й житті відповідно до цінностей. Основоположницею евдемонічної моделі у сучасній психології є К. Ріфф, яка описала шестикомпонентну структуру благополуччя, що включає: самоприйняття – позитивне ставлення до себе, визнання власного минулого, прийняття якостей і обмежень; позитивні взаємини з іншими – здатність до емпатії, турботи, довіри, побудови емоційно насичених контактів; автономію – внутрішню незалежність, самодостатність, здатність діяти відповідно до власних переконань, навіть попри соціальний тиск; контроль обставин – уміння ефективно керувати життєвими обставинами, використовувати ресурси довкілля, досягати поставлених цілей; цілеспрямованість у житті – наявність життєвої мети, спрямованості, відчуття змістовності життя; особистісне зростання – відчуття постійного розвитку, відкритості до нового досвіду, самовдосконалення [2].

У контексті вивчення психічного благополуччя батьків дітей із психічними розладами доцільним є поєднання евдемонічного та функціонального підходів, яке дозволяє врахувати як глибинні особистісні ресурси, так і зовнішні функціональні аспекти адаптації (здатність долати стрес, підтримувати стосунки, реалізовувати себе в соціальній ролі). У контексті такого поєднання обґрунтовано узагальнену модель, яка відображає структуру, зміст та функціональні взаємозв'язки ключових ресурсів, що підтримують психологічну стабільність у батьківстві дитини з психічним розладом.

Модель передбачає інтеграцію трьох функціонально взаємопов'язаних блоків чинників: когнітивних, емоційно-регуляторних та екзистенційно-мотиваційних. Кожен із блоків має свою функцію у підтриманні або порушенні психічного благополуччя в умовах хронічного стресу (наприклад, батьківство дитини з психічними розладами).

1. Когнітивний блок відповідає за інтерпретацію життєвих подій, оцінку себе, інших та ситуацій та включає базисні переконання, самоефективність, когнітивна гнучкість, атрибутивний стиль.

2. Емоційно-регуляторний блок формує адаптивну або дезадаптивну реакцію на емоційне напруження, втому, перевантаження та містить емоційну саморегуляцію, життєстійкість, копінг-стратегії, толерантність до невизначеності – здатність зберігати стабільність у непередбачуваних ситуаціях.

3. Екзистенційно-мотиваційний блок забезпечує смислове та наповнення життя, що підтримує психічну стабільність у складних умовах, включає сенс життя, позитивну самооцінку.

Представлена структура моделі дозволяє цілісно осмислити психічне благополуччя батьків як динамічну систему взаємодії ресурсів, а також створити

теоретичне підґрунтя для емпіричного дослідження та психокорекційної практики.

Література:

1. Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985. Vol. 49(1). P. 71–75.
2. Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 57(6). P. 1069–1081.
3. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Summary report. Geneva: WHO. 2004. 67 p.

ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ У СТУДЕНТІВ

Городник А.А., Грек О.М.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)»*

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується інтенсивним науково-технічним прогресом, глобалізаційними процесами, соціокультурними трансформаціями, а також збройними конфліктами у світі. Ці зміни часто стають джерелами глибоких психологічних криз, що вимагають від людини здатності до швидкої адаптації. Для успішного пристосування до нових соціальних реалій сучасній людині необхідно володіти низкою якостей, зокрема високим рівнем мобільності, стресостійкості, асертивністю, тактовністю, толерантністю, мотивацією досягнення, розвиненими волевими якостями та навичками саморегуляції. Сукупність цих характеристик становить основу **психологічної стійкості особистості**.

У цьому контексті особливої актуальності набуває проблема формування психологічної стійкості у студентської молоді. Згідно з результатами численних досліджень, саме студенти відчують вищий рівень стресу порівняно з іншими соціальними групами. Це обумовлено переходом до самостійного дорослого життя, необхідністю адаптації до нових умов навчання та соціального середовища, а також зростанням рівня особистої відповідальності.

Вивченню психологічної стійкості особистості присвячені наукові дослідження як зарубіжних (G. Aburn, M. Brewer, T. Cosco, W. Tan та інші), так і вітчизняних (В. Готич, Л. Коробка, В. Корольчук, Т. Мазур, О. Мерзлякова, Е. Носенко, Н. Підбуцька, Т. Титаренко, В. Чорнобровкіна, В. Чорнобровкін та інші) науковців. В роботах G. Aburn, T. Cosco, W. Tan та інших резильєнтність (психологічна стійкість) розглядається як персональна характеристика особистості, яка пом'якшує несприятливі наслідки стресу та сприяє позитивній адаптації [3]. В роботах українських науковців психологічну стійкість розглядають «як цілісну, інтегральну якість особистості, яка проявляється в здатності оптимально відображати дійсність в складних життєвих ситуаціях, готовність людини до дії в цих ситуаціях, здатність проживати важку життєву ситуацію без якого-небудь збитку для себе, долати її наслідки за допомогою способів, що вдосконалюють соціальну зрілість особистості» [2, С. 44].

Звернемо увагу на чинники, які сприяють зниженню рівня психологічної стійкості особистості. До таких чинників науковці відносять [5]: емоційну нестабільність, невпевненість в собі, відсутність ціннісного ставлення до себе, внутрішньоособистісні конфлікти, імпульсивність, перфекціонізм, досвід минулого щодо невдалого вирішення конфліктних ситуацій, потреба в схваленні, низький рівень рефлексії. В роботах М. Корольчук серед чинників, які негативно впливають на психологічну стійкість особистості виділені наступні: емоційно-когнітивні чинники; надмірний вплив зовнішніх стресогенних подразників; тривала дія стресу; індивідуально-психологічні особливості [1].

Сьогодення вимагає більше уваги приділяти вивченню психологічної стійкості у студентської молоді в умовах воєнного стану. Дослідження в цьому напрямку проводяться в роботах О. Власова-Чмерук, В. Готич, І. Каськова, Н. Корольова, В. Москольца, Н. Підбуцької, О. Федик та інших. Так, В. Москолець та О. Федик звертають увагу, що саме українська студентська молодь найбільше зазнає деструктивного впливу війни на психіку. Одним з найважливіших у студентському віці є будування планів на майбутнє, що може бути порушено саме війною. Так, можуть руйнуватися в таких умовах плани самоактуалізації в праці, коханні, створення сім'ї, здоров'я. Тому, як наголошують науковці, важливим є розвинута психологічна стійкість у молоді, щоб вона могла вистояти та перемогти ці реалії [4].

Метою нашої роботи є дослідження рівня психологічної стійкості у студентів.

В дослідженні були використані такі методи, як спостереження, опитування (бесіда, анкетування) та конкретні методики – методика дослідження резильєнтності Коннора-Девідсона, методика дослідження життєстійкості С. Мадді, методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (автори С. Норман, Д. Ф. Ендлер, Д. А. Джеймс, М. І. Паркер; адаптація Т. А. Крюкової). В дослідженні приймали участь 40 студентів, які навчаються на 2 курсі університету.

Результати емпіричного дослідження дозволили встановити, що у досліджуваних студентів переважає середній рівень резильєнтності ($X_{\text{ср}}=45,10$). Водночас, у **20% студентів виявили високий рівень резильєнтності**, тоді як у **25% — низький рівень**.

Аналіз результатів дослідження особливостей прояву життєстійкості у студентів свідчить, що студентів домінує середній рівень за показниками залученості ($X_{\text{ср}}=29,65$), контролю ($X_{\text{ср}}=30,45$), а за показником прийняття ризику виявлено високий рівень ($X_{\text{ср}}=22,12$). Загалом, студенти продемонстрували середній рівень життєстійкості ($X_{\text{ср}}=87,05$). Детальний аналіз результатів дозволив виявити, що 35% студентів мають низький рівень залученості. За показником контролю низький рівень виявлено у 5% досліджуваних.

За показником прийняття ризику досліджуваних з низьким рівнем не виявлено, проте 65% продемонстрували високий рівень. Це вказує на готовність студентів діяти в умовах невизначеності, приймати рішення ризикуючи, що можуть потерпіти невдачу, проявляють сміливість при вирішенні складних

ситуацій, довіряють власним рішенням. В умовах воєнного стану такі результати у студентів свідчать про їх адаптивну психологічну реакцію на кризові обставини, а також, це може свідчити про мобілізацію психологічних ресурсів, які спрямовані на виживання, самореалізацію та самозбереження.

Дослідження копінг-стратегій, які використовуються студентами в стресових ситуаціях, показало, що найбільш вираженим є копінг, орієнтований на вирішення задач ($X_{\text{ср}}=48,45$), другим за результатами є копінг, орієнтований на уникнення ($X_{\text{ср}}=31,07$), найменш вираженим є соціальне відволікання ($X_{\text{ср}}=10,00$).

За допомогою кореляційного аналізу було вивчено зв'язки між резильєнтністю, життєстійкістю та копінг-стратегіями у досліджуваних студентів. Позитивні зв'язки виявлені між показником резильєнтності та залученості ($r=0,358$) на 5% рівні значущості, що свідчить про помірний зв'язок між означеними показниками. Додатні зв'язки виявлені між резильєнтністю та копінгом, орієнтованим на емоції ($r=0,567$, при $p<0,01$), соціальним відволіканням ($r=0,351$, при $p<0,05$). Тобто, студенти з високим рівнем резильєнтності при подоланні стресових ситуацій частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії, а також можуть використовувати соціальне відволікання як копінг-стратегії при подоланні стресових ситуацій.

Помірний зв'язок виявлено між показниками життєстійкості: залучення, прийняття ризику та копінгом відволікання ($r=0,314$, $r=0,310$, при $p<0,05$). Тобто, помірний позитивний зв'язок між цими показниками демонструє, що життєстійкі студенти можуть звертатися до соціальної підтримки не як до способу уникнення проблем, а як до ресурсу для адаптації, що є важливим елементом стратегії психологічної стійкості.

Отримані дані свідчать про необхідність розвитку психологічної стійкості у студентської молоді через впровадження профілактичних і корекційних програм, спрямованих на підвищення рівня резильєнтності, розвиток адаптивних копінг-стратегій та формування емоційної саморегуляції.

Література:

1. Корольчук В.М. Психологічні детермінанти стійкості особистості до дії стресогенних факторів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14(1). С. 152-161. http://nbuv.gov.ua/UJRN/PeKr_2013_14%281%29__22
2. Мазур, Т. В., Лещенко М. Є., Орешета Ю. В. Інтегральна характеристика психологічної стійкості особистості у важких життєвих ситуаціях. *Проблеми соціальної роботи: філософія, психологія, соціологія*. 2017. № 1 (9). С. 40-45. <http://ir.stu.cn.ua/123456789/14829>
3. Мерзлякова О. Л. Психологічні чинники індивідуальної і колективної стійкості та опору військовій агресії (аналітичний огляд). *Аналітичний вісник у сфері освіти й науки* : довід. бюл. / НАПН України, ДНПБ ім. В. О. Сухомлинського. Вінниця : ТВОРИ, 2023. Вип. 17. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/736360/1/VNIASO-AHSEduSciRB17-2023-110-124.pdf>
4. Москалець В. П., Федик О. В. Психологічна стійкість студентів в умовах злочинної війни московії проти України. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2024. Випуск 1. С. 116-125. Режим доступу: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.21>

5. Чхаїдзе А. О., Самкова О. М. Особливості психологічної стійкості у юнацькому віці. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2019. Вип. 1. С. 51-58. http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipsd_2019_1_10.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ІНТЕРНЕТ-ПРОСТОРУ НА ЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Гурман Т.В., Грек О.М.

*South Ukrainian National Pedagogical University
named after K.D. Ushynsky» (Odesa)*

У зв'язку з активним розвитком технологічного прогресу дедалі більше людей починають замінювати реальний світ віртуальним, використовуючи мобільні телефони, планшети, комп'ютери та інші електронні засоби доступу до інформації. У сучасних умовах така трансформація видається зручною, адже завдяки цифровим технологіям можна за лічені секунди отримати доступ до будь-якої інформації, що цікавить. Проте стрімкий розвиток інформаційних технологій зумовив появу низки нових соціально-психологічних проблем, пов'язаних із функціонуванням інтернету та соціальних мереж. До таких проблем належать: кібербулінг, поширення фейкової інформації, маніпулятивна пропаганда на різноманітні теми тощо. Особливо вразливими до цих явищ є підлітки та молодь. Чимало підлітків почали використовувати соціальні мережі як спосіб втечі від реальності. Їхній віртуальний світ часто істотно відрізняється від реального, що ускладнює процес соціалізації, формування навичок живого спілкування та побудови міжособистісних зв'язків. З огляду на те, що в підлітковому віці психіка та критичне мислення перебувають на стадії активного формування, інформація, отримана з інтернету, часто сприймається ними як беззаперечна істина. Це підвищує ризики маніпуляцій, психологічного тиску та спотвореного сприйняття реальності.

В роботах вчених Ю. Асєєвої, А. Вугман, О. Грек, Г. Єрошина, Л. Матохнюк, М. Найдьонов та Л. Найдьонова, А. Шалімова вивчається проблема медіасередовища та особливості його впливу на людину, форми інтернет-залежностей, особливості сприйняття інформації та інше. Вплив медіасередовища на емоційну сферу в підлітковому віці досліджується в роботах зарубіжних (І. Coldberg, К. Young та інші) та вітчизняних (Ю. Асєєва, О. Грек, І. Кулик, О. Камінська та інші) науковців.

Негативний вплив Інтернет-простору на емоційну сферу підлітків, згідно з дослідженнями І. Coldberg та К. Young, полягає, зокрема, в отриманні позитивних емоцій та відчуття ейфорії від перебування онлайн [4; 5]. У разі відсутності можливості доступу до Інтернету в підлітків виникає емоційне напруження, дратівливість, тривога, що, своєю чергою, спричиняє відчуття нудьги, зниження настрою, появу суму, а іноді – ворожого ставлення до осіб, які намагаються обмежити їхню онлайн-активність. Це вказує на формування емоційної залежності від віртуального середовища, що знижує здатність до адаптації в реальному соціальному просторі.

Крім того, на емоційний стан підлітків значно впливає контент, пов'язаний із темами страху, підвищеної тривожності, насильства, агресії тощо. Перегляд медіа, що містить сцени насильства, може спричинити підвищення рівня

агресивної поведінки в підлітковому середовищі, а також поступове зниження рівня емпатії та чутливості до проявів жорстокості. За даними низки дослідників [1; 2; 3], регулярне споживання подібного контенту має довгострокові негативні наслідки для психоемоційного розвитку особистості, що особливо небезпечно в період становлення особистісної та емоційної зрілості.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу інтернет-простору на емоційні прояви у сучасних підлітків.

В роботі було використано наступні методи – спостереження, опитування (анкетування, бесіда) та конкретні методики: тест на виявлення інтернет-залежності Кімберлі Янг, методика САН, методика для визначення рівня тривожності Ч. Спілберга - Ю. Ханіна. Дослідження проводилося з 30 підлітками 13-14 років, які навчаються в у Малодолинському закладі загальної середньої освіти Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області.

Одержані результати дослідження рівня інтернет-залежності у сучасних підлітків дозволили встановити, що в загальній вибірці переважає середній рівень користування Інтернетом за методикою К. Янга ($X_{\text{ср}}=74,6$). Водночас виявлено, що у 30% респондентів спостерігається надмірний рівень користування Інтернетом, що свідчить про надмірну вираженість ознак інтернет-залежності. Такий рівень залученості в онлайн-середовище може бути зумовлений тим, що більшість аспектів їх життєдіяльності тісно пов'язано саме з інтернет-простором: навчання, спілкування, дозвілля та інше. Саме в Інтернеті підлітки мають змогу задовольняти важливі для їхнього віку потреби – у спілкуванні, самореалізації, автономії, визнанні. Ці потреби не завжди можуть бути реалізовані в реальному житті з огляду на соціальні бар'єри, невпевненість або недостатні соціальні навички. Крім того, перебуваючи в Інтернеті, підліток може контролювати ситуацію та самостійно приймати рішення, що сприяє формуванню відчуття особистісної значущості та зменшує рівень тривожності, страхів та комплексів. Саме це набуває особливої актуальності у підлітковому віці, коли відбувається активне формування «Я-концепції» та потреба в автономії.

В ході емпіричного дослідження встановлено, що в загальній вибірці підлітків переважає сприятливий рівень самопочуття ($X_{\text{ср}}= 4,06$), активності ($X_{\text{ср}}= 4,10$) та настрою ($X_{\text{ср}}= 4,51$). Водночас, аналіз індивідуальних показників показав, що у 42% респондентів спостерігається низький рівень самопочуття; у 46% – низький рівень активності; а у 34% підлітків зафіксовано низький рівень настрою. Також визначено, що у досліджуваній групі переважає помірний рівень як ситуативної ($X_{\text{ср}} = 43,40$), так і особистісної тривожності ($X_{\text{ср}} = 44,80$). Однак слід звернути увагу на те, що у 10% підлітків виявлено низький рівень ситуативної тривожності, а у 46% респондентів спостерігається високий рівень особистісної тривожності.

За результатами кореляційного аналізу було виявлено статистично значущі позитивні зв'язки між показниками інтернет-залежності та ситуативною ($r = 0,39$, $p \leq 0,05$), а також особистісною тривожністю ($r = 0,39$, $p \leq 0,05$). Це свідчить про те, що зі зростанням рівня інтернет-залежності у підлітків підвищується як ситуативна, так і особистісна тривожність. Водночас виявлено зворотні, хоча й

статистично незначущі, зв'язки між інтернет-залежністю та показниками самопочуття, активності та настрою. Це може свідчити про наявність тенденції до погіршення загального психоемоційного стану підлітків із вищим рівнем інтернет-залежності.

Отже, можемо зробити висновки, що більшість досліджуваних підлітків мають середній рівень інтернет-залежності. Виявлені підлітки, які мають високий рівень залежності від Інтернету (30%). Переважна частина досліджуваних підлітків демонструє помірний рівень ситуативної та особистісної тривожності, а також у них переважає сприятливий рівень самопочуття, активності та настрою. Встановлено зв'язки між рівнем інтернет-залежності та показниками ситуативної і особистісної тривожності. Зворотні зв'язки наявні між інтернет-залежністю та самопочуттям, активністю й настроєм.

Отримані результати вказують на необхідність профілактики інтернет-залежності серед підлітків, а також розвитку їх емоційної стійкості.

Література:

1. Асєєва Ю.О. Психологічні засади кіберадикцій в підлітковому та юнацькому віці : дис. ... док. псих. наук : 19.00.07. Одеса, 2021. 532 с.
2. Грек О. М. Медіасередовище та його вплив на емоційну сферу підлітків. *Акутальні питання психології у сучасному інноваційному просторі: збірник матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., м. Одеса, ОНМУ, 15-16 травня 2020 р. / редкол.: Р. П. Шевченко, Л. С. Смокова, Н. В. Каргіна. Одеса: ОНМУ, 2020. С. 137-140.*
3. Немеш В. І. Стан дослідження з проблеми вивчення емоційних трансформацій у підлітковому віці. *Академічні візії*. 2021. Вип. 2. С. 22-28. URL: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5816978>
4. Goldberg, I. Internet addiction disorder. CyberPsychol. Behavior. 1996. № 3(4). P. 403-412.
5. Young K. Internet Addiction Test (IAT). Stoelting. 1998, P. 32.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВНУТРІШНЬО ОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Синіченко В.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Суперечливість сучасних соціально-політичних умов у світі, трансформація ціннісних орієнтирів та потужні інформаційні впливи зумовлюють підвищення напруженості як у суспільстві загалом, так і в житті окремої особистості. Повномасштабне вторгнення РФ в Україну загострило цю ситуацію. Зросла кількість українців, які втратили близьких, домівки, роботу, зазнали кардинальних змін у професійному та особистому житті, були змушені до переміщення та адаптації в нових умовах. Усе це значною мірою впливає на особистісний розвиток сучасної молоді, яка, перебуваючи в умовах невизначеності, стикається з труднощами самоідентифікації та реалізації життєвих планів. Багато юнаків і дівчат опиняються в умовах кризових ситуацій, що супроводжуються підвищеним рівнем стресу, фрустрацією, внутрішньо особистісними й міжособистісними конфліктами.

Проблема внутрішньо особистісних конфліктів є предметом дослідження як зарубіжних (А. Адлер, Д. Мід, З. Фрейд, К. Хорні та інші), так і вітчизняних науковців (Л. Березовська, О. Голошук, А. Кунцевська, Г. Ложкін, А. Массанов, Е. Помиткін, Т. Титаренко, Н. Чепелєва та інші) [1; 2; 3]. У науковій літературі розкрито сутність внутрішньо особистісних конфліктів, особливості їх прояву в підлітковому та юнацькому віці, а також окреслено можливості їх профілактики та психологічної корекції. Дослідники зазначають, що внутрішньо особистісні конфлікти можуть бути джерелом дезорганізації особистості, проте їх конструктивне подолання сприяє особистісному зростанню та формуванню нових позитивних якостей.

Метою роботи є дослідження особливостей переживання внутрішньо особистісних конфліктів в юнацькому віці.

В дослідженні були використані емпіричні методи: спостереження, опитування (бесіда, анкетування) та конкретні методики – «Тест на виявлення рівня внутрішньо особистісної конфліктності» А. І. Шипілова, методика Смишловиттєві орієнтації Д. О. Леонтьєва. В дослідженні приймали участь 40 респондентів 17-18 років.

В ході дослідження було встановлено, що у респондентів переважає високий рівень внутрішньо особистісного конфлікту ($X_{\text{ср}}=56,80$), тобто вони мають складну ієрархію потреб та мотивів, високо-розвинуту когнітивну структуру. Також було встановлено, що серед досліджуваних студентів 3% мають низький рівень загального показника внутрішньо особистісного конфлікту, тобто мають розвинуті вольові якості, а внутрішні конфлікти та переживання трапляються дуже рідко, можуть мати завищену самооцінку, ставлять мету та намагаються її реалізувати. У 40% респондентів виявлено середній рівень внутрішньо особистісного конфлікту, що свідчить про їх відповідальність, стійкість та адекватне реагування на складні життєві ситуації, не мають серйозних проблем під час адаптації до нових умов, схильні займатися самоаналізом, мають гнучку помірну ситуативну тривожність. 12% респондентів продемонстрували дуже високий рівень внутрішньо особистісного конфлікту, що вказує на внутрішню боротьбу із самим собою, мають неврівноважену нервово-психічну діяльність, проявляють іраціональність в поведінці, імпульсивні, часто ображаються, мають розбалансованість в самооцінці.

Вивчено рівень внутрішньо особистісної конфліктності та виявлено, що в групі досліджуваних переважає середній рівень за всіма шкалами, а саме «мотиваційного конфлікту» ($X_{\text{ср}}=8,55$), «морального конфлікту» ($X_{\text{ср}}=9,42$), «конфлікту нереалізованого бажання» ($X_{\text{ср}}=9,37$), «рольового конфлікту» ($X_{\text{ср}}=9,75$), «адаптаційного конфлікту» ($X_{\text{ср}}=10,42$), «конфлікту неадекватної самооцінки» ($X_{\text{ср}}=9,27$). Високий рівень окремих внутрішньо особистісних конфліктів притаманний значній частині студентів: 30% мають високий рівень адаптаційного конфлікту; 28% – високий рівень конфлікту нереалізованого бажання; 25% – високий рівень рольового конфлікту та конфлікту неадекватної самооцінки; 20% – високий рівень мотиваційного конфлікту; 15% – високий рівень морального конфлікту. Ці дані свідчать про поширеність психоемоційної

напруги та суперечностей серед респондентів що може впливати на їхню адаптацію, емоційний стан та академічну мотивацію.

Досліджено особливості прояву сенсожиттєвих орієнтацій у досліджуваних та виявлено, що вони характеризуються загалом середнім рівнем усвідомленості життя ($X_{\text{ср}}=96,87$). За показником цілі в житті виявлено середній рівень ($X_{\text{ср}}=30,70$), що свідчить про недостатню наявність цілей на майбутнє. Показники процесу та результативності життя також перебувають на середньому рівні ($X_{\text{ср}}=28,55$ і $X_{\text{ср}}=25,27$), що свідчить про загалом емоційно наповнене життя студентів та певну задоволеність власною самореалізацією. За шкалами локусу контролю ("локус Я" – $X_{\text{ср}}=20,02$, "локус життя" – $X_{\text{ср}}=30,32$) встановлено середній рівень впевненості у власній здатності впливати на події життя, що є сприятливим чинником у формуванні психологічної стійкості.

З'ясовано зв'язки між показниками внутрішньо особистісного конфлікту та сенсожиттєвими орієнтаціями та виявлено (за критерієм Спірмена) наявність зворотних зв'язків між загальним рівнем внутрішньо особистісної конфліктності та загальним показником сенсожиттєвих орієнтацій ($r=-0,37$, $p<0,05$), цілями в житті ($r=-0,27$, $p<0,05$), процесом життя ($r=-0,29$, $p<0,05$), результативністю життя ($r=-0,30$, $p<0,05$), локус контролю Я ($r=-0,35$, $p<0,05$), локусом контролю життя ($r=-0,32$, $p<0,05$), тобто при зниженому рівні усвідомленості життя, відсутності життєвих цілей, незадоволеність життям сприяють зростанню внутрішньо особистісного конфлікту. Також від'ємні зв'язки виявлені між показником процесу життя та шкалою конфлікту нереалізованого бажання ($r=-0,33$, $p<0,05$), тобто зниження усвідомленості змісту життя відбувається при зростанні рівня конфліктності.

Від'ємні зв'язки виявлені між шкалою рольового конфлікту та процесом життя ($r=-0,29$, $p<0,05$), локусом контролю Я ($r=-0,31$, $p<0,05$), тобто при втраті контролю Я та зниження задоволеності життям зростає рівень рольового конфлікту. Від'ємні зв'язки також виявлено між шкалою адаптаційного конфлікту та локусом контролю життя ($r=-0,37$, $p<0,05$), а саме при посиленні відчуття, що життя не кероване, зростає рівень адаптаційного конфлікту.

Одержані результати дозволяють зробити висновки, що між сенсожиттєвими орієнтаціями та внутрішньоособистісною конфліктністю є системна взаємозалежність, а саме **вищий рівень внутрішньоособистісних конфліктів пов'язаний із меншою наявністю життєвих цілей, зниженим емоційним сприйняттям процесу життя, незадоволеністю результативністю життя, ослабленням контролю над власним життям.**

Література:

1. Герасіна С.В. Психологічні детермінанти виникнення внутрішньоособистісних конфліктів у студентів професійно-навчальних закладів. Проблеми загальної та педагогічної психології. Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. Т. VIII. Ч. 9. 2016. С. 110–115.
2. Сльчанінова Т.М. Внутрішньоособистісний конфлікт як фактор становлення особистості студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2018. Вип. 3. Том 2. С. 42-47.
3. Помиткін Е.О. Ціннісно-смісловий дисонанс як фактор

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Чебаненко І.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Під час війни досить значна кількість студентів стикається з таким явищем як емоційне вигорання. Подібний стан чинить значний вплив на психічне та фізичне здоров'я та сильно погіршує якість життя. Дуже важливо розпізнати його вчасно, адже емоційне вигорання під час війни може перерости у депресію чи інший, більш серйозний діагноз.

Емоційним вигоранням називають стан емоційного спустошення та емоційного виснаження, що супроводжується втратою мотивації, постійною втомою та цілим рядом інших негативних симптомів. Він виникає як своєрідна захисна реакція організму і часто є пов'язаний із високим рівнем стресу. Саме по цій причині емоційне вигорання дуже часто трапляється у тих, хто працює з великою кількістю людей та змушений багато спілкуватись.

Коли в країні війна, то люди перебувають в стані перманентного стресу. Вони переживають за своє життя та життя своїх близьких, постійно читають тривожні новини, непокояться про своє майбутнє. Все це перевантажує психіку та нервову систему і спричиняє емоційну втому яку часто також називають емоційним вигоранням.

Під час війни симптоматику емоційного вигорання відчуває на собі практично кожен студент. Як правило, цей стан супроводжується певними характерними ознаками: починають дратувати новини, особливо ті, що стосуються війни, інколи хочеться повністю обмежити подібний контент; втома від волонтерської діяльності, особливо, якщо раніше людина присвячувала їй дуже багато особистого часу; зниження інтелектуальної продуктивності; апатія і відсутність сил; постійна роздратованість; поява проблем із здоров'ям, таких як погіршення зору, головний біль, біль у спині та ін.; песимістичний настрій; відчуття емоційного спустошення.

Емоційне вигорання під час війни розвивається поступово. Тому інколи в такому стані людина може підтримувати досить нормальний рівень життя, а інколи допомога їй необхідна терміново. Щоб з'ясувати на якому ви етапі, варто дізнатись, як саме розвивається емоційне вигорання.

Перша стадія – стадія емоційного піднесення. Як правило, ми усі відчували її на початку війни. На цьому етапі люди активно допомагають, волонтерять, адже вони очікують, що це все тимчасово.

Друга стадія – втома, викликана хронічним стресом. Перебувати на стадії підйому довго витримує далеко не кожен. Тому не дивно, що люди почувають себе все більш втомленими, часто дратуються та зриваються на інших.

Третя стадія – психічне та фізичне виснаження. Ця стадія вже доволі важка, адже стрес, який постійно накопичується, може викликати депресію. У багатьох

людей також з'являються прояви психосоматики: біль у різних ділянках тіла, істерика та ін.

Четверта стадія – тотальне виснаження. На цій стадії проблему ігнорувати практично неможливо, адже страждають усі аспекти життя та здоров'я людини. Професійна деформація, розвиток різноманітних захворювань, алкоголізм чи зловживання наркотиками – подібний стан потребує термінової консультації із психіатром та психологом.

Як врятувати себе від емоційного вигорання? Візьміть перерву. Якщо у вас є така можливість, то дайте собі повноцінний відпочинок хоча б на декілька днів. Це дасть змогу відновити сили та перезавантажитись. Постарайтесь змінити обстановку, якщо вам це допомагає. Наприклад, поїхати відпочити на природі або з друзями. Приділяйте більше уваги улюбленому хобі. Як правило, це чудово заспокоює нерви. Дотримуйтесь інформаційної гігієни та черпайте інформацію лише з перевірених офіційних джерел. Будьте фізично активними. Не обов'язково займатись спортом чи ходити в спортзал, але помірні прогулянки на свіжому повітрі точно підуть на користь. Проводьте якомога більше часу із дорогими для вас людьми. Довірливі розмови та обійми — це те, що інколи лікує краще таблеток. Поки триває війна, емоційне вигорання загрожує кожному. Тому важливо прислухатись до себе та дбати не тільки про своє фізичне, але й про психічне здоров'я.

Було проведено тестування за наступними методиками діагностики рівня «емоційного вигорання» В.В. Бойка, «Визначення психічного «вигорання» О.О. Рукавішнікова та «Особистісний опитувальник» (Г. Айзенк, адаптований О.Г. Шмельовим). У дослідженні взяли участь студенти 1-4 курсів і магістри вищих навчальних закладів, у кількості 45 осіб віком від 18 до 25 років. Серед них 14 осіб становили жінки і 31 особу – чоловіки. Вибірка сформована випадково за допомогою мережі інтернет.

Висновок. За методиками дослідження симптомів емоційного вигорання, впливає, що у респондентів третіх і четвертих курсів навчання найбільше розвинуті симптоми СЕВ. А також саме в цей період набуває швидких темпів формування перших стадій СЕВ. Основними проявами формування синдрому емоційного вигорання виступають психофізіологічні, а також поведінкові симптоми. Серед них: бажання побути на самоті, зниження соціальних контактів, втомлюваність, відсутність задоволеності від обранної професії тощо. За методикою О.О. Рукавішнікова впливає, що 47% досліджуваних студентів наразі вже мають середній рівень розвитку психоемоційного вигорання, ці дані підкріплюються результатами методики В.В. Бойко, за якою 58.9% досліджуваних студентів мають повністю сформовані симптоми «загнаності у кут», «тривога і депресія», а також симптом «переживання психотравмуючих обставин». А у 26.9% респондентів спостерігається повністю сформована перша фаза емоційного вигорання – фаза напруги. Це дозволяє зробити висновок, що наразі, студенти сучасних закладів освіти знаходяться під сильним тиском і напругою, що напругою, що напругою впливає на формування СЕВ.

Література:

1. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 105–112.
2. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Бовдир О.С., Вельдбрехт О.О., Самкова О.М. Психопрофілактика та подолання синдрому емоційного вигорання. 2021. Том 32 (71) № 6. С. 32–38.
3. Галан Л., Журавльова О., Кульчицька А. Концептуалізація поняття професійного вигорання у науковій літературі. Психологічні перспективи, Вип. 44. Луцьк. 2024. ст. 38-51.
4. Павлюк М.М., Журавська Д.С., Клімишина Н. Психологічні чинники емоційного вигорання у професійній діяльності. 2018. УДК 159.944. С. 1–8.
5. Руденок А.І., Данчук Ю.П., Ромасюкова А.В. Профілактика професійного вигорання як чинник збереження психічного здоров'я фахівців. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Т. 34. Вип. 5. Київ. 2024. ст. 58-62.

ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Бойків А. С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Анотація. У роботі розглядається проблема формування стресостійкості серед сучасних підлітків, що є важливою складовою психологічного здоров'я молоді. Проаналізовано основні чинники, які впливають на рівень стресостійкості, та методи її розвитку. Зокрема, увага приділена ролі соціальних мереж, шкільного середовища та сімейних відносин у формуванні стресостійкості у підлітковому віці.

Ключові слова: стресостійкість, підлітки, психологічне здоров'я, соціальні мережі, шкільне середовище, сімейні відносини.

Abstract. The article examines the issue of developing stress resistance in modern adolescents, which is an important component of the psychological health of youth. The main factors affecting the level of stress resistance and methods for its development are analyzed. Special attention is given to the role of social networks, the school environment, and family relationships in shaping stress resistance during adolescence.

Keywords: stress resistance, adolescents, psychological health, social networks, school environment, family relationships.

Проблема формування стресостійкості у підлітків є надзвичайно актуальною в умовах сучасного соціокультурного середовища, яке характеризується високим рівнем стресових факторів, таких як зміни у шкільному та соціальному середовищі, вплив цифрових технологій, а також економічні та політичні труднощі. Стресостійкість стає важливим компонентом психологічного здоров'я підлітків, адже здатність адаптуватися до стресових ситуацій та ефективно справлятися з ними значно покращує якість життя та психоемоційне благополуччя. Оскільки підлітковий вік є періодом інтенсивних змін і розвитку, формування стресостійкості в цей час сприяє психологічному розвитку особистості та готовності до самостійного життя в дорослому світі [2, с. 182]. Попередні дослідження стресостійкості особистості висвітлюють різні аспекти формування стресостійкості, зокрема, роль психологічних і соціальних факторів у підлітковому віці. Роботи Когути О.О., Спиці-Оріщенко Н.А.,

Титаренка Т.М. та Лепіхової Л.А. розкривають ключові механізми розвитку та профілактики стресу серед молоді.

Метою дослідження є вивчення факторів, що впливають на формування стресостійкості у сучасних підлітків, а також розробка рекомендацій щодо ефективних методів її розвитку.

Гіпотеза полягає в тому, що рівень стресостійкості у підлітків безпосередньо залежить від впливу соціальних та сімейних факторів, а також від здатності адаптуватися до умов шкільного середовища.

Стресостійкість визначається як здатність особистості ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями та адаптуватися до негативних зовнішніх впливів. У психології існує кілька підходів до розуміння стресостійкості. Один з основних підходів зосереджується на концепції «психологічної стійкості», що включає як емоційні, так і когнітивні аспекти здатності реагувати на стресові фактори без значних психоемоційних наслідків. Теоретичні моделі стресостійкості вказують на важливість таких чинників, як емоційна зрілість, когнітивна гнучкість, а також здатність до самоорганізації і самоусвідомлення [1, с. 194]. Особливо важливою є роль соціальних факторів, таких як підтримка близьких людей, а також наявність позитивних стратегій копінгу, які дозволяють підліткам справлятися з труднощами, що виникають у їхньому житті. В умовах швидких соціальних змін, зокрема розвитку цифрових технологій, стресостійкість стає важливою складовою психологічного здоров'я підлітків, адже вони часто стикаються з новими видами стресорів, такими як кібершкідливі впливи та соціальний тиск [3, с. 202].

Соціальні мережі та шкільне середовище є одними з основних факторів, які значною мірою впливають на рівень стресостійкості підлітків. Відносини у соціальних мережах часто спричиняють як позитивні, так і негативні емоції, які можуть мати безпосередній вплив на емоційний стан підлітків. Такі аспекти, як онлайн-спілкування, взаємодія з однолітками, а також порівняння себе з іншими, можуть бути як джерелом підтримки, так і причиною стресу [5, с. 4]. Соціальні мережі, завдяки своїй доступності, постійно впливають на самооцінку підлітків, підвищуючи ризик виникнення депресивних станів, тривожності та соціальної ізоляції. Шкільне середовище також має значний вплив на розвиток стресостійкості, оскільки підлітки проводять значну частину свого часу в школі, де вони стикаються з різними видами стресорів: навчальними навантаженнями, взаємодією з однокласниками, а також відношенням з учителями та адміністрацією [3, с. 63]. Ефективне управління стресом у шкільному середовищі, наявність ресурсів для психологічної підтримки, а також створення сприятливого клімату в класі можуть значно підвищити рівень стресостійкості учнів.

Для формування стресостійкості у підлітків застосовуються кілька психологічних методів, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка сприяє зміні негативних переконань і моделей мислення на більш адаптивні, що допомагає знижувати рівень стресу. Техніки релаксації, такі як прогресивне м'язове розслаблення та медитація, дозволяють зменшити фізіологічну напругу та покращити емоційний стан [4, с. 211]. Важливими є також тренування

емоційної гнучкості, що дозволяє підліткам ефективно адаптуватися до змін і швидше відновлюватися після стресових ситуацій. Окрім цього, методи когнітивної реструктуризації допомагають змінити реакцію на стрес, застосовуючи позитивне мислення, а соціально-емоційне навчання (SEL) розвиває навички саморегуляції та емоційної обізнаності, що дозволяє підліткам краще справлятися з міжособистісними конфліктами [5, с. 7].

Сім'я є важливим фактором у розвитку стресостійкості підлітків, оскільки емоційна підтримка з боку батьків створює атмосферу безпеки і стабільності, що допомагає знизити рівень стресу. Моделювання здорових стратегій подолання стресу батьками дає можливість підліткам навчитися ефективним способам справлятися з труднощами. Спільні сімейні активності, як-от заняття спортом або творчістю, зміцнюють емоційні зв'язки та знижують стрес [4, с. 83]. Відкритий діалог у родині сприяє зменшенню тривожності, створюючи атмосферу довіри та підтримки. Також важливими є стабільність та підтримка з боку батьків, які допомагають підліткам адаптуватися до стресових ситуацій, забезпечуючи психологічну підтримку у складних життєвих обставинах.

Для оцінки рівня стресостійкості та стресу у підлітків у дослідженні використовувались дві основні методики: шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) та тест на визначення рівня стресу за В. Ю. Щербатих. Шкала CD-RISC-10 складається з 10 запитань, що оцінюють здатність підлітків справлятися з різними стресовими ситуаціями. Тест на рівень стресу вимірює інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні ознаки стресу, надаючи бали залежно від наявності певних симптомів.

До дослідження було залучено 30 підлітків віком від 14 до 17 років, з яких 15 були хлопцями, а 15 дівчатами. Усі учасники є учнями середніх шкіл з різних соціальних і економічних умов, що дозволяє отримати репрезентативні дані про рівень стресостійкості серед підлітків з різними умовами життя.

Результати за шкалою стресостійкості Коннора-Девідсона показали, що середній бал по вибірці становив 23,4 з 40 можливих, що свідчить про середній рівень стресостійкості. Порівняно з іншими підлітками, 15% учасників набрали більше 35 балів, що свідчить про високий рівень стресостійкості. 45% підлітків отримали результати від 25 до 34 балів, що вказує на середній рівень стресостійкості, тоді як 40% учасників набрали менше 25 балів, що свідчить про низький рівень стресостійкості.

За результатами тесту на рівень стресу за В. Ю. Щербатих, 16,7% підлітків отримали від 0 до 5 балів, що вказує на відсутність значного стресу. 43,3% учасників показали результати від 6 до 12 балів, що свідчить про помірний рівень стресу, який можна подолати за допомогою змін у способі життя. 26,7% підлітків набрали від 13 до 24 балів, що вказує на виражене емоційне напруження, яке потребує спеціальних методів подолання стресу. 13,3% учасників отримали понад 25 балів, що вказує на високий рівень стресу, що може потребувати допомоги психолога. Результати також показали цікаву залежність між соціальними мережами та стресостійкістю. Підлітки, які активно взаємодіяли в соціальних мережах, але мали стабільні стосунки вдома, показали вищий рівень стресостійкості. У той час як ті, хто відчував соціальну ізоляцію та мав проблеми

вдома, мали значно нижчі показники стресостійкості.

Загалом, результати дослідження підтвердили гіпотезу про те, що рівень стресостійкості у підлітків безпосередньо залежить від соціальних і сімейних факторів, а також здатності адаптуватися до шкільного середовища. Підлітки з підтримкою в родині та позитивними стосунками в школі мали вищий рівень стресостійкості та менший рівень стресу. Ті ж, хто мав проблеми в родині та шкільному середовищі, мали знижений рівень стресостійкості та високий рівень стресу.

Висновки. У результаті проведеного дослідження було підтверджено, що рівень стресостійкості підлітків значною мірою залежить від соціальних і сімейних факторів, а також здатності адаптуватися до стресових ситуацій у шкільному середовищі. Підлітки, які отримують підтримку з боку сім'ї та мають позитивне шкільне середовище, показують вищий рівень стресостійкості. Враховуючи це, для підвищення стресостійкості у підлітків необхідно впроваджувати кілька ключових стратегій. По-перше, важливо забезпечити емоційну підтримку та стабільність у родині, створюючи атмосферу довіри та безпеки, яка дозволяє підліткам впевнено справлятися з зовнішніми стресорами. По-друге, в школах має бути запроваджено психологічне консультування та тренінги, що сприятимуть розвитку навичок ефективного управління стресом і емоціями. Це можуть бути курси з медитації, релаксації, когнітивно-поведінкової терапії, а також програми з розвитку емоційної гнучкості та навичок саморегуляції. Також необхідно активно працювати з соціальними мережами, навчаючи підлітків відповідальному використанню цифрових технологій, щоб вони могли мінімізувати стрес, пов'язаний з онлайн-спілкуванням і порівнянням себе з іншими. Перспективи для подальших досліджень полягають у розробці спеціалізованих психологічних методик для конкретних груп підлітків, з урахуванням їхніх індивідуальних особливостей, а також вивченні впливу різних факторів, таких як культурні та соціальні відмінності, на рівень стресостійкості.

Література:

1. Когут О.О. Психологія стресостійкості особистості : дис. ... д-ра психол. наук: Переяслав, 2021. С. 182-192.
2. Психологія діяльності в особливих умовах : словник-довідник курс І.І. Приходько та ін. ; за заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2021. С. 281-290.
3. Спиця-Оріщенко Н. А. Психологічні особливості розвитку особистості в ранньому юнацькому віці [Електронний ресурс] Н. Спиця-Оріщенко. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Психологічні науки. Миколаїв, 2016. № 1. С. 198-201.
4. Титаренко Т. М., Лепіхова Л. А. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді: Науково-методичний посібник. Київ : Міленіум, 2006. 204 с.
5. Bienertova-Vasku J., Lenart P., Scherlinger M. Eustress and Distress: Neither Good Nor Bad, but Rather the Same? Advanced science news. BioEssays. 2020. Vol. 42. Issue 7. 1900238. P. 1 – 5.

МОДЕЛЬ ОПИТУВАННЯ ПРО ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН «ТРИ ЦЕНТРИ ЛЮДИНИ» В ПРОЦЕСІ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ/УЧАСНИЦЬ БОЙОВИХ ДІЙ

Борисова О.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Анотація. Запропоновано модель опитування про психоемоційний стан (настрій) учасника / учасниці бойових дій під назвою: «Три центри людини», яка передбачає системний рух уваги фахівця/чині і отримувача/ки послуг, під час психологічної бесіди, на стадії збору анамнезу, по трьох позиціях: оцінка когнітивного, емоційного та фізіологічного фону. Перший центр – інтелектуальний, відповідає за когнітивний аспект життя людини, увага до нього передбачає аналіз думок (їх змісту, спрямованості у часі, повторюваності та ін.).

Annotation. A survey model on the psycho-emotional state (mood) of a participant in hostilities called: «Three centers» is proposed, which involves the systematic movement of the attention of the specialist and the recipient of services, during a psychological interview, at the stage of taking an anamnesis, in three positions: assessment of cognitive, emotional and physiological background. The first center is intellectual, it involves the analysis of thoughts (their content, orientation in time, repetition, etc.).

Ключові слова: психореабілітація, учасник/учасниця бойових дій, психоемоційний стан (настрій) людини, модель опитування «три центри людини».

Реабілітація, як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів військовослужбовця й учасника бойових дій, має носити інтегративний характер і включати такі заходи: психодіагностичні, психотерапевтичні, фармако-корекційні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної реабілітації (консультування, групова корекція, автотренінги, тренінги, саморегуляція тощо) [1].

Робота психолога з учасниками/учасницями бойових дій (далі – УБД) має певну специфіку і потребує особливого підходу до побудови терапевтичного контакту, з врахуванням умов, в яких тривалий час знаходились люди і різноманітних екстремальних впливів, яких зазнали.

Служба в армії передбачає входження людини в поле особливих правил і вимог, зустріч з обмеженнями своєї свободи та різними стресорами, які впливають на психоемоційний стан ще до безпосередньої участі в бойових діях. Обмеження особистого простору та зобов'язання виконувати накази командирів, висока відповідальність і екстремальний стрес, постійна готовність до ризикових ситуацій і перебування в умовах загрози життю, фізичні навантаження, бойове виснаження і багато інших викликів формують особливий алгоритм мислення і поведінки у людини. Це проявляється в звичці і потребі мати чіткість та ясність отриманої інформації, конкретику в формуванні задач і цілей, розуміння кінцевої мети, стислість і змістовність лігнвістичної складової спілкування. Вітається

повторення ключових моментів, стандартизованість фраз (що гарантує уникнення непорозумінь), перевірка вірності розуміння.

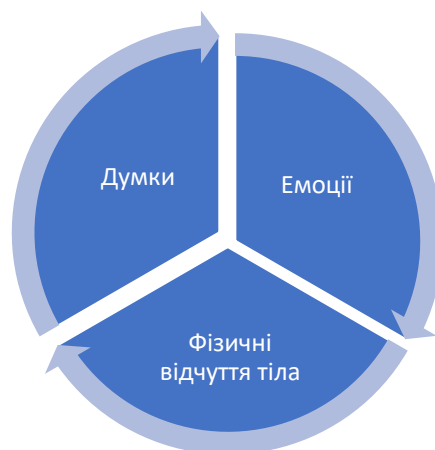
Саме такий контур спілкування є зрозумілим та актуальним для людей, які служили або служать. Якщо додати до первинної картини досвід воювання, з його екстремальними навантаженнями, чисельні накопичені і часто неліковані черепно-мозкові травми (лЧМТ, «контузії»), вплив на тіло і психіку фізичних поранень та навантаження не позитивним соціальним контекстом (проблеми в приватних стосунках і в житті близьких людей Захисників та Захисниць, відсутність необхідних державних сервісів та можливостей реалізації своїх юридично гарантованих прав, інш.) – стає зрозумілим, що психічна система людей перенавантажена і робота психолога має бути оформлена таким чином, щоб не викликати додаткову напругу і стрес, під час спілкування.

На нашу думку, наразі викарбовується новий стандарт психологічної бесіди, орієнтований саме на організацію комфортного, екологічного і ефективного спілкування для учасника/учасниці бойових дій, з врахуванням всіх наведених вище фактів і факторів. Запропонувати психологам, які зустрічають Захисників і Захисниць в своїх кабінетах, центрах, на виїзних зустрічах, на гарячих лініях підтримки, дієві і абсолютно нові моделі побудови контакту і бесіди – завдання для сучасного науково-практичного простору та фахівців.

Модель опитування про внутрішній стан (настрій)

«Три центри людини».

Умови застосування. На нашу думку, поняття «внутрішній стан» охоплює три рівня реакцій людського організму на події зовнішнього та/або внутрішнього впливу: 1) когнітивний фон (мисленеві схеми: про що саме і як людина думає), 2) емоційний фон (емоційні реакції, їхні динаміки і статика), 3) фізичний фон (контакт з тілом і усвідомлення тіла взагалі, відчуття тіла: болі, рухливість, оніміння, жар, холод, та ін.). В побутовому контексті часто використовується слово «настрій», яке є знайомим людям, але відповідь на запитання психолога: «В якому ви настрої сьогодні/на цьому тижні?» зазвичай представлена одним або кількома словами, на кшталт: «нормальний», «поганий», «як завжди», «звичайний». Така відповідь не є інформативною і потребує уточнення. Для цього і запропонована дана техніка.



Опис техніки: Зараз я познайомлю вас з технікою «Три центри людини. Якщо ми явимо, що людина має три центри, які відповідають за думки, емоції та

відчуття її тіла і називаються: інтелектуальний, емоційний, фізичний, то зможемо приділити увагу кожному з них. Інтелектуальний центр відповідає за наші думки, емоційний – за емоції, а фізичний – за тілесні відчуття тіла.

Інтелектуальний центр відповідає за наш когнітивний (мисленевий) процес, як і про що ми думаємо. Звертаючи увагу на нього ми можемо визначити, про що саме розмірковуємо, в якому місці найчастіше знаходяться наші думки: вони в минулому, теперішньому, чи в майбутньому? Чи є думки, які повторюються? Чи супроводжуються вони образами або картинками спогадів? Як ви себе почуваєте, коли думаєте про ті чи інші події/справи/людей, тобто – як на вас впливають різні думки?

Емоційний центр відповідає за наші емоційні реакції та почуття. Чи помічаєте ви зміни свого емоційного стану? Чи розрізняєте ви, яка саме емоція в конкретний момент є головною? Як часто змінюються ваші емоції? Допоміжним в роботі з цим блоком стане психоедукація про емоції взагалі та емоційний інтелект і його вплив на якість життя людини в цілому і в процесі психологічної реабілітації [2].

Фізичний центр містить інформацію про наші відчуття тіла. В цьому місці варто задати питання про відчуття фізичного болю та/або дискомфорту, які можуть бути присутні після поранення, лЧМТ («контузій»), що може чинити і часто чинить прямий вплив на психоемоційний стан людини. Чи є десь в тілі відчуття важкості, напруги, холоду чи жару? Можливо є біль в тілі? Чи відчуває людина своє тіло взагалі та як ставиться до нього?

Ми підкреслюємо, що в роботі психолога з учасниками/учасницями бойових дій варто враховувати вплив фізіологічного перевантаження і ураження фізичних систем організму, в першу чергу – наслідки чисельних, накопичених і нелікованих черепно-мозкових травм (лЧМТ, «контузій»), отриманих через плив дії мінно-вибухової хвилі, яка здатна нанести суттєву шкоду безпосередньо центральній нервовій системі – вражається мозок людини. Картина збудженого емоційного стану може бути (і найчастіше є), в першу чергу, не наслідком психологічної травми, а наслідком фізіологічного ураження ЦНС (розрив нейрональних ансамблей, ураження судин головного мозку, можливі крововиливи, нейрозапалення та ін.). Такий висновок побудовано на емпіричній базі і спостереженням за динамікою лікування та реабілітації учасників/учасниць бойових дій: після проходження курсу лікування по лінії неврології – скарги на постійну дратівливість, імпульсивність, збудливість суттєво знижуються.

Література:

1. Якимець В.М., Печиборщ В.П., Вороненко В.В., Якимець В.В., Печиборщ О.В., Никоненко А.В., Слабкий Г.О. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 3 (93) С. 41-50. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3.13435>
2. R. Pryzvsanska, O. Borysova, G. Mozgova, A. Fedorenko. Clinical cases and recommendations for post-traumatic rehabilitation based on EI. Amazonia Investiga. Vol 13. No 74 (2024). Pages 227-238. <https://doi.org/10.34069/AI/2024.74.02.19>

ОСОБЛИВОСТІ РАННІХ СЕКСУАЛЬНИХ СТОСУНКІВ У СТАРШОМУ ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Панченко М. О., Денисенко А.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У сучасному суспільстві сексуальна поведінка підлітків зазнає істотних трансформацій. Біологічні та соціально-психічні чинники призвели до різкого зниження віку вступу до інтимних відносин, поширення нових форм сексуальних стосунків, а також появи масової сексуальної культури у підлітковому віці.

Сексуальна революція в нашій країні призвела до збільшення сексуальних стосунків серед дітей підліткового віку, коли сама особистість та її погляди ще несформовані.

За 2020 рік серед українських жінок проведено понад 61 тисяча абортів: із них 1835 - у віці 18–19 років, 538 - у віці 15–17 років. Дівчата до 14 років зробили 35 абортів [4].

Виходячи з актуальності проблеми, ми поставили перед собою мету – проаналізувати доступну наукову літературу та вивчити фактори, що впливають на сексуальні стосунки старших підлітків.

Для вирішення поставлених завдань було застосовано комплексний підхід, який полягав у поєднанні теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, а також методи: спостереження, бесіди, стандартизовані опитувальники.

Дослідження установок старших підлітків до сексу вивчалися методикою Г. Айзенка. Мотиви вступу у сексуальні стосунки до шлюбу діагностувалися методикою А.В. Єфімової та Н.П. Івченкової. Психічний стан старших підлітків діагностувався методикою Г. Айзенка, а їхня самооцінка вивчалася розробленою нами анкетною.

У дослідженні взяло участь 60 учнів старших класів (30 у віці 14 – 15 років та 30 - 16 – 17 років).

У нашому суспільстві, як і раніше, тема сексуальності не є вільно обговорюваною. Більшість дорослих не готові говорити з підлітками про їхні нові відчуття та потреби, підтримуючи традицію перерваної вертикальної трансмісії сексуальної культури, оскільки з ними ніхто не говорив про сексуальність і вони не знають, як вести діалог з дітьми [2].

Широту поняття сексуальності відзначають багато дослідників як у сфері сексології, так і у сфері психології. Відзначаються різні компоненти сексуальності: фізіологічні, соціальні, психологічні.

Стосовно понять сексуальна та репродуктивна поведінка, можна сказати, що вони запозичені з біології, де використовуються як синоніми для позначення комплексу фізіологічних і поведінкових реакцій тварини, вкладених у

задоволення статевої потреби, у результаті чого на світ з'являється потомство. Раніше вони не поділялися, оскільки існували соціальні норми, які забороняли запобігати настанню вагітності та її перериванню [1].

У сучасних умовах ці терміни розглядаються як два автономні типи соціальної та сімейної поведінки, зв'язок яких проявляється лише в тому, що репродуктивна поведінка неможлива без сексуальної поведінки. Нині ці процеси відокремилися один від іншого.

Отже, можна сказати, що сексуальна поведінка – це: система дій та відносин, які опосередковують задоволення статевого потягу (сексуальної потреби); соціальна поведінка людини, в якій вона реалізує свої певні цілі та інтереси на основі використання біологічних механізмів, тобто форми взаємодії індивідів, мотивовані їхньою статевою потребою. У ньому поєднанні фізіологічні, психологічні та соціокультурні процеси, де перші включені в контекст останніх.

При вивченні підліткової сексуальності та сексуальної поведінки дослідниками виділено три найважливіші галузі [3]:

- статева поведінка, тобто дії та вчинки, за допомогою яких виявляється та здійснюється статевий потяг (вік початку сексуального життя, періоди його розвитку, його насиченість тощо);
- психосексуальні установки та орієнтації (морально-етичні цінності, норми та установки, ступінь їх усвідомленості, існування та втілення їх на соціальному та індивідуальному рівні);
- еротичні фантазії та переживання.

Конкретні прояви підліткової сексуальності тісно пов'язані з комунікативними рисами особистості та специфічними нормами спеціального середовища та субкультури.

Сексуальна поведінка підлітків може розташовуватися на континуумі від нормативної (поширеної та соціально схвалюваної) до ненормативної (рідкісної та соціально засуджуваної) поведінки. Модель континууму нормативності дозволяє зберегти чутливість до розвитку, припускаючи динамічність конкретних проявів їхньої сексуальної поведінки, зміну поширеності та соціального схвалення певної форми, відповідає на зміни в контексті розвитку.

Нами встановлено, що для старших підлітків у сексуальних стосунках провідними показниками є: знеособлений секс, фізичний потяг до сексу (у хлопців та дівчат 16 – 17 років), відраза до сексуальних відносин (у хлопців), які виявлено у максимальних значеннях.

Також виявлено, що мотивами, які спонукають до сексуальних стосунків у дівчат виступають: кохання, цікавість, прагнення утримувати партнера, бути як всі, а також примус – у віці 14 – 15 років. А у хлопців – сексуальний потяг,

інтерес, надбання досвіду, бажання заробити, а також створити сім'ю – у віці 16 – 17 років.

На сексуальні стосунки старших підлітків, як засвідчують отримані нами результати, впливають: низька самооцінка, негативне ставлення матері та друзів до них (дівчата 14 - 17 років та хлопці 16 – 17 років), а також високий рівень тривожності у дівчат та фрустрація у хлопців.

Отже, причиною ранніх сексуальних стосунків може стати підсвідомий крик підлітка про допомогу. Це пов'язано з тим, що дитина переживає серйозні психологічні труднощі у своєму житті. Найчастіше це проблеми з батьками, однокласниками, друзями. Саме з цієї причини підліток вибирає секс, як спосіб самореалізації та відсторонення від цих проблем. До речі, саме в цій ситуації підлітки найчастіше починають вживати спиртне, курити та навіть пробувати наркотики, оскільки вважають це основним виходом із ситуації. Саме тут і варто звернути особливу увагу на дитину і змінити своє ставлення до неї.

Виховання сучасного підлітка, формування його поглядів відбувається у складних умовах (матеріальні проблеми, девальвація моральних ідеалів). Розчарування старшого покоління у колишніх та відсутність нових, привабливих для більшості ідей виховання негативно впливають на формування дітей. Батьки та вчителі уникають розмов з підлітками про «розумне, добре і вічне», вважаючи себе «обдуреними життям». У зв'язку з цим індивідуальна система сексуальних цінностей підлітка більшою мірою схильна до впливу доступної еротичної літератури, невисокої масової культури: зниження межі віку вступу в сексуальні стосунки не так пов'язане з прискоренням фізичного розвитку сучасного підлітка, скільки з незавершеністю еротичного дозрівання, тобто несформованістю душевного ладу особистості.

Література:

1. Романюк. В. Сексуальна освіта в Україні: перспективи і проблеми. Наукові записки Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини. 2018. Вип. 1(50). С. 104-107.
2. Русіна С.М. Особливості психосексуального розвитку сучасних школярів. Клінічна та експериментальна патологія. 2017. Т. 16. № 1. С. 128–131.
3. Шабат Х., Малачівська-Данчак М., Батіна Ю., Івасенко І., Дутчак Ю., Супрунук У., Топчій С., Кузько М. Сексуальне насилля в Україні: від усвідомлення до захисту. Львів: Fama, 2021. 21 с.
4. Статистика ВІЛ і ТБ в Україні: квітень 2020 року. <https://www.phc.org.ua/news/statistika-vil-itb-v-ukraini-kviten-2020-roku> (Дата звернення 20 грудня 2024 р.)

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ТА ТРИВОЖНОСТІ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Набока О. О.

Національний університет цивільного захисту України

Вступ. Актуальність даного дослідження зумовлена сучасними соціально-психологічними викликами, пов'язаними із масовим переміщенням населення внаслідок військових конфліктів, політичної нестабільності та інших кризових ситуацій. Внутрішньо переміщені особи часто стикаються з високим рівнем стресу, втратами, невизначеністю та психологічними труднощами, що впливає на їхню здатність до адаптації й емоційної стабільності. Саморегуляція відіграє ключову роль у подоланні важких життєвих ситуацій, сприяє зниженню рівня тривожності і покращенню психологічного стану. Вивчення взаємозв'язку цих психологічних аспектів сприятиме розробці більш ефективних програм психологічної підтримки, реабілітаційних заходів і профілактичних заходів для внутрішньо переміщених осіб, що є особливо актуальним у сучасних умовах невизначеності та соціальної нестабільності [1; 4; 6].

Мета роботи. Метою даної роботи є виявлення та дослідження взаємозв'язку саморегуляції та тривожності у внутрішньо переміщених осіб.

Методи дослідження. Дослідження саморегуляції було проведено за допомогою методики «Стиль саморегуляції поведінки» В. І. Моросанової. Дослідження тривожності було проведено за допомогою двох відповідних методик: «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» (Ч.Д. Спілбергер, Ю.Л. Ханін) та «Особистісна шкала прояву тривоги» Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норахідзе), статистичну обробку даних було здійснено за допомогою кореляційного аналізу (критерій Пірсона) [2; 3].

Результати та обговорення.

Дослідження проводилося в 2024-2025 році на базі БФ «ГУМАНОШ», в дослідженні взяли участь 40 внутрішньо переміщених осіб. Дослідження проводилося у дистанційному режимі.

Для оцінки статистичної значущості взаємозв'язку між показниками саморегуляції та тривожності, проведено кореляційний аналіз (аналізувалися коефіцієнти кореляції Пірсона). Обробка даних проводилася за допомогою програми Statistica 10 for Windows.

Коефіцієнти кореляції показників саморегуляції та тривожності внутрішньо переміщених осіб представлено у табл.1.

Таблиця 1

Взаємозв'язок показників саморегуляції та тривожності у внутрішньо переміщених осіб

Показники саморегуляції	Показники тривожності		
	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Рівень тривоги
Планування	0,280*	0,303**	0,400**
Моделювання	***	0,276*	***
Програмування	0,370**	0,450**	0,290*
Оцінка результатів	0,279*	0,280*	0,388**
Самостійність	***	0,400**	0,279*
Гнучкість	-0,281*	***	***
Надійність	0,404**	0,290*	0,389**
Загальний рівень саморегуляції	***	0,404**	0,290*

Примітки: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p > 0,05$

Результати, наведені в таблиці 1, показують статистично значущий кореляційний зв'язок між багатьма показниками саморегуляції та тривожності у внутрішньо переміщених осіб. Показники саморегуляції «Планування», «Програмування», «Оцінка результатів» та «Надійність» показали прямий кореляційний зв'язок із всіма показниками тривожності.

Показник «Планування» має прямий кореляційний зв'язок із усіма формами тривожності - ситуативною, особистісною та загальним рівнем тривоги. Це означає, що люди, які більше орієнтовані на планування своїх дій, зазвичай мають або підвищений, або нижчий рівень тривожності залежно від ситуації, а також можуть бути більш або менш схильні до особистісної тривожності. Водночас, ефективне планування може допомагати знижувати ситуативну тривожність, дозволяючи краще передбачити розвиток подій.

Показник «Програмування» також має прямий кореляційний зв'язок із тривожністю. Це означає, що здатність систематично організовувати і програмувати свої дії пов'язана із рівнем тривожності. Люди з високим рівнем цього показника, здатні краще керувати своїми емоціями і ситуаціями, уникаючи або зменшуючи тривожні прояви, або навпаки, цей показник може свідчити про підвищену тривожність через прагнення контролювати ситуацію.

Так само пряма кореляція із показниками тривожності спостерігається у показника «Оцінка результатів». Це означає, що здатність об'єктивно і реалістично оцінювати свої досягнення та результати також пов'язана з рівнем тривожності. Люди, які компетентні в цьому аспекті, зазвичай краще

справляються із тривогою, але у тих, хто надмірно критично або негативно оцінює свої результати, рівень тривоги є вищим.

Показник «Надійність» демонструє здатність бути стабільним і послідовним у своїх вчинках. Виявлено, що він також має прямий кореляційний зв'язок із тривожністю. Люди з високим рівнем надійності, мають нижчий рівень тривоги, оскільки відчують себе більш впевненими в своїх силах і діях, тоді як ті, хто менш надійний, можуть бути більш схильні до тривожності через страх зробити помилку або бути неспроможним у своїх діях.

У цілому, усі ці показники саморегуляції мають позитивний взаємозв'язок із показниками тривожності, що підкреслює важливість розвитку та зміцнення навичок планування, програмування, оцінки результатів та формування надійності для зниження рівнів тривоги та покращення емоційного стану внутрішньо переміщених осіб.

Висновки. Дослідження доводить існування статистично значущого прямого взаємозв'язку між більшістю показниками саморегуляції та рівнями тривожності у внутрішньо переміщених осіб. Це означає, що розвиток навичок саморегуляції може бути корисним для зниження тривожності та підвищення емоційної стабільності. Водночас, високий рівень самоорганізації сприяє кращому керуванню емоціями і зменшенню тривожних проявів у складних життєвих ситуаціях. Отже, програми психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб мають орієнтуватися на розвиток саморегулятивних навичок. Це наближає до можливості формування більшої психологічної стійкості та адаптивної поведінки в умовах соціальної та психологічної кризи.

Література:

1. Галієва О. М. Теоретичний аналіз поняття «тривожність». Теорія і практика сучасної психології : зб. наук. пр. Запоріжжя : Класич. приват. ун-т., 2018. № 5. С. 107–111.
2. Гнатюк М. І. Саморегуляція психічних процесів: механізми та розвиток. Київ: Академперіодика, 2009. 128 с.
3. Дмитрієва С. М., Мачушник О. Л. Психологічні детермінанти підліткової тривожності. *Вісник*. 2018. № 3 (37). С. 13-18.
4. Кардаш Н. О. Саморегуляція особистості: психологічний аспект. Київ: Видавничий дім "Слово", 2015. 241 с.
5. Мельникова Н. І., Дзюба Т. О. Саморегуляція поведінки: психологічний аспект. Київ: Либідь, 2013. 192 с.
6. Пархоменко Ю. В. Психологія саморегуляції особистості. Київ: Основи, 2008. 251 с.

Секція V.
**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА УЧАСНИКІВ
ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ – ВЗАЄМОДІЯ ПСИХОЛОГА, УЧИТЕЛЯ І
БАТЬКІВ**

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПРОЯВУ КОНФЛІКТНОСТІ У ПІДЛІТКІВ

Багулова В., Оверчук В.

*Донецького національного університету
імені Василя Стуса*

Актуальність теми: проблема конфліктної поведінки підлітків є однією з найгостріших у сучасному українському суспільстві, особливо в умовах війни, нестабільності та цифрових викликів. Підлітковий вік сам по собі є сензитивним періодом [5], що супроводжується глибокими психофізіологічними та соціальними трансформаціями [6], які можуть підвищувати конфліктність. Актуальним є дослідження саме психологічних чинників, що обумовлюють конфліктну поведінку підлітків, задля створення ефективних профілактичних та корекційних програм, особливо в умовах війни, нестабільності та цифрових викликів, які можуть виступати як додаткові стресори, впливаючи на емоційну регуляцію та соціальну адаптацію підлітків, тим самим підвищуючи ризик виникнення конфліктних ситуацій.

Мета дослідження: виявити та проаналізувати психологічні чинники, що впливають на рівень конфліктності у підлітковому віці.

Аналіз психологічних особливостей підліткового віку показав, що цей період характеризується емоційною нестабільністю, підвищеною чутливістю до соціальних впливів, пошуком ідентичності, прагненням до самостійності, що створює сприятливі умови для виникнення конфліктної поведінки. розглянуто та систематизовано основні психологічні чинники конфліктності підлітків, серед яких виділено індивідуально-психологічні (темперамент, рівень саморегуляції, імпульсивність), соціально-психологічні (особливості взаємодії з однолітками, сімейна атмосфера, соціальне середовище), когнітивні (сприйняття конфліктних ситуацій, стратегія поведінки у конфліктах) та емоційні (рівень тривожності, емоційна регуляція, фрустрація). Вплив цих чинників на формування та прояви конфліктної поведінки підлітків може бути пояснений в рамках різних психологічних теорій. Наприклад, теорія соціального наочіння Альберта Бандури наголошує на ролі спостереження та імітації агресивних моделей поведінки в соціальному середовищі. Теорії розвитку особистості, такі як теорія Еріка Еріксона, вказують на кризу ідентичності в підлітковому віці як джерело внутрішніх та міжособистісних конфліктів. Когнітивні теорії, своєю чергою, розглядають особливості мислення та сприйняття соціальних ситуацій підлітками, що впливає на вибір стратегій поведінки у конфліктах.

Таким чином, проведений теоретичний аналіз підтверджує необхідність подальшого емпіричного дослідження психологічних чинників конфліктності підлітків, що дозволить виявити специфічні механізми її прояву та можливі шляхи корекції.

Методика та організація дослідження.

У дослідженні взяли участь 48 підлітків (14–17 років) з м. Вінниця. Для діагностики основних психологічних чинників прояву конфліктності у підлітковому віці, виявлених у процесі теоретичного аналізу, було обрано комплекс психодіагностичних методик. Ці методики дозволяють оцінити як загальний рівень конфліктності та схильність до певних реакцій у конфліктних ситуаціях, так і індивідуально-типологічні особливості, емоційну сферу та прояви агресивності/ворожості, що можуть виступати як чинники конфліктної поведінки. Зокрема, методика «Самооцінка конфліктності» С.М. Ємельянова була використана для оцінки усвідомлюваного рівня власної конфліктності; Особистісний опитувальник Г. Айзенка (EPQ) – для діагностики основних типів темпераменту та властивостей нервової системи, які є індивідуально-психологічними чинниками, що впливають на динаміку поведінки, включно з конфліктною; Шкала тривожності Дж. Тейлора (адаптація В.Г. Норакідзе) – для вивчення рівня тривожності як одного з ключових емоційних чинників конфліктності; Опитувальник ворожості Басса-Даркі – для аналізу різних форм агресії та ворожості (фізична, вербальна, непряма агресія, негативізм, роздратування, підозрілість, почуття образи, почуття провини), які є безпосередніми проявами та чинниками конфліктної взаємодії; а Методика «Експрес-діагностика схильності до зниженого настрою» В.В. Бойка – для оцінки емоційного стану та схильності до негативного афекту, що також може посилювати конфліктність. Застосовано кореляційний і регресійний аналіз для встановлення статистичних зв'язків між змінними.

Результати дослідження.

Так, за результатами методики «Самооцінка конфліктності» С.М.Ємельянова було визначено, що 30% респондентів мають нижчий за середній рівень конфліктності, 17% відносяться до представників середнього рівня, 30% – до рівня вище середнього, та 22% мають високий рівень вираження конфліктності. Низький рівень конфліктності серед сучасних підлітків становить лише 1%. Кількісні показники отриманих результатів подано на рисунку 2.2.1.



Рис. 2.2.1. Відсотковий розподіл рівнів конфліктності підлітків за результатами методики «Самооцінка конфліктності» С. М. Ємельянова

У той же час, за методикою «Особистісний опитувальник» Г. Айзенка нами були отримані наступні дані щодо розподілу типів темпераменту серед респондентів: у 30% респондентів було визначено холеричний тип темпераменту, у той час як 40% відносяться до сангвінічного типу, 20% – до флегматичного, та лише 10% підлітків мають виражений меланхолічний тип темпераменту. Кількісні показники отриманих результатів подано на таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1

Кількісні показники розподілу типів темпераменту серед підлітків за результатами «Особистісного опитувальника» Г. Айзенка

Типи темпераменту			
Холерик	Сангвінік	Флегматик	Меланхолік
30%	40%	20%	10%

За особистісною шкалою прояву тривоги Дж. Тейлора, в адаптації В. Г. Норакідзе нами були отримані наступні результати: так, 25% сучасних підлітків мають дуже високий рівень вираження тривожності, у той час як 35% мають високий рівень, 25% – середній рівень та лише 15% респондентів мають нижчий за середній рівень вираження тривожності. Низький рівень тривожності серед сучасних підлітків не було виявлено взагалі. Кількісні показники отриманих результатів подано на рисунку 2.2.2.

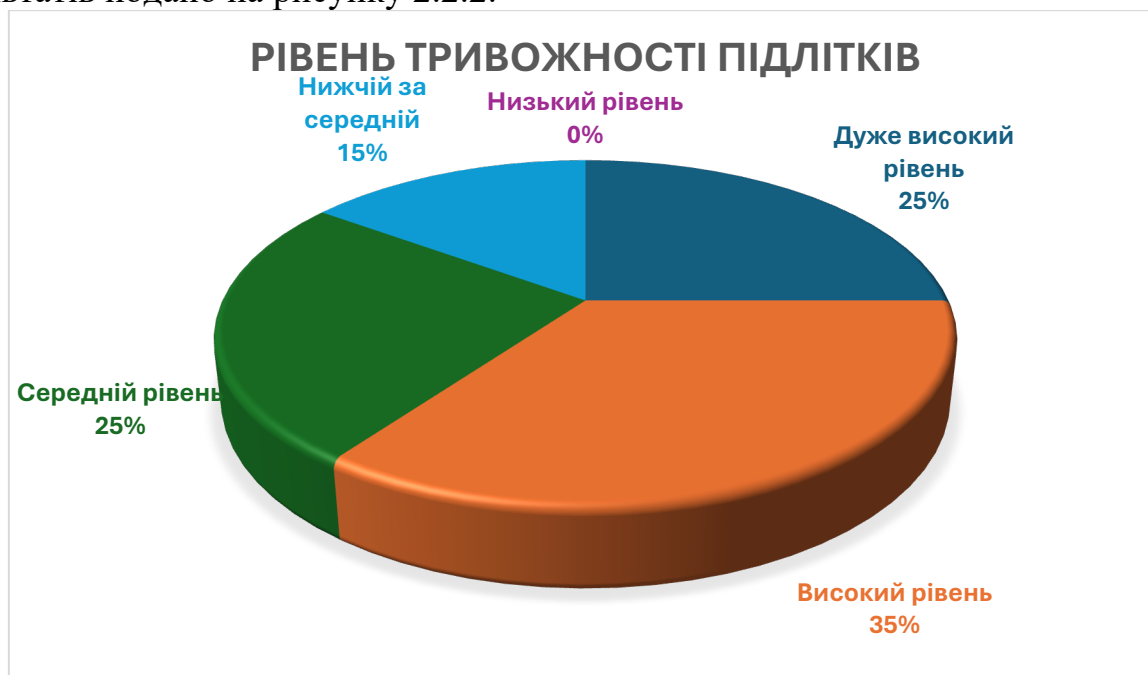


Рис. 2.2.2. Відсотковий розподіл рівнів тривожності підлітків за результатами особистісної шкали прояву тривоги Дж. Тейлора, в адаптації В. Г. Норакідзе

За «Опитувальником ворожості» Басса-Даркі нами були отримані такі результати: за шкалою «фізична агресія» 15% мають дуже високий рівень фізичної агресії, 30% – високий; 15% – вищий за середній рівень; 22% – середній та 18% респондентів мають низький рівень фізичної агресії.

При цьому було виявлено, що 15% респондентів мають дуже високий показник вербальної агресії, 33% – високий; 20% – вищий за середній рівень; 6% – середній та 26% респондентів мають низький рівень вербальної агресії.

За шкалою «негативізм» 7% підлітків отримали дуже високий рівень даної характеристики, 10% – високий; 42% – вищий за середній рівень; 25% – середній та 16% респондентів мають низький рівень негативізму.

Було виявлено, що 7% респондентів мають дуже високий показник за шкалою «почуття провини», 17% – високий; 21% – вищий за середній рівень; 40% – середній та 15% респондентів мають низький рівень почуття провини.

За шкалою «непряма агресія» у 25% підлітків було виявлено дуже високий рівень даної характеристики, 20% – високий; 15% – вищий за середній рівень; 22% – середній, та 18% респондентів, що мають низький рівень непрямой агресії.

Було виявлено, що 20% респондентів мають дуже високий показник за шкалою «роздратування», 20% – високий рівень; 20% – вищий за середній рівень; 25% – середній та 15% респондентів мають низький рівень вираження роздратування.

При цьому було виявлено, що 15% респондентів мають дуже високий рівень вираження підозрілості, у той час як 20% мають високий рівень; 30% – вищий за середній рівень; 15% – середній та 20% респондентів мають низький рівень вираження підозрілості.

За шкалою «почуття образи» були отримані такі результати: 10% підлітків мають дуже високий рівень даної характеристики, 30% – високий; 25% – вищий за середній рівень; 15% – середній та 20% респондентів мають низький рівень вираження образи.

У той же час за шкалою «агресивність» було визначено, що у 17% досліджуваних наявний дуже високий рівень вираження агресивності, поки 20% мають високий; 16% – вищий за середній рівень; 30% – середній та 17% респондентів мають низький рівень вираження агресивності.

За шкалою «ворожість» 9% підлітків отримали дуже високий рівень даної характеристики, 26% – високий; 22% – вищий за середній рівень; 17% – середній та 26% респондентів мають низький рівень ворожості. Кількісні показники отриманих результатів подано на таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Кількісні показники розподілу даних за шкалами «Опитувальника ворожості»
Басса-Даркі серед підлітків

Назви шкал	Рівні вираженості характеристик				
	Дуже високий рівень	Високий рівень	Вищий за середній рівень	Середній рівень	Низький рівень
Фізична агресія	15%	30%	15%	22%	18%
Вербальна агресія	15%	33%	20%	6%	26%

Негативізм	7%	10%	42%	25%	16%
Почуття провини	7%	17%	21%	40%	15%
Непряма агресія	25%	20%	15%	22%	18%
Роздратування	20%	20%	20%	25%	15%
Підозрілість	15%	20%	30%	15%	20%
Почуття образи	10%	30%	25%	15%	20%
Агресивність	17%	20%	16%	30%	17%
Ворожість	9%	26%	22%	17%	26%

Так, за результатами методики «Експрес-діагностики схильності до зниженого настрою» В. В. Бойко було визначено, що 25% респондентів мають високий рівень схильності до зниженого настрою, у 40% дана особливість проявляється на середньому рівні та у 35% було діагностовано низький рівень схильності до зниженого настрою. Кількісні показники отриманих результатів подано на рисунку 2.2.3.



Рис. 2.2.3. Відсотковий розподіл рівнів схильності до зниженого настрою підлітків за результатами «Експрес-діагностики схильності до зниженого настрою» В. В. Бойко

Для всебічного аналізу отриманих емпіричних даних, порівняння результатів, отриманих за допомогою різних методик, та для перевірки гіпотези щодо впливу психологічних чинників на прояви конфліктності підлітків, було застосовано методи математичної статистики, зокрема кореляційний та множинний лінійний регресійний аналіз.

Спочатку за допомогою критерію кореляції Пірсона було досліджено зв'язки між виявленими психологічними чинниками та загальним рівнем конфліктності підлітків. За результатами кореляційного аналізу було виявлено статистично значущі прямі кореляційні зв'язки на рівні $p \leq 0,01$. Це свідчить про те, що зі зростанням інтенсивності певних психологічних характеристик підвищується і рівень конфліктності. Зокрема, значущі позитивні кореляції встановлено між конфліктністю та такими чинниками, як тривожність (за шкалою Дж. Тейлора), загальна агресивність та ворожість (за "Опитувальником ворожості" Басса-Даркі), а також схильність до зниженого настрою/негативного афекту (за методикою В.В. Бойка). Певні типи темпераменту за опитувальником Г. Айзенка, зокрема, холеричний, сангвінічний, флегматичний та меланхолічний, також показали значущі зв'язки з рівнем конфліктності. Отримані результати кореляційного аналізу підтверджують наявність взаємозв'язку між досліджуваними психологічними особливостями та схильністю до конфліктної поведінки у підлітків.

Далі було проведено множинний лінійний регресійний аналіз з метою визначення прогностичної цінності досліджуваних психологічних чинників щодо рівня конфліктності підлітків. У цій моделі залежною змінною виступав рівень конфліктності, а незалежними змінними – сукупність виявлених психологічних чинників. Результати регресійного аналізу підтвердили, що обрані психологічні чинники статистично значуще пояснюють дисперсію рівня конфліктності та мають прогностичну цінність ($p < 0,01$). Найбільш значущими предикторами рівня конфліктності у підлітків виявились: тривожність, агресивність, схильність до негативного афекту, а також певні характеристики темпераменту. Параметри регресійної моделі засвідчили внесок кожного значущого предиктора у прогнозування рівня конфліктності.

Висновки. Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що психологічні чинники конфліктності у підлітковому віці мають складний, комплексний характер. Виявлено, що ці чинники охоплюють як індивідуально-типологічні особливості, так і емоційно-афективні прояви [1]. Діагностика зазначених чинників є важливою для ідентифікації підлітків у "групах ризику" та подальшої адаптації превентивних і психопрофілактичних заходів. Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості розробки науково обґрунтованих рекомендацій для фахівців (батьків, педагогів, шкільних психологів) з метою ефективного впливу на рівень конфліктності та її зниження в підлітковому середовищі [3].

Перспективи подальших наукових розвідок у даному напрямі передбачають розширення вибірки досліджуваних осіб для підвищення репрезентативності результатів. Важливим є також поглиблене вивчення впливу соціального контексту, включаючи особливості сімейного виховання, взаємодії в освітньому середовищі та вплив медіа, на формування та прояви конфліктної поведінки підлітків. Окремим перспективним напрямом є розробка та апробація комплексних корекційних та розвивальних програм, спрямованих на зниження

рівня конфліктності та формування конструктивних стратегій поведінки у підлітків.

Література:

1. Дьяченко М. І., Кандибович Л. А. Психологія конфлікту: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2020. 212 с.
2. Крайлюк О. М. Психологія підлітка: теорія і практика. Київ: Академвидав, 2017. 256 с.
3. Стюарт Дж. Мистецтво комунікації. Як встановлювати контакти, слухати і розуміти. Харків: Віват, 2018. 320 с.
4. Бар-Он Р. Емоційний інтелект: теорія, оцінка, розвиток. Журнал прикладної психології. 2006. №4. С. 40–52.
5. Еріксон Е. Ідентичність: юність і криза. Київ: Основи, 2002. 272 с.
6. Елкінд Д. Егоцентризм у підлітковому віці. Психологія розвитку. 2005. №2. С. 13–21.
7. Козак О. М. Агресивність та її прояви у підлітків. Психологія і суспільство. 2021. №1. С. 56–63.
8. Taylor J.A. A personality scale of manifest anxiety. Journal of Abnormal and Social Psychology. 1953. 48(2). P. 285–290.
9. Eysenck H.J. Dimensions of Personality. London: Routledge & Kegan Paul, 1947.
10. Buss A.H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology. 1957. 21(4). P. 343–349.

РОЛЬ ЕКЗОГЕННИХ ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ

Бичко К.А., Таран О.П.

ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»

Проблема впливу екзогенних факторів та їх роль на формування негативного дитячого досвіду, набула особливої актуальності в останні роки. Одним із найбільш проблемних подій, що значно підсилило її актуальність, стало повномасштабне вторгнення, що спричинило переживання дорослими та дітьми в Україні хронічного стресом, втратою відчуття безпеки, порушенням родинних взаємозв'язків.

Так, з огляду на дослідження (Karatzias et al., 2023), проведеного на вибірці 2004 дорослих в Україні влітку 2022 року, виявило актуалізацію проблеми психічного здоров'я через високий рівень травматизації, що зумовлена війною [7]. Також, E. Pfeiffer, M. Garbade, C. Sachser вказують, що українські діти та підлітки відмічають велику кількість травматичних подій і симптомів, пов'язаних з травмою, що може мати довготривалий негативний вплив на їхній соціально-емоційний розвиток та якість життя [8].

Дослідники зазначають, що діти та підлітки, через перебування на критично важливому етапі свого розвитку є вразливими до виникнення травматичних переживань та як наслідок формування психічних розладів. Саме тому значну роль відіграє підтримка з боку батьків або опікунів, які мають сприяти психологічному відновленню дитини. Своєчасне задоволення потреб молодого покоління у сфері ментального здоров'я має бути визначене головним пріоритетом, щодо зменшення загального рівня психічних розладів серед населення в майбутньому [6].

Мета статті: проаналізувати роль впливу стресових екзогенних факторів на формування негативного дитячого досвіду.

Об'єктом дослідження: негативний дитячий досвід.

Предметом дослідження нашої роботи: роль екзогенних факторів у формуванні негативного дитячого досвіду.

За визначенням Д. Джексона Наказавої, негативний дитячий досвід є сукупністю різноманітних досвідів, що характеризуються впливом страшних, хронічних непередбачуваних чинників стресу за умов відсутності підтримки дорослих у проживання цих труднощів [4, с.18-19]. Тобто до таких досвідів належать такі події як: емоційне, фізичне, сексуальне насильство та життя в умовах дисфункційної родини.

Також, Д. Джексона Наказова наголошує, що травматичний досвід, пережитий у дитинстві, не зникає безслідно, а закарбовується на рівні тіла й мозку. Він здатен змінювати перебіг психофізіологічних процесів, впливати на формування поведінкових реакцій та адаптаційних стратегій особистості. Такий вплив не обмежується лише психічною сферою, а й виявляється у тісному зв'язку між дитячими травмами та соматичними захворюваннями в дорослому житті [4].

Дослідження Adverse Childhood Experiences Study (Felitti & Anda, 1998) виявило, що наявність таких чинників, як насильство в сім'ї, втрата батьків, нехтування базовими потребами, психічні хвороби батьків або залежності – суттєво підвищують ризик формування широкого спектру психоемоційних та соматичних розладів. Довготривалий негативний досвід у дитячому віці здатен кардинально змінити нейробіологічні процеси, що відбуваються в мозку дитини. Він впливає на роботу генів, які регулюють гормональний баланс, призводячи до постійного стану стресової готовності організму. Такий тип гіперактивації імунної відповіді, зокрема через надмірне вироблення цитокінів, формує вразливість до широкого спектру хронічних захворювань у дорослому віці — навіть за умови здорового способу життя після досягнення зрілості.

У період раннього психоемоційного розвитку дитина надзвичайно залежна від зовнішнього впливу, оскільки системи нервової регуляції та емоційного самоконтролю ще не досягли своєї зрілості. Саме тому, різного роду зовнішні порушення, зокрема дефіцит підтримки, емоційна холодність, конфліктна атмосфера чи критичні моделі поведінки можуть формувати базовий негативний досвід, який надалі впливатиме на психічну стабільність, здатність до соціальної взаємодії та самооцінку. Важливу роль відіграє саме хронічність або повторюваність травматичних подій, а також відсутність підтримуючого оточення, здатного допомогти дитині справитися з емоційними навантаженнями [4].

На думку українських науковців Л. Коровіної, Т. Запорожець та В. Козакевич на формування негативного дитячого досвіду мають зовнішні (екзогенні) фактори, такі як умови, у яких зростає дитина. Соціальне середовище, шкідливі звички дорослих, їхня байдужість до потреб дитини, неякісне харчування, забруднене довкілля та часті медичні втручання можуть призводити до затримки розвитку, підвищеної тривожності й формування психосоматичних розладів. Такі умови не лише погіршують фізичний стан, а й залишають

глибокий емоційний слід, спричиняючи недовіру, страх і відчуття безпорадності, що впливають на особистість у дорослому віці [3].

З огляду на думки М. Вілкінсон, можна припустити, що вплив раннього стресу та досвіду жорстокого поводження з дитиною запускає складний ланцюг нейробіологічних змін, які здатні суттєво змінити траєкторію розвитку мозку. Враховуючи поступове й тривале дозрівання мозкових структур, ці порушення можуть мати не лише негайний ефект, але й довготривалі наслідки для формування когнітивних, емоційних і поведінкових функцій у майбутньому [2].

Як зазначає Б. Вван дер Колк, що через довгий час після хворобливих подій спогади про них можуть відродитись за найменшого натяку на небезпеку – порушені нейронні контури мозку знову активізуються, провокуючи виділення величезних доз гормонів стресу. Це породжує сильні негативні емоції та реальні фізичні відчуття, а також провокує імпульсивні та агресивні дії. В нормальних умовах гормони стресу мали би активізувати організм для швидкої відповіді на небезпеку, а після цього — сприяти швидкому поверненню до стабільного стану. Проте у людей із ПТСР цей механізм порушується: навіть після зникнення загрози сигнали, що запускають реакцію «бий, біжи або завмири» продовжують надходити, ніби небезпека все ще присутня [1].

Р. Сапольські вивчаючи стрес у приматів, вказує, що соціальне середовище й відсутність контролю над стресовими ситуаціями є критичними факторами в розвитку хронічного дистресу. Автор звертає увагу на те, що дитячий мозок і нервова система особливо вразливі до зовнішніх впливів. На основі його висновків, можна зробити припущення, що у ситуаціях, коли дитина росте в умовах нестабільності чи агресії, її біологічна система адаптується до цього як до норми, що надалі проявляється підвищеною тривожністю, підозрілістю до навколишнього світу та навіть соматичними розладами [5].

Усі ці підходи дозволяють скласти багатовимірне уявлення про механізми, через які екзогенні фактори залишають відбиток на психіці дитини, формуючи специфічні патерни реагування, що можуть зберігатися на все життя. Психосоматичні наслідки у дорослих, через наявність дитячого негативного досвіду є перспективою для нашого подальшого дослідження.

Література:

1. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Харків: Віват, 2022. 624 с.
2. Вілкінсон М. Як змінюється психіка під час терапії. Емоції, прив'язаність, травма й нейробіологія, Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 384 с.
3. Коровіна Л.Д., Запорожець Т. М., Козакевич В. К. Вплив екзогенних чинників на соматичне здоров'я та автономну нервову регуляцію у дітей та молоді. Монографія. Полтава: «Інфо-освіта», 2019. 188 с.
4. Наказава Джонсон Д. Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це припинити, Київ: Book Chef, 2025. 384 с.
5. Сапольські Р. Біологія поведінки. Причини доброго і поганого в нас, Київ: Наш Формат, 2021. 672 с.
6. Karatzias T., Shevlin M., Ben-Ezra M., McElroy E., Redican E., Lourison Vang M., Cloitre M., W. K. Ho G., Lorberg B., Martsenkovskiy D., Hyland P. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023. Vol. 147(3). P. 276–285. URL:

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acps.13529?getft_integrator=tfo&src=getft&utm_source=tfo

7. Pfeiffer E., Beer R., Birgersson A., Cabrera N., Cohen J. A., Deblinger E., Garbade M., Kirsch V., Kostova Z., Larsson M., Mannarino A., Moffitt G., Onsjö M., Ostensjö T., Sachser C., Vikgren A., Weyler Mueller H., Klymchuk V., Implementation of an evidence-based trauma-focused treatment for traumatised children and their families during the war in Ukraine: a project description, *European Journal of Psychotraumatology*. 2023. Vol. 14, No 2. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008066.2023.2207422#abstract>
8. Pfeiffer E., Garbade M., Sachser C. Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment-seeking sample of Ukrainian children during the war. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024. Vol. 18, No 25. URL: <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00715-1>

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПІДЛІТКІВ У СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ

Гончаренко І. О., Макаренко Н. М.,

Криворізький державний педагогічний університет

Актуальність теми дослідження особливостей розвитку стресостійкості дітей підліткового віку набуває особливого значення у контексті впливу воєнного конфлікту, в якому перебуває наша держава досить тривалий час. Війна негативно впливає на всіх: і на дорослих, і на дітей, посилює стрес, змушує хвилюватися за своє життя та життя близьких, несе невизначеність майбутнього. Особливо гостро реагують на це підлітки, війна має найбільш руйнівний вплив на їхній психоемоційний стан. Тривалий вплив травматичних умов війни призводить до проживання негативних емоцій, зниження рівня стресостійкості, що у свою чергу позначається на ментальному та фізичному здоров'ї дитини.

Багато вчених-психологів у своїх працях досліджували стрес та стресостійкість особистості. Так, Г. Сельє та Л. Орбелі розглядали стресостійкість як адаптаційну енергію, яка виникає на певній стадії стресу. У рамках дослідження стресостійкості видатні вчені Р. Лазарус, С. Фолкман, Р. Коста, А. Біллінгс, Р. Мус та ін. аналізували індивідуальні методи подолання стресу. Дж. Віткін, Л. Китаєв -Смик, В. Татенко, О. Черепанова, М. Борневасер, Д. Грінберг, Г. Купер, Л. Леві вивчали особливості різноманітних стресових станів.

У сучасній психології проблемі стресостійкості увагу присвятили: К.Журба [1], С. Лукомська [2], Н. Макаренко [3], О. Щербакова[4] та інші.

Проблема підвищення рівня стресостійкості дітей підліткового віку досить гостро стоїть у реаліях воєнного сьогодення, адже під впливом негативних факторів війни виникає багато стресорів, які травмують ще не сформовану психіку підлітків, призводячи до негативних наслідків для здоров'я. У наукових джерелах стресостійкість розглядається як інтегративна психологічна характеристика, що виявляється у здатності підлітка зберігати внутрішню стабільність та конструктивну поведінку в умовах дії стресогенних факторів.

О. Щербакова у своєму дослідженні зазначає, що діти підліткового віку, котрим довелося жити в період війни, досить болісно реагують на негативні події сьогодення, що у свою чергу призводить до вагомого удару по емоційному,

психічному здоров'ю та психологічному благополуччю і в результаті сприяє втраті моральних сил та виникненню стійких негативних емоцій [5].

Н. Макаренко акцентує увагу на тому, що наслідки пережитого підлітком посттравматичного стресу можуть впливати на всі аспекти його розвитку та життєдіяльності і в результаті це може проявитися у стійких змінах особистості дитини, які здатні обмежувати можливості самореалізації в майбутньому [3].

Стресостійкість підлітків у період війни значною мірою залежить від підтримки сім'ї та психолого-педагогічної допомоги [1]. На думку С. Лукомської, підлітки є найбільш незахищеною верствою населення і вони найбільш гостро реагують на процеси адаптації, опинившись у складній ситуації [2]. Через вікові особливості, зокрема недостатню фізіологічну, соціальну та психологічну зрілість, підліткам складно повністю осмислити подію та її наслідки. Замість раціонального розуміння ситуації вони більше покладаються на сприйняття та реакції значущих дорослих, а також запам'ятовують власні емоційні переживання. Додатковим чинником ускладнення їхнього психологічного стану є недостатній розвиток навичок вербалізації емоцій, що пов'язано з обмеженим когнітивним досвідом і недостатньою здатністю висловлювати власні почуття.

У ході нашого дослідження було застосовано “Опитувальник самодіагностики поведінки в стресовій ситуації” В. В. Бойка; “Методику самооцінки емоційних станів” А. Уессмана, Д. Рікса; “Методику визначення особистісної і ситуативної тривожності” Ч. Спілберга — Ю. Ханіна; “Методику дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (автори С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер; адаптація Т. Крюкової) [4], а також проєктивну графічну методику “Людина під дощем” І. Романової, Т. Ситько.

Отримані емпіричні показники дають нам підстави зрозуміти, що стресостійкість у контексті сьогодення подій в Україні, варто розглядати як необхідну умову для збереження позитивного психоемоційного стану дітей підліткового віку. Також важливо враховувати, що підлітковий вік — це період активного становлення особистості, коли під впливом соціальних, емоційних і когнітивних чинників закладаються основи подальшої поведінки, а отже, роль підтримки сім'ї, школи, громади та фахівців є вирішальною для зміцнення психологічної стійкості молоді в екстремальних умовах.

У розробленій нами тренінговій програмі для розвитку стресостійкості у дітей підліткового віку в умовах війни, ми приділяємо окрему увагу психологічній просвіті суб'єктів освітнього процесу, оскільки саме психоедукація відіграє ключову роль у розвитку стресостійкості підлітків, особливо у викликах сьогодення, коли діти стикаються з численними психотравмуючими подіями та нестабільністю. Надання науково обґрунтованої, вікової інформації про природу стресу, типові емоційні реакції та способи їх подолання допомагає знизити тривожність, формує усвідомлення власного стану та навички саморегуляції. Водночас вважаємо за важливе залучати до психоедукаційного процесу не лише самих підлітків, а й доросле оточення — батьків і педагогів. Інформованість дорослих про вікові особливості реагування на стрес, а також про техніки підтримки, сприяє створенню безпечного психологічного середовища, в якому дитина може відновлювати ресурси,

відчувати опору та розвивати здатність до адаптації. Такий тристоронній підхід підсилює ефективність психоедукації та забезпечує стійку підтримку у складних умовах. Формування базових знань про природу стресу, розвиток навичок саморегуляції та налагодження ефективної взаємодії між підлітками, батьками й педагогами в умовах підвищеної тривожності, викликаних війною, є важливим компонентом психокорекційної роботи.

Психоедукаційна робота з дітьми включає трактовку понять стрес, стресор, стресостійкість; психологічні стратегії адаптації в стресовій ситуації, які дозволяють впоратися зі стресом і зберегти психічне здоров'я; а також важливість вміння розуміти і управляти емоціями та способи конструктивної комунікації.

Підвищення психологічної компетентності педагогів та батьків базується на розумінні вікових особливостей цього періоду, вмінні побудови довірливого діалогу з підлітком та спілкуванні без стигми, практиці спільного емоційного регулювання, на ролі дорослого як стабілізуючого ресурсу.

Таким чином, ми вважаємо, що в умовах збройного конфлікту особливого значення набуває розвиток стресостійкості у підлітків, оскільки саме ця здатність забезпечує ефективне подолання життєвих труднощів без шкоди для фізичного та психічного благополуччя. Усвідомлення психологічних чинників, що формують емоційно-поведінкову стабільність у цьому віковому періоді, а також цілеспрямована робота над їх розвитком є ключовими умовами профілактики дезадаптаційних станів і збереження психічного здоров'я підлітків у складному соціальному контексті воєнного сьогодення.

Література:

1. Журба К. Війна як чинник впливу на смисложиттєву сферу сучасних підлітків. Нова педагогічна думка. 2022. № 2 (110). С. 105–109.
2. Лукомська С. Особливості психологічних травм російсько-української війни у контексті євроінтеграційних процесів. Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки». 2022. Спецвипуск. С. 78–85.
3. Макаренко Н. М. Психологічні особливості переживання стресу у підлітків з окупованих територій / Н. М. Макаренко, Т. Гончарова // Психологічний часопис. 2017. №1. С. 66-75.
4. Методика вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лепіхова, В. В. Савінов; За ред. Т. М. Титаренко. Київ: Міленіум, 2009. 120 с.
5. Щербакова О. О., Кондрацька Л. В., Беженська А. А. Вікові особливості психоемоційного стану підлітків в умовах війни. Габітус. 2023. Вип. 55. С. 67-71.

БАТЬКІВСЬКА ЛЮБОВ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКІ ВЗАЄМИНИ

Калюжна П.І., Денисенко А.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Питання виховання дитини є одним з актуальних та найважливіших питань людства в теоретичному та практичному аспектах. Виховання створює саму

людину, тому від вірної постановки цього питання залежить доля як окремої людини, так і всього людства.

Аналізуючи науково-методичну літературу різних авторів (А. Адлер, О.Л. Зверева та ін.), ми бачимо, що основним інститутом виховання дитини була і залишається сім'я. Відомо, що родина розвиває особистість чи руйнує її, у владі родини зміцнити чи підірвати психічне здоров'я її членів. Від того, як будуються відносини в родині, які цінності, інтереси висуваються на перший план, залежить, якими виростуть діти, тому що вони чуйно реагують на поведінку дорослих і швидко засвоюють уроки, отримані в процесі сімейного виховання [1].

На жаль, прискорений темп сучасного життя, його урбанізація поряд з постійно підвищеною відповідальністю і твердістю соціально рольових розпоряджень, несприятливими тенденціями в соціально-психологічній динаміці розвитку родини, недолік морально-етичних початків у відносинах дорослих, низька соціально-психологічна культура спілкування призводять до порушень відносин між батьками та дітьми. Водночас однобічне домінування матері призводить до зниження ролі батька в родині, і він не здатний вчасно розв'язувати особистісні проблеми своїх дітей. Усе це негативно впливає на виховання дітей та формування їхньої особистості [2].

Мета дослідження – полягає в тому, щоб виявити особливості взаємин між підлітками та батьками і розробити психокорекційну програму, направлену на формування позитивних дитячо-батьківських взаємин.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було застосовано комплексний підхід, який полягав у поєднанні теоретичного аналізу наукових джерел, експерименту та методів: спостереження, бесіди, тестування.

Дослідження поведінки батьків і відношення підлітків до них здійснювалося за допомогою методики Шаффера. Оцінка психологічного клімату в родині та положення дитини в системі між особистісних відносинах діагностувалася за допомогою проєктивної методики В. Хьюлса, А.І. Захарова, Н. Кормана „Малюнок родини”. Для вивчення типу батьківського відношення до дитини використовувалася методика А.Я. Варга, В.В. Століна.

Аналіз наукової літератури показав, що дитячо-батьківські відносини – це насамперед взаємовідносини дітей та батьків, дуже важливо, як батьки та діти розуміють одне одного. Тільки в процесі дитячо-батьківських відносинрозуміння йде від батька до дитини та поступово наростає розуміння дитиною батька. Розуміючи дитину, батьки вчать розуміти інших людей. Пропускаючи через себе розуміння себе батьками, дитина розуміє цінність порозуміння і вчиться співпереживання, співчуття, у нього формується психологічна здатність як емпатія [2].

Батьківська любов, на наш погляд, це, перш за все, вміння зрозуміти та прийняти дитину, співпереживати, поважати зростаючу особистість, створювати умови для емоційного благополуччя та психологічного здоров'я. Це почуття, яке

батьки вкладають у свою дитину протягом усього життя. Переважна більшість батьків люблять своїх дітей, але не завжди здатні адекватно висловити свої почуття, тому діти відчують брак батьківської уваги, любові та емоційної прихильності. Нерідко дорослі та діти не знаходять взаєморозуміння, відчують труднощі у спілкуванні один з одним [3].

Розкрито ведучи види батьківського відношення до дітей: прийняття-авторитарне, відкидаючий з елементами інфантилізації і соціальної інвалідизації, симбіотичний, симбіотично-авторитарний [4].

Відмічено, що батьки використовують різний підхід у процесі виховання дітей в залежності від їх гендерних та вікових особливостей.

Показано, що у відносинах підлітків з батьками часто виникають конфліктні ситуації, у зв'язку з економічною залежністю і бажанням одержати самостійність. Частіше всього виникають на ґрунті: інфантильної поведінки підлітка; демонстративної неповаги до батьків; нестійкості батьківського відношення; зверхтурботи; неповаги прав на самостійність; батьківського авторитету тощо [5].

Отже, дитячо-батьківські відносини – це насамперед взаємовідносини дітей та батьків, дуже важливо, як батьки та діти розуміють одне одного. Тільки в процесі дитячо-батьківських відносин розуміння йде від батька до дитини та поступово наростає розуміння дитиною батька. Розуміючи дитину, батьки вчать розуміти інших людей. Пропускаючи через себе розуміння себе батьками, дитина розуміє цінність порозуміння і вчиться співпереживання, співчуття, у нього формується психологічна здатність як емпатія.

Нами було організовано та проведено емпіричне дослідження, в якому прийняло участь 14 дівчат та 14 хлопців у віці 10 років, а також їх батьків.

Встановлено специфічні розбіжності між дівчатами та хлопців стосовно їх батьків.

Так, дівчата характеризують свою матір, як людину, що проявляє позитивний інтерес до них, у якої відсутня ворожість, а також вона не проявляє у своїй поведінці директивність, автономність та непослідовність.

Для батьків характерні такі особливості, як прийняття, недостатній позитивний інтерес, директивність, автономність та непослідовність в діях.

Хлопці оцінюють мати, як людину, яка використовує позитивний інтерес та прийняття, а також високий рівень директивності, автономності та непослідовності у вихованні.

Водночас батьки схильні проявляти позитивний інтерес, автономність, низький рівень ворожості, значну директивність та непослідовність.

Показано, що батьки частіше проявляють авторитарну гіперсоціалізацію, симбіоз та кооперацію.

Виявлено, що у підлітків, незалежно від статті, на ведучи позиції вийшли такі особливості, як значимість матері, егоцентризм, позитивна взаємодія в родині та знедоленість.

На основі отриманих результатів, розроблена психокорекційна програма, орієнтована на формування позитивного спілкування між підлітками та батьками, основу якої склали: просвітницька робота і спеціально підібрані психологічні вправи, спрямовані на розвиток емоційних та комунікативних здібностей в дитячо-батьківських взаєминах.

Література:

1. Психологічні особливості дитячо-батьківських взаємин у сім'ях, які перебувають у складних життєвих обставинах. Кривий Ріг : КДПУ, 2022. 93 с.
2. Кириченко О. В. Батьківство як соціально-психологічний феномен. *Соціально-гуманітарний вісник*. 2018. Вип. 23. С. 58–62.
3. Лефтеров В. О., Цільмак О. М. Психологія сім'ї та шлюбу. Київ : Ліра До, 2020. 266 с.
4. Седик К. Психологія сім'ї. Київ : Академія, 2021. 274 с.
5. Субашкевич І.Р., Пруднікова О.А. Соціально-психологічні особливості дитячо-батьківських відносин. *Габітус*, 2021. Вип. 25. С. 213 – 216.

РЕАКЦІЯ НА ВАЖКИЙ СТРЕС І ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кириченко В. А., Мітіна С. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема реакцій на важкий стрес і порушення адаптації у дітей в умовах війни, а також пошуку ефективних шляхів психологічної допомоги є надзвичайно актуальною в сучасній українській реальності. Війна, як надпотужний соціально-гуманітарний стресор, серйозно впливає на психіку дітей, провокуючи розвиток посттравматичних і тривожних станів, що значною мірою ускладнюють процес особистісного та соціального розвитку [1, 4, 7].

За даними ЮНІСЕФ, понад 5 мільйонів дітей в Україні зазнали негативного впливу бойових дій, втративши доступ до освітніх, медичних та соціальних сервісів [4]. Дослідження Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (2023) показали, що близько 80% дітей у зонах бойових дій мають симптоми порушень психоемоційного стану – від апатії до агресивних проявів і психосоматичних розладів [7].

Війна порушує базове відчуття безпеки, стабільності, соціальної підтримки, що є критично важливими умовами для гармонійного розвитку дитини. Як зазначає ВООЗ, психічне здоров'я дітей – це не лише відсутність розладів, а передусім здатність адаптуватися до змін, формувати стосунки та функціонувати в середовищі [5].

Мета статті: проаналізувати основні психологічні прояви стресу та порушень адаптації у дітей в умовах війни, а також окреслити дієві підходи до психологічної допомоги.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я дітей.

Предмет дослідження: особливості психоемоційних порушень у дітей в умовах воєнного конфлікту та шляхи психологічної реабілітації.

Аналіз наукових джерел свідчить, що найбільш вразливими до воєнного стресу є дошкільники та молодші школярі, які демонструють регрес у поведінці, підвищену тривожність, енурез, відмову від спілкування. Підлітки частіше стикаються з гіперрефлексією, суїцидальними думками, соматичними скаргами [3, 9].

Одним із ключових теоретичних підходів до розуміння впливу війни на дитячу психіку є концепція посттравматичного стресового розладу (ПТСР), яка акцентує увагу на затриманих або змінених реакціях на травматичний досвід. Американська психологічна асоціація зазначає, що симптоми ПТСР можуть проявлятися з відстроченням — через місяці або роки після події [8].

Водночас дослідження вказують на потенціал розвитку резилієнтності — здатності дитини зберігати адаптивність у несприятливих умовах. За А. Мастен, навіть одна стабільна доросла фігура поруч значно підвищує шанси дитини на емоційне відновлення [2].

Сучасна клінічна та гуманітарна практика пропонує ряд підходів до психологічної допомоги дітям, які пережили війну. Найвищу ефективність демонструють когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), ігрова терапія, арттерапія, групова підтримка та психоосвіта для батьків. Ефективність цих підходів підтверджена численними дослідженнями [2, 6, 10].

Зокрема, КПТ допомагає дітям впоратися з деструктивними думками й страхами шляхом їхнього переформатування, а арттерапія та ігрова терапія сприяють емоційному розвантаженню, самовираженню та відновленню базового відчуття контролю. Також важливою є робота з тілесними реакціями — застосування технік тілесно-орієнтованої терапії, дихальних вправ, методів сенсорної інтеграції [3].

Досвід міжнародних організацій (UNICEF, Save the Children, Terre des Hommes) свідчить про значення соціального середовища для психологічної стабілізації. Участь у звичних активностях, навчанні, творчості сприяє зниженню рівня тривоги та поверненню до відносної емоційної рівноваги [4].

Варто зазначити, що ефективність психосоціальної підтримки значною мірою залежить від системності втручання: мультидисциплінарний підхід, рання діагностика, кваліфікований супровід, культурна чутливість та залучення самих дітей до планування допомоги (принцип «нічого для дітей без дітей») є визначальними чинниками [6].

Отже, аналізуючи психологічні наслідки війни для дітей, можемо зробити висновок, що ключовим є не лише усунення симптоматики, а створення стабільного, ресурсного середовища, де дитина може розвиватися попри обставини. Важливо поєднувати доказові терапевтичні підходи з інституційною підтримкою — школою, родиною, громадами.

Таким чином, психосоціальна підтримка дітей в умовах війни має базуватися на принципах міждисциплінарності, чутливості до вікових і культурних особливостей та активного залучення самої дитини до процесу

відновлення. Це дозволить не лише подолати наслідки травматичного досвіду, а й закласти основи психічної стійкості майбутнього покоління.

Література:

1. Khamis V. Post-traumatic stress disorder among Palestinian children // Journal of Child and Family Studies. – 2014. – Vol. 23, № 2. – P. 536–542.
2. Masten A. Ordinary Magic: Resilience in Development. – New York : Guilford Press, 2014. – 370 p.
3. Perry B. D., Szalavitz M. The Boy Who Was Raised as a Dog. – New York : Basic Books, 2006. – 275 p.
4. UNICEF Ukraine. Children in Ukraine Crisis Report [Електронний ресурс]. – 2023. – Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine> – Назва з екрана.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. Mental health and well-being [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int> – Назва з екрана.
6. Ільїна Н. С. Дитяча психологія. – Київ : Освіта, 2012. – 304 с.
7. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. Аналітична довідка. – Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2023.
8. Карачевцева О. Травматизація дитячої свідомості в умовах війни. – Київ : Наукова думка, 2023. – 156 с.
9. Малярик М. Війна та психіка дитини. – Львів : Свічадо, 2023. – 95 с.
10. Панасюк І. М. Психологія стресу та адаптації. – Київ : Освіта, 2015. – 212 с.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВІВ ТА ПРОЯВІВ СХИЛЬНОСТІ ДО БРЕХНІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Ліпецька Л.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Мета, задачі та методи емпіричного дослідження

Мета нашого емпіричного дослідження полягає в дослідженні неправди у підлітків, подальшої її профілактики та корекції;

Для здійснення мети емпіричного дослідження були поставлені наступні завдання:

1. Вивчення особливостей неправди в підлітковому віці;
2. Вибір психодіагностичних методик дослідження неправди та захисних механізмів у дітей від 15 до 17 років;
3. Збір та діагностика групи дітей віком 15-17 років;
4. Виявлення схильності до неправдивої поведінки та домінуючих мотивів неправди у підлітків;
5. Аналіз взаємозв'язків показників, що характеризують схильність до брехні у підлітків та домінуючі захисні механізми;
6. Профілактика та корекція дитячої неправди.

Для виконання поставлених завдань ми використовували психодіагностичний комплекс методів дослідження: теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми неправди та кількісний і якісний аналіз інформації; психодіагностичні методики:

1. Методика Мій захист (мета - одержати інформацію про способи самозахисту дітей, про нечесність у їхньому житті).

2. Методика Це про тебе сказано (мета - діагностика схильності до нечесного поведінки).
3. Методика на виявлення домінуючих мотивів неправди (мета – виявлення домінуючих мотивів неправдивої поведінки).
4. Методика Копінг-тест (мета виявлення копінг-механізмів, вибір способів подолання проблем у різних ситуаціях а також копінг-стратегії)
5. Проективна методика Неіснуюча тварина (мета – діагностика наявності захисних механізмів, реакцій).
6. Методика Індекс життєвого стилю (мета – діагностика механізмів психологічного захисту).

Збір емпіричних даних проводився в Таїровській загальноосвітній школі І-ІІІ рівнів Овідіопольського району Одеської області на вибірці 106 випробовуваних у віці від 15 до 17 років, на протязі 2 місяців

Аналіз індивідуальних даних, що характеризують схильність підлітків до брехні

В результаті проведеного дослідження були отримані ряд даних, які піддалися подальшій обробці та детальному аналізу, що відображені на графіку індивідуальних даних.

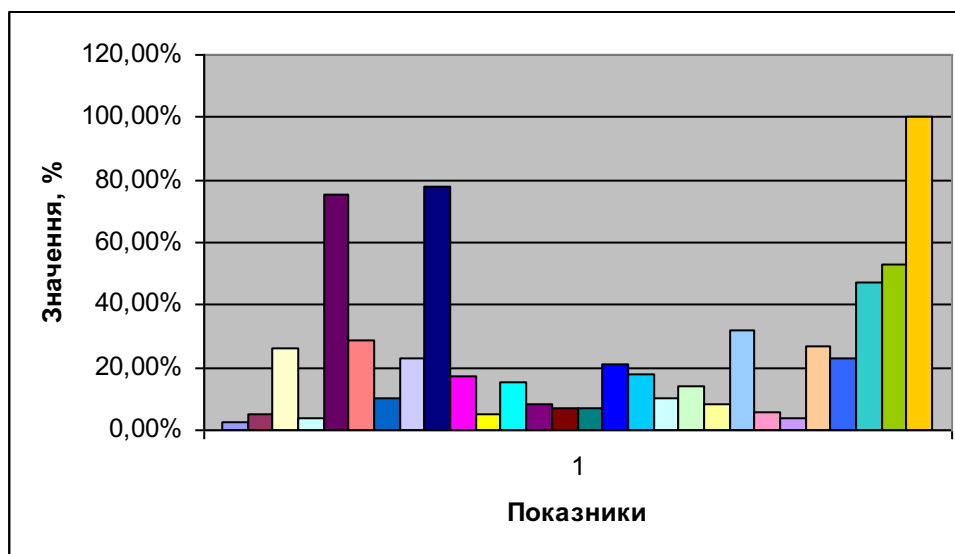


Рис. 2.1 Графік індивідуальних даних, що характеризують схильність підлітків до брехні

Примітка: показники:

1. Конфронтаційний копінг	15. Компенсація
2. Дистанціювання	16. Проекція
3. Самоконтроль	17. Заміщення
4. Пошук соціальної підтримки	18. Інтелектуалізація
5. Прийняття відповідальності	19. Раціоналізація
6. Втеча-уникнення	20. брехня щоб уникнути покарання
7. Планування вирішення проблеми	21. брехня з метою захисту товаришів
8. Позитивна переоцінка сорому	22. брехня щоб уникнути приниження та сорому

9. низький рівень схильності до брехні	23. брехня з метою підвищення свого соц. статусу
10. помірний рівень схильності до брехні	24. бажання не створювати невмілої ситуації
11. високий рівень схильності до брехні	25. «Виправдана» брехня
12. Заперечення	26. шукають виправдання
13. Подавлення	27. не шукають виправдання
14. Регресія	28. наявність захисних механізмів

За даними методики «Копінг-тест» 3 (2,25 %) випробуваних звертаються до такої стратегії, як «Конфронтаційний копінг»; 6 (5 %) – «Дистанціювання»; 35 (26 %) – «Самоконтроль»; 5 (4 %) – «Пошук соціальної підтримки»; 1 (0,75%) – «Прийняття відповідальності»; 38 (29 %) – «Втеча-уникнення»; 13 (10 %) «Планування вирішення проблеми» та 32 (23 %) – до «Позитивної переоцінки». Отже, підлітки частіше використовують такі копінг-стратегії, як «Самоконтроль», «Втечу-уникнення» та «Позитивну переоцінку», що відображає схильність дітей до уявних прагнень і поведінкових зусиль, направлених на уникнення або втечу від рішення проблем, а також показує прагнення по створенню позитивного значення з фокусуванням на зростанні власної особи. Аналіз методики «Це про тебе сказано» показує, що 80 (78 %) підлітків мають низьку схильність до неправдивої поведінки; 17 (17 %) – помірний рівень та 5 (5 %) – високий. Це свідчить про те, що більшість дітей не знімають з себе відповідальність у вирішенні своїх проблем та не шукають винуватців своїх невдач в зовнішньому середовищі, на відміну від тих, які не визнають свою роль в проблемі та не намагаються її адекватно вирішити.

Результати методики «Індекс життєвого стилю» дозволяють зробити наступні висновки: 18 (15 %) випробуваних вдаються до такого захисного механізму, як «Заперечення»; 9 (8 %) – «Подавлення»; 8 (7 %) – «Регресія» та «Компенсація»; 26 (21 %) – «Проекція»; 22 (18 %) – «Заміщення»; 12 (10 %) – «Інтелектуалізація» та 17 (14 %) – «Раціоналізація».

Таким чином, з'ясувалося, що в структурі механізмів психологічного захисту у респондентів значну роль відіграє адаптивний психологічний захист - «Проекція», а також «Заміщення», які виявляються в тому, що негативний, соціально мало схвалюваний відтінок почуттів, які переживаються підлітками, та властивостей, наприклад, агресивність незрідка приписується іншим оточуючим, щоб виправдати свою власну агресивність або недоброзичливість, яка виявляється в захисних цілях.

Судячи з результатів методики «Неіснуюча тварина», робимо висновок, що 106 (100 %) респондентів характеризуються наявністю захисних механізмів, реакцій, які виявляються в розрядці пригнічених емоцій, що спрямовані на об'єкти і що представляють меншу небезпеку або доступніші, ніж ті, що викликали негативні емоції та відчуття.

Дані методики «Виявлення домінуючих мотивів брехні» свідчать про те, що у 16 (8 %) підлітків домінуючим мотивом неправдивої поведінки є брехня щоб

уникнути покарання; 69 (32 %) - брехня з метою захисту товаришів; 12 (6 %) - брехня щоб уникнути приниження та сорому; 8 (4 %) - брехня з метою підвищення свого соціального статусу; 60 (27 %) - бажання не створювати невмілої ситуації та 48 (23 %) - «Виправдана» брехня.

Таким чином, найбільш характерна для підлітків «Виправдана брехня», а також брехня з метою захисту товариша, яка пов'язана з тим, що відношення підлітків до брехні в захист товариша менш строге з точки зору покарання, чим до таких видів брехні як брехня з самозбереження, уникнення або ради підвищення свого соціального статусу.

Аналіз результатів методики «Мій захист» дозволяють зробити висновок, що 50 (47 %) випробуваних шукають виправдання у своїй неправдивій поведінці, на відміну від тих 56 (53 %), які не виправдовують свої дії.

Таким чином, ми можемо стверджувати, що підлітки беруть на себе відповідальність за свої вчинки і свідомо відповідають за них.

3 Взаємозв'язки показників, що характеризують схильність до брехні у підлітків та домінуючі захисні механізми

Для визначення характеру взаємозв'язку показників психологічного захисту особи та її схильності до брехні був проведений кореляційний аналіз.

Таблиця 2.3.1

Статистично достовірні взаємозв'язки між показниками, що характеризують прояв психологічного захисту, мотиви і схильність до брехні у підлітків

показники	Схильність до нечесної поведінки	Брехня щоб уникнути покарання	Брехня з метою захисту товаришів	Брехня щоб уникнути приниження та сорому	Брехня з метою підвищення свого соц. статусу
Заперечення			-,308(**)		,214(*)
Подавлення		,256(**)	-,435(**)		
Регресія		,263(**)	-,295(**)		
Компенсація		,193(*)	-,218(*)		
Заміщення	,218(*)	,342(**)	-,287(**)		
Дистанціювання			-,253(**)		
Пошук соц.підтримки				-,235(*)	
втеча-уникнення	,238(*)	,255(**)			
Планування вирішення проблеми	-,241(*)	-,320(**)		-,200(*)	-,228(*)
Позитивна переоцінка	-,221(*)				

Примітка. (*) – кореляція статистично достовірна на рівні $p < 0,05$;

(**) – кореляція статистично достовірна на рівні $p < 0,01$.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного нами дослідження ми можемо зробити наступні висновки:

1. Встановлено за результатами методики «Копінг-тест», що підлітки частіше використовують такі копінг-стратегії, як «Самоконтроль», «Втеча-уникнення» та «Позитивну переоцінку», що відображає схильність дітей до уявних прагнень і поведінкових зусиль, направлених на уникнення або втечу від рішення проблем, а також показує прагнення по створенню позитивного значення з фокусуванням на зростанні власної особи.

2. Аналіз методики «Це про тебе сказано» показує, що більшість дітей не знімають з себе відповідальність у вирішенні своїх проблем та не шукають винуватців своїх невдач в зовнішньому середовищі, на відміну від тих, які не визнають свою роль в проблемі та не намагаються її адекватно вирішити.

3. Результати методики «Індекс життєвого стилю» показали, що в структурі механізмів психологічного захисту у респондентів значну роль відіграє адаптивний психологічний захист - «Проекція», а також «Заміщення», які виявляються в тому, що негативний, соціально мало схвалюваний відтінок почуттів, які переживаються підлітками, та властивостей, наприклад, агресивність приписується іншим оточуючим, щоб виправдати свою власну агресивність або недоброзичливість, яка виявляється в захисних цілях.

4. Встановлено за результатами методики «Неіснуюча тварина», що 100 % респондентів характеризуються наявністю захисних механізмів, реакцій, які виявляються в розрядці пригнічених емоцій, що спрямовані на об'єкти і що представляють меншу небезпеку або доступніші, ніж ті, що викликали негативні емоції та відчуття.

5. Виявлено, що найбільш характерна для підлітків «Виправдана брехня», а також брехня з метою захисту товариша, яка пов'язана з тим, що відношення підлітків до брехні в захист товариша менш строге з точки зору покарання, чим до таких видів брехні як брехня з самозбереження, уникнення або ради підвищення свого соціального статусу.

6. Результати кореляційного дослідження дозволили визначити, що показник «схильність до нечесної поведінки» виявляє позитивні кореляції з показниками «заміщення» ($r=0,218$; $p<0,05$), «втеча-уникнення» ($r=0,238$; $p<0,05$), та негативно пов'язаний з показниками «планування вирішення проблем» ($r=-0,241$; $p<0,05$) й «позитивна переоцінка» ($r=-0,241$; $p<0,05$).

Показник «Брехня щоб уникнути покарання» розкриває позитивні кореляції з показниками «подавлення» ($r=0,256$; $p<0,01$), «регресія» ($r=0,263$; $p<0,01$), «компенсація» ($r=0,193$; $p<0,05$), «заміщення» ($r=0,342$; $p<0,01$), «втеча-уникнення» ($r=0,255$; $p<0,01$), та негативно співвідноситься з показником «планування вирішення проблеми» ($r=-0,320$; $p<0,01$).

Дані свідчать про те, що прагнення уникнути покарання виявляється унаслідок захисних механізмів подавлення, регресія, компенсація, заміщення, а також втеча-уникнення, та тому не характеризує людей, схильних удаватися до планування вирішення проблем.

Показник «Брехня з метою захисту товариша» негативно виявляється з показниками «заперечення» ($r=-0,308$; $p<0,01$), «подавлення» ($r=-0,435$; $p<0,01$), «регресія» ($r=-0,295$; $p<0,01$), «компенсація» ($r=-0,218$; $p<0,05$), «заміщення» ($r=-0,287$; $p<0,01$) та «дистанціювання» ($r=-0,253$; $p<0,01$).

Аналіз свідчить про те, що вдавання до захисних тенденцій не властиве для людей, які брешуть в ім'я захисту свого товариша.

Показник «Брехня щоб уникнути приниження і сорому» негативно виражається з показниками «пошук соціальної підтримки» ($r=-0,235$; $p<0,05$) і «планування вирішення проблеми» ($r=-0,200$; $p<0,05$).

Результати вказують на той факт, що спотворення інформації з метою уникнення приниження і сорому не характеризується проявом захисних механізмів.

Показник «Брехня з метою підвищення свого соціального статусу» проявляє позитивні кореляції з показником «заперечення» ($r=0,214$; $p<0,05$) і негативно є з показником «планування вирішення проблеми» ($r=-0,228$; $p<0,05$).

Ці дані свідчать про те, що підліткам властива брехня як прояв дії механізму заперечення, і не є допустимою для людей, які у важких, неоднозначних ситуаціях схильні удаватися до планування вирішення проблем.

Література:

1. Александров Ю. В. Психологія брехні. *World science: problems, prospects and innovations: The 4th International scientific and practical conference (Toronto, Canada, December 23-25, 2020)*, 2020. С. 171–176.
2. Войтенко Т. О. Особливості соціальної адаптації підлітків і використання брехні у процесі інтеграції в суспільство. *Український журнал соціальної психології*, 2019. №4. С. 124–129.
3. Глушкова Л. А. Психологічні аспекти брехні у підлітковому віці. *Психологія і суспільство*, 2018. 3(1). С. 56–62.
4. Екман П. Чому діти брешуть. Київ : Педагогіка–Прес, 2019. 238 с.
5. Кафедра психології Національного університету "Києво-Могилянська академія" *Роль соціальних мереж у формуванні підліткових переконань і схильності до брехні*. 2017. 4, С. 21–27 URL: <https://psychology.ukma.edu.ua> (дата звернення: 05.04.2025).

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ І ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ ПЕРШОКУРСНИКІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО ЧАСУ

Панасюгіна В., Оверчук В.

Донецький національний університет
імені Василя Стуса

Актуальність теми: Сучасний етап розвитку українського суспільства характеризується екстремальними умовами, пов'язаними з повномасштабною військовою агресією. Ці реалії спричиняють значні психотравмуючі впливи та створюють безпрецедентні виклики для всіх соціальних груп, зокрема для молоді, яка розпочинає здобуття вищої освіти. Вступ до закладів вищої освіти

(ЗВО) є критичним етапом онтогенезу, що сам по собі супроводжується необхідністю адаптації до нових соціальних умов, освітнього середовища, формування нового кола спілкування та набуття самостійності. В умовах воєнного стану цей процес значно ускладнюється. Першокурсники зіштовхуються з низкою додаткових труднощів, детермінованих воєнними діями, що зумовлює підвищення рівня психологічної дезадаптації, зростання тривожності та почуття невизначеності щодо майбутнього. Комплексний вплив цих чинників суттєво ускладнює їхню соціально-психологічну адаптацію до умов навчання, налагодження ефективної міжособистісної взаємодії та інтеграції у самостійне життя. У контексті зазначеного, дослідження особливостей процесу адаптації студентів-першокурсників набуває особливої значущості, оскільки дозволяє ідентифікувати ключові труднощі та розробити ефективні заходи психологічної підтримки.

В умовах воєнного стану українські студенти зазнають інтенсивного впливу травмуючих факторів. Систематичні повітряні тривоги, загроза ракетних обстрілів, близькість до зон бойових дій, екзистенційний страх за власне життя та безпеку близьких, а також втрати, – усі ці чинники створюють інтенсивний психологічний тиск, дестабілізують емоційну сферу та руйнують базове відчуття безпеки, що є фундаментальною умовою для нормального функціонування та успішного освітнього процесу [1].

Мета дослідження: Мета даного дослідження полягає у вивченні взаємозв'язків між рівнем соціально-психологічної адаптації та рівнем тривожності у студентів першого курсу закладів вищої освіти в умовах військового часу.

Аналіз наукової літератури: Аналіз наукових джерел свідчить про те, що соціально-психологічна адаптація студентів-першокурсників є багатогранним та динамічним процесом. Вона охоплює пристосування як до академічного середовища та вимог освітнього процесу, так і до нового соціального оточення, включаючи формування міжособистісних стосунків. Успішність цього процесу детермінується комплексом зовнішніх (характеристики освітнього середовища, соціальна підтримка) та внутрішніх (особистісні якості, рівень саморегуляції) факторів [5]. В умовах воєнного стану процес адаптації обтяжується додатковими дестабілізуючими чинниками, такими як невизначеність, підвищений рівень тривожності, стрес, потенційна втрата безпечного середовища проживання чи дому. Дослідники відзначають, що подібні обставини можуть спричиняти зниження адаптивних можливостей студентів, посилення дезадаптивних проявів та мати негативний вплив на їхню академічну успішність і загальне психологічне благополуччя [2].

Методика та організація дослідження. Дослідження проводилося на базі Донецького національного університету імені Василя Стуса з дотриманням принципів добровільності участі та конфіденційності отриманих даних. Для досягнення поставленої мети дослідження було використано такі психодіагностичні методики: «Методика діагностики соціально-психологічної

адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонда; «Шкала для самооцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера, адаптована Ю. Ханіним. Вибірку дослідження склали 50 студентів першого курсу Донецького національного університету імені Василя Стуса віком від 16 до 18 років.

Результати дослідження. Аналіз емпіричних даних, отриманих за допомогою «Методики діагностики соціально-психологічної адаптації» К. Роджерса та Р. Даймонда (рис. 1), дозволив встановити наступні особливості соціально-психологічної адаптації студентів-першокурсників в умовах воєнного часу. Виявлено, що переважна більшість респондентів (80%) характеризується зниженим рівнем загальної адаптації. Цей показник свідчить про наявність значних труднощів у пристосуванні до нових умов освітнього середовища та соціального оточення, що може супроводжуватися підвищеним психоемоційним напруженням, зростанням рівня тривожності та переживанням страху.

Детальніший аналіз за окремими шкалами методики показав: за шкалою «Самоприйняття» низькі показники зафіксовано у 65% студентів. Це вказує на недостатньо сформоване позитивне ставлення до себе, схильність до самокритичності, невпевненість у власних силах та можливостях. Низькі показники за шкалою «Прийняття інших» продемонстрували 73% респондентів. Це може проявлятися у труднощах побудови довірливих стосунків, відчуженості у міжособистісній взаємодії, схильності до конфліктів та загальній недовірі до оточуючих. Занижений показник за шкалою «Емоційний комфорт» виявлено у 73% студентів. Це асоціюється зі схильністю до переживання негативних емоцій, психоемоційним напруженням, лабільністю настрою та загальною емоційною нестабільністю. За шкалою «Інтернальність» низькі показники отримали 64% студентів. Це свідчить про схильність приписувати відповідальність за події зовнішнім факторам, відчуття залежності від обставин та потенційну пасивність або безпорадність перед життєвими викликами. Високий показник за шкалою «Ескапізм» відзначено у 72% вибірки. Це інтерпретується як виражене уникати вирішення проблем, відхід від реальності. Такий механізм подолання стресу може бути пов'язаний з прагнення інтенсивним впливом травмуючих факторів воєнного часу та свідчить про труднощі ефективної адаптації.

Таким чином, результати застосування методики Роджерса-Даймонда вказують на наявність у значної частини студентів-першокурсників в умовах воєнного часу виражених труднощів соціально-психологічної адаптації, що проявляється на різних рівнях функціонування особистості.

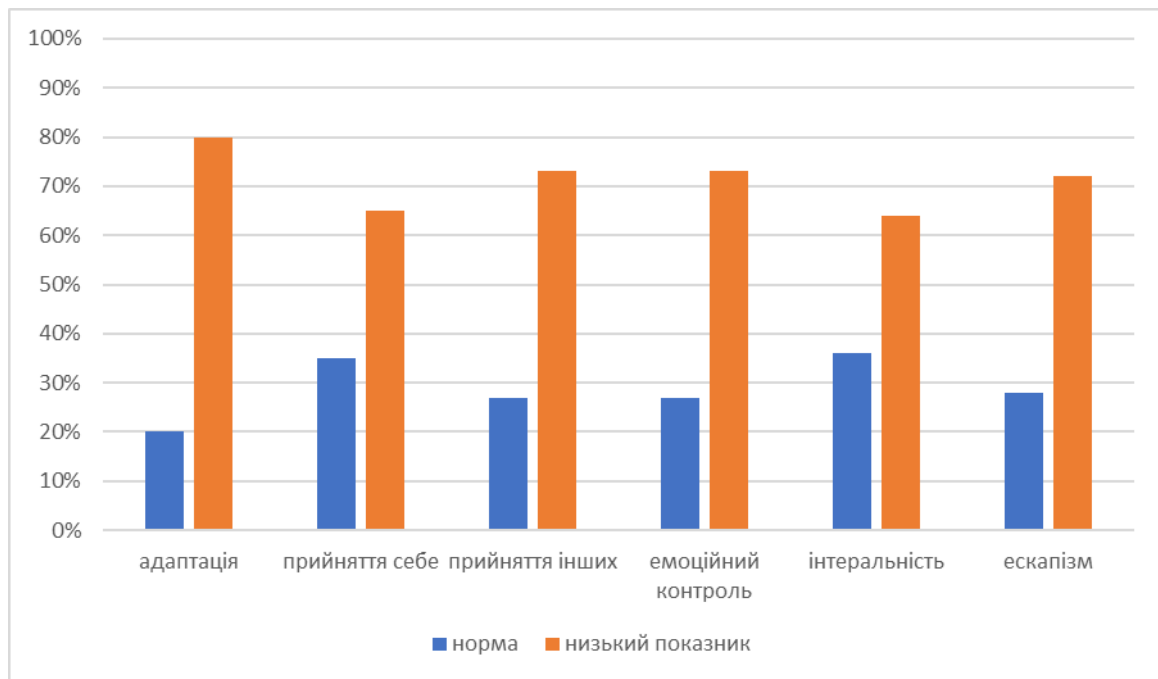


Рис.1. Показники соціально-психологічної адаптації

Для оцінки рівня тривожності у студентів першокурсників було використано методику «Шкала для самооцінки тривожності» за Ч. Спілбергером та Ю. Ханіним (рис. 2). Застосування даної методики мало на меті виявити актуальний (ситуативний) та відносно стійкий (особистісний) рівень тривожності, що є важливим для подальшого аналізу взаємозв'язку між соціально-психологічною адаптацією та загальним рівнем тривожності у здобувачів вищої освіти в умовах воєнного часу.

Аналіз отриманих даних показав, що у значної частини вибірки – 52% студентів – зафіксовано високий рівень ситуативної тривожності. Це свідчить про те, що на момент дослідження ці студенти переживали виражене емоційне напруження, хвилювання та неспокій, що, ймовірно, є безпосередньою реакцією на поточні стресові чинники, пов'язані з умовами воєнного стану та процесом адаптації до нового освітнього середовища.

Окрім того, у 50% студентів виявлено високі показники особистісної тривожності. Особистісна тривожність характеризується як стійка риса особистості, що проявляється у схильності до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих та реагування на них станом тривоги. Студенти з високим рівнем особистісної тривожності, як правило, більш схильні до загального занепокоєння та хвилювання у більшості життєвих ситуацій, відрізняються підвищеною чутливістю, невпевненістю у власних силах та можуть гостріше реагувати на невдачі. Висока особистісна тривожність може суттєво ускладнювати діяльність та адаптацію, особливо в умовах тривалого або інтенсивного стресу, що є характерним для періоду воєнного стану.

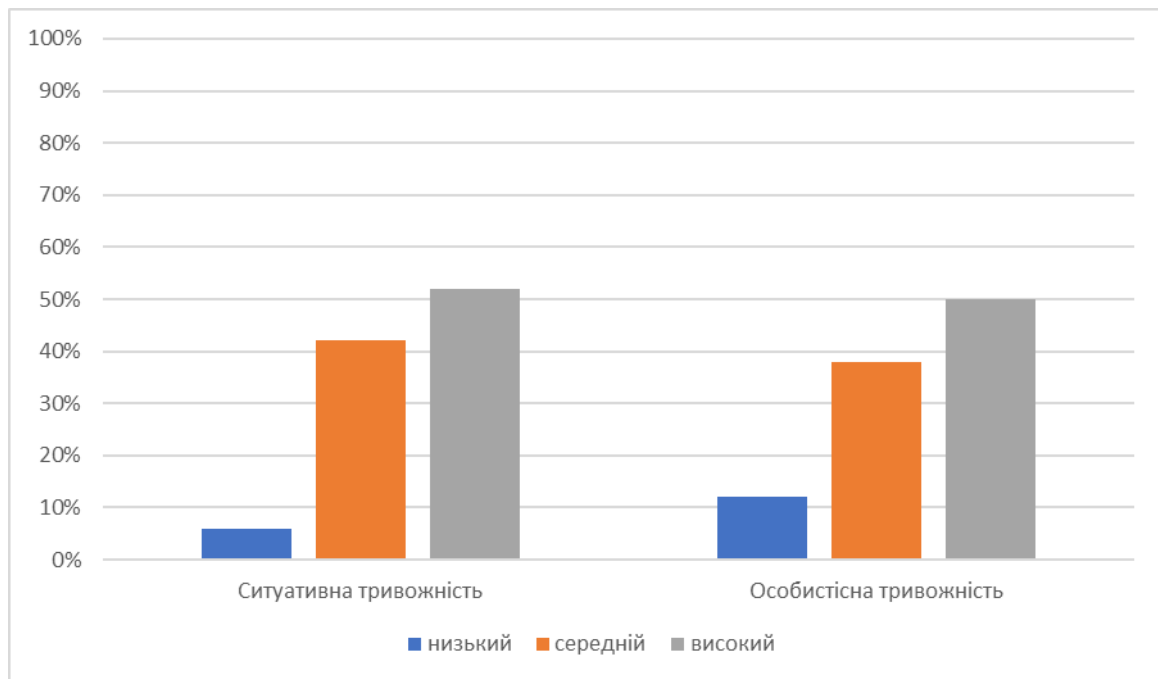


Рис.2. Показники ситуативної та особистісної тривожності

Результати дослідження показують, що серед студентів із виявленим зниженим рівнем соціально-психологічної адаптації часто спостерігаються високі показники тривожності.

Для встановлення взаємозв'язку між рівнем соціально-психологічної адаптації та рівнем тривожності у студентів першокурсників в умовах воєнного часу було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r).

Аналіз отриманих даних виявив статистично значущий помірний негативний кореляційний зв'язок між соціально-психологічною адаптацією та особистісною тривожністю ($r = -0.37$). Отримане значення $p < 0.05$ свідчить про те, що ймовірність отримання такого або сильнішого зв'язку випадковим чином становить менше 5%. Це дозволяє нам відхилити нульову гіпотезу про відсутність зв'язку та стверджувати, що виявлений взаємозв'язок не є результатом випадковості, а відображає реальну тенденцію у досліджуваній вибірці. Даний результат показує, що у досліджуваній вибірці студентів-першокурсників чим вищим є рівень особистісної тривожності (як стійкої схильності до переживання тривоги), тим нижчим, як правило, є рівень їхньої соціально-психологічної адаптації до нових умов навчання та проживання під час воєнного стану.

Також було виявлено статистично значущий слабкий негативний кореляційний зв'язок між соціально-психологічною адаптацією та ситуативною тривожністю ($r = -0.24$). Рівень статистичної значущості $p < 0.05$ для цього зв'язку також вказує на його не випадковий характер. Це означає, що хоча і менш виражено порівняно з особистісною тривожністю, але інтенсивність переживання тривоги студентами в конкретних стресових ситуаціях, викликаних умовами війни та навчального процесу, також негативно пов'язана з їхньою здатністю до успішної адаптації.

Таким чином це підтверджує, наявність взаємозв'язку між рівнем тривожності та соціально-психологічною адаптацією студентів першокурсників, підкреслюючи важливість управління тривожністю для позитивної адаптації в умовах воєнного часу.

Висновки. Дослідження взаємозв'язку соціально-психологічної адаптації та тривожності у студентів першого курсу є безумовно актуальним в сучасних умовах, зважаючи на комплекс психологічних викликів, зумовлених як входженням в нове освітнє та соціальне середовище закладу вищої освіти, так і травмуючим впливом триваючого воєнного стану. Ці фактори створюють значне навантаження на адаптаційні механізми молодшої людини.

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці студентів-першокурсників, дає підстави стверджувати, що у значної частини респондентів процеси соціально-психологічної адаптації протікають на зниженому рівні. При цьому спостерігається суттєва індивідуальна варіативність показників адаптації, яка, згідно з отриманими кореляційними зв'язками, тісно асоціюється з рівнем вираженості тривожності – як особистісної схильності, так і ситуативних проявів. Виявлений негативний взаємозв'язок підтверджує припущення про те, що високий рівень тривожності є одним із чинників, що ускладнює успішну адаптацію студентів до нових реалій життя та навчання в умовах війни.

Отримані результати мають важливе практичне значення. Встановлений взаємозв'язок між адаптацією та тривожністю вказує на необхідність цілеспрямованої роботи з оптимізації психологічного стану першокурсників. Врахування рівня тривожності студентів може слугувати основою для розробки та реалізації диференційованих програм психопрофілактичних та психокорекційних заходів, спрямованих на зниження рівня тривожності та сприяння більш ефективній соціально-психологічній адаптації. Така діяльність сприятиме підвищенню загального рівня психологічного благополуччя студентів нового набору в умовах сучасної нестабільної та стресогенної соціальної ситуації, зумовленої воєнним станом.

Література:

1. Ivanenko N. Challenges of Ukrainian Higher Education in Times of War. International Higher Education. 2024. No. 118. P. 28–30. URL: <https://ejournals.bc.edu/index.php/ihe/article/download/17809/12311/36855> (дата звернення: 01.05.2025).
2. Дубровіна І. В. Психологічна адаптація в умовах стресу. – К.: Наукова думка, 2022. – 156 с.
3. Левченко М. Соціальна адаптація студентів закладів вищої освіти України до навчання в умовах війни: проблеми та шляхи подолання. Актуальні питання гуманітарних наук. 2022. Вип. 52, т. 2. С. 185-190.
4. Радзівіл К., Кузікова С. Особливості психологічної адаптації студентів-психологів до освітнього процесу в умовах воєнного стану. Психологічний журнал. 2024. № 11. С. 53-58
5. Фурман А. В. Соціально-психологічна адаптація студентів: теорія і практика. – Тернопіль: ТНПУ, 2020. – 212 с.

ВПЛИВ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ

Пестерева К.С., Чугуєва І.Є.

*Донецький національний університет
імені Василя Стуса*

Проблематика впливу дитячого психотравматичного досвіду на побудову міжособистісних стосунків у дорослому віці є надзвичайно актуальною, особливо в умовах сучасних соціокультурних викликів. Згідно з даними численних психологічних досліджень, ранній досвід емоційного відкидання, насильства, нехтування або втрати значущих дорослих суттєво впливає на емоційний розвиток особистості, її прив'язаність, самооцінку та здатність до формування стабільних стосунків [2, 3, 7].

Сучасна наука визнає, що не стільки сама травматична подія, скільки неспроможність дитини отримати належну підтримку й інтегрувати переживання в психіку є ключовим фактором розвитку дезадаптивних схем [4]. У дорослому житті це виявляється через проблеми довіри, емоційної відстороненості, залежності або навпаки — постійного прагнення до контролю. У більшості випадків саме ці порушення лежать в основі дисфункціональних міжособистісних моделей [5, 6].

Мета дослідження: проаналізувати вплив раннього травматичного досвіду на особливості міжособистісної поведінки у дорослому віці.

Об'єкт дослідження: міжособистісні стосунки дорослої особистості.

Предмет дослідження: взаємозв'язок дитячої психотравматизації з дисфункціональними моделями поведінки у партнерських стосунках.

Слід зазначити, що ранній травматичний досвід (втрата батьків, емоційне або фізичне насильство, нехтування) порушує базове відчуття безпеки, довіри, цінності себе. Внаслідок цього в особистості формуються негативні когнітивні схеми («Я не гідний любові», «Іншим не можна довіряти»), які стають підґрунтям дезадаптивних форм поведінки: емоційної залежності, уникнення близькості, аб'юзивних чи співзалежних відносин [3, 4].

Однією з найвідоміших концепцій, що узагальнює механізм впливу дитячої психотравматизації на дорослі стосунки, є теорія п'яти травм Ліз Бурбо. Вона описує зв'язок між специфічним дитячим досвідом і сформованими внаслідок цього особистісними захисними "масками", які в подальшому визначають стиль взаємодії з іншими людьми [7]. Наприклад, травма покинутості часто формує надмірну залежність у стосунках, тоді як травма зради — прагнення до домінування та контролю.

Психологічні дослідження останніх десятиліть підкреслюють, що такі особистості схильні до повторної травматизації — вони несвідомо залучаються у стосунки, подібні до дитячого досвіду [8]. Тобто, дитина, яка відчувала емоційну холодність з боку матері, згодом обирає партнерів, що також не виявляють тепла, підкріплюючи вже знайомий патерн. Це називають реплікацією травматичного сценарію, що є характерною ознакою дисфункціональних відносин.

Типовими формами таких стосунків у дорослому віці є симбіотичні, співзалежні, аб'юзивні, емоційно холодні або контролюючі. До них часто

додаються явища романтичної тривожності, емоційної залежності або феномен травматичного зв'язку — коли жертва прив'язується до агресора внаслідок циклічного насильства і примирення [6, 8].

Також варто підкреслити важливість нейропсихологічного підходу у поясненні наслідків дитячих травм. Як доводять Бессел ван дер Колк, Пітер Левін та інші фахівці, психотравма закріплюється не лише в пам'яті, а й на тілесному рівні — через хронічне перенапруження нервової системи, порушення гормонального фону, зміни у функціонуванні лімбічної системи [1, 4, 8].

Наслідки таких змін можуть включати: низьку самооцінку, емоційну нестабільність, труднощі у формуванні безпечної прихильності, схильність до емоційної або фізичної ізоляції, та розвиток ПТСР. Все це значною мірою ускладнює формування здорових стосунків у дорослому віці.

Отже, дослідження впливу раннього травматичного досвіду на характер міжособистісної взаємодії є надзвичайно важливим для психологічної практики, оскільки дозволяє не лише глибше зрозуміти витoki емоційної дисфункції, але й ефективніше будувати психотерапевтичну інтервенцію. Своєчасна психотерапевтична допомога, спрямована на інтеграцію травматичного досвіду, формування нових адаптивних моделей поведінки та емоційної регуляції, може істотно знизити ризики повторної травматизації та сприяти покращенню якості міжособистісних зв'язків.

Виходячи з наведеного, можемо констатувати що, дитячий психотравматичний досвід є потужним предиктором дисфункцій у міжособистісній сфері дорослого, що потребує цілісного та індивідуалізованого психотерапевтичного підходу.

Ключові слова: дитяча психотравма, міжособистісні стосунки, дезадаптація, прив'язаність, дисфункціональні стосунки.

Література:

1. Боулбі Дж. Прив'язаність. К.: Видавництво УЦВІГ, 2005. 368 с.
2. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік: Як подолати наслідки травми за допомогою новітніх досягнень психотерапії. К.: Наш Формат, 2021.
3. Levine P. Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body. Sounds True, 2008.
4. Herman J. Trauma and Recovery. Basic Books, 1992.
5. Ainsworth M. Patterns of Attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
6. Бурбо Л. 5 травм, які заважають бути собою. К.: Клуб Сімейного Дозвілля, 2020.
7. Johnson S. Emotionally Focused Couple Therapy. Guilford Press, 2004.
8. Brisch K.H. Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy. Guilford Press, 2010.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АВА-ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ДІТЬМИ З РАС

Погрібний Г.С., Грек О.М.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Сьогодні особливо гостро стоїть питання ефективної корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми, які мають розлади аутистичного спектру (РАС). Статистичні дані Центру медичної статистики МОЗ України засвідчують стійку тенденцію до зростання кількості дітей з діагнованими порушеннями аутистичного характеру — за період 2019-2024 років зафіксовано збільшення на 38,5%. Особливу увагу слід приділити вивченню психологічних механізмів реалізації прикладного аналізу поведінки (Applied Behavior Analysis, АВА), який міжнародною спільнотою визнано провідним доказово-орієнтованим підходом у роботі з аутистичними порушеннями.

Прикладний аналіз поведінки має як позитивний, так і суперечливий вплив на розвиток особистості дітей з РАС. Ефективність методу може призводити до значного покращення соціальних навичок та зменшення проблемної поведінки, однак критики зазначають можливість виникнення стресу від інтенсивного втручання та питання культурної релевантності методу.

Вплив АВА-терапії на психологічний розвиток дітей з РАС досліджується вченими (В. Бондар, Л. Журавльова, А. Казьмірук, С. Литовченко, Т. Скрипник), у роботах яких розкриваються особливості застосування поведінкових технологій та різні форми корекційного впливу. Зарубіжні дослідження (J. Cooper, W. Fisher, O. Lovaas, L. Schreibman та ін.) підкреслюють важливість системного підходу до застосування АВА-методології.

У роботах зарубіжних учених (J. Cooper, T. Heron, W. Heward, M. Sundberg та ін.) досліджується вплив АВА-терапії на поведінкові прояви дітей з аутизмом. J. Cooper доводить, що прикладний аналіз поведінки являє собою систематичне застосування принципів навчання для поліпшення соціально значущої поведінки, при цьому відбувається формування нових навичок та зменшення проблемної поведінки. Науковці зазначають, що АВА-терапія має переважно позитивний вплив на розвиток дітей з РАС, сприяючи покращенню їхньої соціальної адаптації.

W. Fisher та C. Piazza визначають, що проявами позитивного впливу АВА-терапії на поведінкову сферу дітей з РАС є розвиток комунікативних навичок та покращення соціальної взаємодії; зменшення проблемної поведінки та самостимуляції; підвищення здатності до навчання та засвоєння нових навичок; покращення адаптивної поведінки в різних середовищах. Також позитивний вплив на розвиток дітей з РАС мають структуровані програми навчання, індивідуальний підхід та систематичне підкріплення бажаної поведінки.

Метою роботи є дослідження психологічних аспектів застосування АВА-терапії та її впливу на поведінкові прояви дітей з розладами аутистичного спектру.

У дослідженні були використані наступні методики: анкета для оцінки ефективності АВА-втручання, опитувальник професійного вигорання К. Маслач,

методика діагностики емоційного інтелекту Д. Гоулмана, спостереження за поведінковими проявами дітей під час терапії, інтерв'ю з батьками та фахівцями. У дослідженні брали участь 89 фахівців АВА-терапії та 52 заклади, що надають відповідні послуги.

У ході дослідження було виявлено, що у 73% закладів послуги АВА-терапії зосереджені в мегаполісах, що створює проблему доступності. Критичний дефіцит сертифікованих фахівців: лише 19% практиків мають міжнародні кваліфікаційні документи рівня BCBA/BCaBA.

Результати дослідження професійно-психологічної компетентності показали п'ятикомпонентну structure: аналітико-методологічний компонент ($\lambda=3,24$) — найбільш виражений, регулятивно-вольовий ($\lambda=2,87$), комунікативно-емпатійний ($\lambda=2,63$), рефлексивно-корекційний ($\lambda=2,41$) та етико-деонтологічний ($\lambda=2,15$) компоненти.

Досліджено особливості професійної дезадаптації у АВА-фахівців та визначено, що в групі досліджуваних переважає помірний рівень професійного виснаження. Виявлено, що у 64% фахівців спостерігаються ознаки синдрому професійного вигорання різного ступеня вираженості.

Встановлено наявність організаційно-управлінських чинників (42% дисперсії), соціально-психологічних (35% дисперсії) та індивідуально-психологічних чинників (23% дисперсії) професійної дезадаптації. Виявлено, що надмірне робоче навантаження (понад 32 години прямого контакту на тиждень) є основним фактором ризику.

Вивчені взаємозв'язки між показниками професійної компетентності та ефективністю АВА-втручання показали статистично значущі зв'язки між аналітико-методологічним компонентом та результативністю терапії ($r=0,67$, $p\leq 0,01$), регулятивно-вольовим компонентом та стійкістю до професійного стресу ($r=0,54$, $p\leq 0,01$); між комунікативно-емпатійним компонентом та задоволеністю батьків ($r=0,48$, $p\leq 0,05$). Зворотні статистично значущі зв'язки виявлені між організаційними чинниками стресу та якістю надання послуг ($r=-0,43$, $p\leq 0,05$).

На основі описової статистики було виділено групу АВА-фахівців, які мають високий рівень професійної компетентності та наступні характеристики: розвинені аналітичні навички, емоційну стабільність, ефективну комунікацію з батьками, здатність до рефлексії та дотримання етичних принципів.

Перспективним на майбутнє є розробка програми психологічного супроводу АВА-фахівців, спрямованої на профілактику професійного вигорання та підвищення якості надання корекційно-реабілітаційних послуг дітям з розладами аутистичного спектру.

Література:

1. Бондар В. І. Інклюзивна освіта як соціально-педагогічний феномен : монографія / В. І. Бондар, О. С. Золотоверх. — Київ : Самміт-Книга, 2019. — 304 с.
2. Журавльова Л. П. Психолого-педагогічні технології корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку : монографія / Л. П. Журавльова. — Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. — 308 с.

3. Cooper J. O. Applied behavior analysis / J. O. Cooper, T. E. Heron, W. L. Heward. — 3rd ed. — Boston : Pearson, 2020. — 742 p.
4. Fisher W. W. Empirically supported treatments for individuals with autism spectrum disorders / W. W. Fisher, C. C. Piazza, H. S. Roane // Journal of Applied Behavior Analysis. — 2019. — Vol. 52, No. 4. — P. 889-919.
5. Lovaas O. I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children / O. I. Lovaas // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2018. — Vol. 55, No. 1. — P. 3-9.

СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА НАПРЯМКИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ

Рибчинська А. М.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, або СДУГ, є однією з найпоширеніших нейророзвиткових розладів у дітей та підлітків. Це стан, який впливає на здатність дитини зосереджуватися, контролювати імпульсивність та регулювати рівень своєї активності. На жаль, часто цю особливість плутають зі звичайною дитячою неслухняністю або поганим вихованням. Однак СДУГ – це не просто "погана поведінка"; це комплексний стан, що вимагає глибокого розуміння та системного підходу.

Актуальність цієї проблеми зростає з кожним роком. Сучасний світ переповнений інформацією, вимагає від дітей швидкого переключення уваги, посидючості та організованості. Діти зі СДУГ стикаються з труднощами на кожному кроці: у школі, вдома, у спілкуванні з однолітками. Вони можуть демонструвати низьку успішність не через брак здібностей, а через неспроможність утримувати увагу на уроках або організувати свою діяльність [4]. У повсякденному житті такі діти часто здаються неслухняними, імпульсивними, що призводить до непорозумінь з батьками, вчителями та однолітками. Це, своєю чергою, формує низьку самооцінку, тривожність та інші вторинні психологічні проблеми [1].

Виклад основного матеріалу. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю характеризується трьома основними групами симптомів: дефіцитом уваги, гіперактивністю та імпульсивністю. Ці симптоми можуть проявлятися по-різному і з різною інтенсивністю у кожної дитини.

Дефіцит уваги проявляється у нездатності дитини тривалий час зосереджуватися на одному завданні. Проблема виникає тоді, коли потрібно зосередитися на монотонних або нецікавих завданнях, наприклад, на уроках у школі чи виконанні домашнього завдання. Такі діти часто відволікаються на сторонні звуки чи рухи, забувають речі, не доводять розпочаті справи до кінця [5].

Гіперактивність – це надмірна рухова активність, яка не відповідає ситуації. Гіперактивні діти постійно перебувають у русі: метушаться, бігають,

крутяться, не можуть сидіти спокійно. Навіть під час сидіння вони можуть гойдатися на стільці, хитати ногами, стукати пальцями.

Імпульсивність проявляється у нездатності дитини контролювати свої реакції та дії. Такі діти часто відповідають, не дослухавши питання до кінця, перебивають інших, діють необдуманно. Вони можуть раптово вибігти на дорогу, взяти чужу річ без дозволу або вдарити іншу дитину у відповідь на найменшу образу. Це призводить до частих конфліктів як з однолітками, так і з дорослими [2].

Корекційна робота з дітьми зі СДУГ є комплексною і вимагає злагодженої взаємодії фахівців, батьків та самої дитини.

Основні напрямки корекційної роботи:

1. Психологічна корекція та розвиток навичок саморегуляції:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей підхід допомагає дитині усвідомити свої патерни поведінки та розвинути стратегії самоконтролю

- Тренування уваги та пам'яті. Спеціальні вправи, ігри та завдання, спрямовані на розвиток концентрації уваги, обсягу уваги, здатності до її переключення та утримання.

- Навчання навичкам соціальної взаємодії. Діти зі СДУГ часто мають труднощі у спілкуванні. Психолог допомагає їм розвивати емпатію, розуміти соціальні сигнали, вчитися вирішувати конфлікти мирним шляхом та адекватно реагувати на критику.

2. Педагогічна корекція та адаптація навчального середовища:

- Структурування навчального процесу. Вчителям рекомендується розбивати великі завдання на менші, більш керовані частини. Важливо давати чіткі та короткі інструкції, використовувати візуальні опори. Надання частих, але коротких перерв також може допомогти дитині підтримувати концентрацію [4].

- Створення сприятливої атмосфери. Мінімізація відволікаючих факторів у класі. Важливо уникати зайвої критики та заохочувати будь-які успіхи дитини, підтримуючи її позитивне ставлення до навчання.

- Індивідуальний підхід. Розробка індивідуальних освітніх планів, які враховують особливості дитини зі СДУГ. Це може включати додатковий час на виконання завдань, використання альтернативних методів оцінювання.

3. Робота з батьками:

- Психосвіта. Батькам необхідно зрозуміти природу СДУГ, його прояви та особливості. Це допомагає зменшити почуття провини, роздратування та підвищити їхню компетентність у вихованні такої дитини [3].

- Навчання батьків ефективним стратегіям виховання. Це включає встановлення чітких правил та меж, використання системи заохочень та наслідків, формування рутини та режиму дня. Батькам також важливо навчитися контролювати власні емоції та зберігати спокій у стресових ситуаціях.

- Підтримка та співпраця. Організація груп підтримки для батьків, де вони можуть обмінюватися досвідом та отримувати психологічну підтримку. Співпраця батьків з психологами, педагогами та лікарями є запорукою успішної корекції.

4. Медикаментозна терапія:

У деяких випадках, особливо при виражених симптомах, може бути рекомендована медикаментозна терапія. Її призначення та контроль здійснює лікар-невролог або психіатр. Важливо, що медикаментозна терапія є лише частиною комплексного підходу і не замінює психологічну та педагогічну корекцію.

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю – це складна, але керована проблема. Це не є вироком, а скоріше особливістю розвитку, що вимагає специфічного підходу. Діти зі СДУГ, попри свої труднощі, мають значний потенціал та унікальні здібності, які можуть бути розкриті за умови належної підтримки.

Корекційна робота має бути всебічною, враховувати індивідуальні особливості кожної дитини та охоплювати різні аспекти її життя. Важливо створювати для дітей зі СДУГ підтримуюче середовище, де їх розуміють, приймають та допомагають розкрити свій потенціал. Спільні зусилля фахівців, батьків та шкільного персоналу дозволяють значно покращити якість життя дітей зі СДУГ, сприяти їхній успішній адаптації в соціумі та повноцінному розвитку. Розуміння та терпіння є ключовими елементами в роботі з такими дітьми, адже кожна дитина заслуговує на можливість успішно реалізувати себе.

Література:

1. Бертин, М. Виховання дітей зі СДУГ. Практичне керівництво для батьків. Київ: Науковий Світ, 2024. 282 с.
2. Суковський, Є. Гіперактивний розлад із дефіцитом уваги у дітей: poradnik для батьків. Львів: Левада, 2018. 144 с.
3. Уілсон, Д. К., Русс, С. В. Як приборкати тигра: Як навчити дитину керувати емоціями. Харків: Видавнича група «Основа», 2024. 192 с.
4. Файфер, Л. У. Практична когнітивно-поведінкова терапія для дітей та підлітків. Понад 200 вправ для підтримки дітей з тривожними та емоційними розладами, дітей з аутизмом та СДУГ. Київ: Науковий Світ, 2023. 278 с.
5. Хейг, Ш., Мітчел, Ф. Захопливі заняття для розвитку концентрації та самоконтролю у дітей зі СДУГ. Київ: Науковий Світ, 2025. 122 с.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ АГРЕСІЇ У ПІДЛІТКІВ НЕФОРМАЛЬНИХ ОБ'ЄДНАНЬ

Слівінський Л. О., Лазоренко Т. М., Карпич І. А

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Сучасне суспільство стикається з посиленням проявів агресії серед підлітків, що викликає занепокоєння не лише у фахівців, але й у батьків, педагогів, правоохоронців. Особливу увагу привертає агресивна поведінка молоді, яка об'єднується у неформальні групи, які часто орієнтовані на альтернативні цінності, заперечливі настрої, опозиційність до соціальних норм. У сучасній психології проблема агресивної поведінки підлітків, зокрема в контексті їхньої участі у неформальних об'єднаннях, активно досліджується як на міжнародному, так і на вітчизняному рівнях. У контексті соціально-психологічного аналізу неформальних об'єднань актуальними є дослідження

І. В. Бурачека, Н. С. Сушика, О. В. Шевченко, Н. І. Яворської [1; 2; 3; 4]. Результати цих досліджень дозволили визначити, що неформальні підліткові групи — це об'єднання, що виникають стихійно, поза межами офіційних інституцій, часто з власною символікою, нормами поведінки, ієрархією. Залежно від типу субкультури (готична, панківська, футбольні фанати, скінхеди тощо), агресія може проявлятися вербально, фізично, опосередковано або символічно [1; 2; 4]. Слід зазначити, що агресія в підлітковому віці набуває специфічних рис через кризу ідентичності, пошук самоствердження, підвищену емоційність та чутливість до соціальної оцінки. Приєднання до неформальних груп може виступати як спосіб адаптації або, навпаки, прояв дезадаптації до соціального середовища.

Мета нашого дослідження - вивчити прояви агресії у підлітків, які належать до готичної субкультури, з'ясувати причини, що зумовлюють її вираженість. З урахуванням мети дослідження нами були проведені наступні методики: методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки, методика агресивності А. Ассінгера, методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка, методика «Автопортрет». Психодіагностичне дослідження проводилося у змішаному форматі: частина респондентів проходила опитування офлайн, індивідуально або в малих групах (по 3–5 осіб); інша частина учасників брала участь у дослідженні онлайн за допомогою електронних форм Google Forms, спеціально адаптованих для кожної методики з чіткими інструкціями та контрольними запитаннями для перевірки коректності відповідей. В дослідженні приймали участь учні 9-х класів Таїровської ЗОШ та підлітки, які відносяться до неформальної течії «готів», а також у дослідженні приймали підлітки, які належать до готичної неформальної групи м. Львів, всього було 40 респондентів з них 20 представників неформальних об'єднань і 20 учнів 9-х класів.

Проведене дослідження дало змогу зробити наступні висновки:

1. Порівняльні результати діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Дарки представників готичної субкультури та учнів 9-х класів показали, що фізична агресія притаманна більш готам (55%) ніж учням 9-х класів (10%), це можна пояснити тим, що одна з причин вибору готичної субкультури це виклик суспільству через афективні реакції, хуліганство, бажання затвердитись в новому середовищі. Також вербальна агресія притаманна більш готам (50%) ніж учням 9-х класів (20%) причиною чого є протест. Було виявлено також, що відчуття провини при цьому більш притаманно учням 9-х класів (65%) ніж готам (25%) це пояснюється тим, що на представників готичної течії впливають релігійні переконання.

2. Встановлено, що результати діагностики агресивності А. Ассінгера представників готичної субкультури та учнів 9-х класів свідчать про те що агресія більш притаманна підліткам-готам (високі результати 75%), це пояснюється причинами прийняття готичної субкультури такими як відсутність мети в житті, виклик суспільству, виклик та нерозуміння в сім'ї та оточуючих. Але учні 9-х класів показали середні результати (55%), що пояснюється віковими особливостями.

3. Порівняльний аналіз дослідження самооцінки психічних станів по А. Айзенку з учнями 9-х класів та представниками готичної субкультури показали, що агресивність більш притаманна готам (35% високі показники), що пояснюється високим рівнем фрустрації (психологічний стан гнітючої напруги, тривожності, відчуття безвихідності і відчаю; виникає в ситуації, яка сприймається особою як невідворотна загроза досягненню значимої для неї мети, реалізації тій або іншій її потреби; реакцією на стан фрустрації є виникнення внутрішньої тенденції до агресивності, яка або затримується, проступаючи у вигляді дратівливості, або відкрито проривається у вигляді гніву).

4. Результати діагностики проєктивної методики «Автопортрет», підтвердили попередні результати - в 70% малюнків підлітків-готів було виявлено тенденція агресії та 54% напруженості та тривожності на відміну від учнів 9-х класів (56% - агресія, 45% - тривожність).

Таким чином, по даним дослідження було встановлено, що рівень агресії у готів вищий ніж в учнів 9-х класів, що зумовлено рядом причин, такими як вплив лідерів неформальної групи готів, хуліганство, бажання затвердитись в новому середовищі, виклик суспільству, протест, високим рівнем фрустрації та тривожності.

Література:

1. Бурачек І. В. Характеристика формальних та неформальних груп підприємства. URL:<https://conf.ztu.edu.ua/wpcontent/uploads/2021/11/143.pdf>(дата звернення: 03.04.2025).
2. Сушик Н. С. Сутність, елементи, особливості, класифікації, фактори формування субкультури підлітків: соціально-педагогічний аспект. Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. Серія «Педагогічні науки». 2012. С. 160 – 164.
3. Яворська Н. І. Вплив молодіжної субкультури на формування гендерної ідентичності підлітків: автореф.дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. «Соціальна психологія, психологія соціальної роботи». Луганськ, 2013. 19 с.

ЕМОЦІЙНА ЗРІЛІСТЬ ЯК ПРЕДИКТОР СТРЕСОСТІЙКОСТІ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Поспелова І.Д., Жежер І.М.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Анотація. Стаття зосереджена на теоретичному обґрунтуванні визначального впливу рівня емоційної зрілості на здатність матерів, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, ефективно долати хронічний психологічний стрес. Проведене дослідження переконливо доводить, що емоційна зрілість є ключовим внутрішнім ресурсом, який значною мірою обумовлює рівень стресостійкості цих жінок. Аналіз широкого спектру наукової літератури вітчизняних та зарубіжних авторів підтверджує наявність тісного та позитивного взаємозв'язку між розвинутою емоційною зрілістю та підвищеною стійкістю до стресових ситуацій. Наголошено на необхідності подальших емпіричних досліджень для вивчення цього взаємозв'язку та розробки психологічної допомоги.

Ключові слова: емоційна зрілість, стресостійкість, матері, діти з ООП, психологічна підтримка.

Постановка проблеми. Актуальність дослідження визначається, передусім тим, що експоненційне зростання кількості дітей з особливими освітніми потребами (ООП), підтверджене статистичними даними та практичним досвідом фахівців, ставить перед суспільством, освітою та, особливо, родинами, які їх виховують, безпрецедентні виклики. Це зростання не лише збільшує навантаження на існуючу систему підтримки, але й, що є ключовим для нашого дослідження, прямо корелює з погіршенням психологічного благополуччя матерів. Матері часто виступають первинними опікунами, адвокатами та головними рушійними силами у забезпеченні потреб своїх дітей, що неминуче призводить до хронічного стресу, емоційного виснаження та підвищеної вразливості до психологічних розладів.

По-друге, незважаючи на очевидну гостроту проблеми, теоретико-емпірична база досліджень, що глибоко вивчають індивідуально-психологічні особливості саме матерів дітей з ООП, залишається недостатньою. Більшість досліджень часто фокусуються на проблемах дітей або загальних аспектах сімейного функціонування. Бракує системних досліджень, які б розкривали роль емоційної зрілості як ключового ресурсу, що визначає стійкість матерів до хронічного стресу. Розуміння цих індивідуальних особливостей є критично важливим для розробки цільових та ефективних програм психологічної підтримки.

По-третє, актуальність даної проблеми є безпосередньо продиктована вимогами практики. Фахівці, які працюють з родинами, що виховують дітей з ООП (психологи, педагоги, соціальні працівники), гостро відчують потребу в диференційованому підході. Усвідомлення того, що не всі матері однаково реагують на стрес, і що їхня емоційна зрілість може бути значущим фактором, що визначає їхню здатність до стресостійкості, є ключем до надання більш персоналізованої та ефективної допомоги.

У цьому контексті важливо дослідити, чи є емоційна зрілість предиктором стресостійкості — здатності долати напружені життєві ситуації без руйнівних наслідків для психіки. Усвідомлення цього взаємозв'язку може стати підґрунтям для розробки ефективних психокорекційних програм підтримки батьків дітей з ООП.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз наукових джерел свідчить про те, що у вітчизняній та зарубіжній науковій спільноті переважна увага приділяється дослідженню особливостей розвитку, навчання та соціальної адаптації дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Значна кількість праць стосується створення інклюзивного середовища, формування навчальних програм, корекційно-розвиткових методик та психолого-педагогічної підтримки дітей з порушеннями розвитку. Водночас питання психологічного супроводу та підтримки батьків, зокрема матерів, які виховують таких дітей, вивчено менш ґрунтовно.

Серед українських науковців, які досліджували окремі аспекти взаємодії з батьками дітей з ООП, варто відзначити А. Соколову, Л. Прохоренко, О. Бабяк,

які досліджують питання психолого-педагогічного супроводу дітей з ООП [8]. Також Н. Бачуріну, В. Дмитрієву, Н. Здоровенко, Т. Ілляшенко та Т. Жук, які висвітлюють питання копінг-стратегій матерів, які виховують дітей з інвалідністю та особливості психолого-педагогічної допомоги родинам [1]. Т. Перепелюк, І. Макаренко акцентують увагу на соціально-педагогічній підтримці батьків у вихованні дітей з порушеннями розвитку [3]. М. Бевзюк, І. Орленко аналізують педагогічні особливості співпраці з батьками у системі інклюзивної освіти [8].

Однак порівняно з великою кількістю розробок, орієнтованих на дитину, методологічна база для роботи з батьками, зокрема у площині розвитку їхньої емоційної стійкості та особистісних ресурсів, залишається фрагментарною. Такий дисбаланс створює суперечність: при наявності широкого арсеналу практичних засобів підтримки дитини — недостатньо розробленими залишаються механізми зміцнення психологічного ресурсу матерів, які часто перебувають у стані хронічного емоційного виснаження, мають підвищений рівень тривожності та знижену стресостійкість.

Це визначає необхідність цілеспрямованих досліджень, що вивчають емоційну зрілість як ключовий особистісний ресурс у подоланні психологічних труднощів материнства в умовах виховання дитини з особливими потребами. Формування емоційної компетентності, розвиток навичок саморегуляції та психологічної гнучкості можуть відігравати важливу роль у підвищенні стресостійкості матерів та забезпеченні їх здатності до ефективного функціонування у складних життєвих обставинах.

Мета статті — теоретично обґрунтувати вплив рівня емоційної зрілості на здатність до подолання стресу у матерів, які виховують дітей з особливими освітніми потребами.

Виклад основного матеріалу. Народження дитини з особливими потребами дійсно є потужним психологічним стресором, який часто має довготривалий характер. Хронічне перебування в психотравмуючій ситуації не лише виснажує емоційні ресурси матері, але й може призводити до формування стійких особистісних змін, деформацій та дезадаптивних емоційних реакцій. Це може проявлятися у підвищеній тривожності, депресивних станах, емоційній нестабільності, зниженні самооцінки та погіршенні якості міжособистісних стосунків.

Замість реактивного підходу, який передбачає надання допомоги лише тоді, коли проблема вже набула значних масштабів, дослідження предикторів стресостійкості, таких як емоційна зрілість, дозволяє ідентифікувати групи ризику та розробляти проактивні стратегії підтримки, спрямовані на зміцнення їхніх ресурсів ще до виникнення серйозних проблем.

Стресостійкість визначається як здатність індивіда ефективно справлятися з напруженими або критичними ситуаціями без суттєвих порушень психоемоційної рівноваги (Р. Лазарус, С. Фолкман) [7]. Цей феномен включає когнітивні, поведінкові та емоційні механізми, які забезпечують адаптацію до несприятливих обставин.

В українській психології стресостійкість розглядається також як компонент психологічної стійкості (Сорока О. В., Мороз В. В., Мельниченко Р. К.), що охоплює мотиваційну, волюву та емоційну сфери [6]. Особливу роль у формуванні стресостійкості відіграє наявність ефективних копінг-стратегій, внутрішній локус контролю та позитивна Я-концепція (А. Бандура, 1994).

Материнство, у контексті виховання дитини з особливими освітніми потребами, має свої специфічні риси, зокрема хронічне емоційне напруження, підвищений рівень тривожності, почуття провини, соціальну ізоляцію (J. Singer, 2006; A. Gray, 2002) [2]. Багато досліджень (Л. Сюта, О. Галян, О. Ніжинська та ін.) засвідчують, що батьки дітей з порушеннями розвитку частіше зазнають емоційного виснаження, тривалого стресу, елементів вигорання, особливо у разі відсутності підтримки з боку суспільства або близького оточення [3]. За даними дослідження Н. Бачуріної, В. Дмитрієвої, Н. Здоровенко, в матерів, які виховують дітей з інвалідністю, в порівнянні з матерями практично здорових дітей частіше спостерігалася висока тривожність, агресивність та ригідність [1]. Матері таких дітей часто стикаються з емоційним вигоранням, що обумовлює необхідність формування внутрішніх ресурсів для збереження психічного здоров'я.

У цьому контексті ключовим фактором, що зумовлює стійкість до тривалого психоемоційного навантаження, виступає емоційна зрілість — як інтегральна особистісна характеристика, що передбачає здатність до саморегуляції, прийняття відповідальності, конструктивного реагування на труднощі та ефективної емоційної взаємодії. Емоційна зрілість формується на основі поєднання когнітивних, афективних і волевих компонентів, забезпечуючи особі можливість залишатися стійкою в умовах кризових або фруструючих обставин.

Емоційна зрілість є складним інтегральним конструктом, що охоплює такі компоненти, як здатність до саморегуляції, усвідомлення та прийняття власних емоцій, емпатія, толерантність до фрустрацій, відповідальність за власні реакції (Д. Гоулман, 1997; К. Роджерс, 1961) [4]. Вітчизняні автори, зокрема О. Я. Чебикін, І. Г. Павлова розглядають емоційну зрілість «як інтегративну якість особистості, що характеризує ступінь розвиненості емоційної сфери на рівні адекватності емоційного реагування в певних соціокультурних умовах» [7, с.15].

Дослідження засвідчують, що рівень емоційної зрілості матері безпосередньо впливає на стиль виховання, емоційну атмосферу в родині та ступінь залученості до терапевтичних або корекційних програм дитини (Wang & Michaels) [10]. Водночас високий рівень стресостійкості дозволяє зменшити ризик розвитку депресивних або тривожних розладів у матерів дітей з ООП (Hastings & Brown) [9].

Низка досліджень підтверджує наявність позитивної кореляції між емоційною зрілістю та стресостійкістю (Singh et al., 2015; Bar-On) [5]. Емоційно зрілі особистості частіше використовують адаптивні копінг-стратегії (рефлексія, пошук підтримки, переформатування ситуації), тоді як емоційна незрілість асоціюється з униканням або деструктивним вираженням напруги.

Таким чином, емоційна зрілість може виступати предиктором стресостійкості, знижуючи ризики психоемоційного дистресу та підвищуючи

ефективність адаптації до складних життєвих обставин, зокрема — до викликів материнства в умовах особливих потреб дитини.

Розуміння зв'язку між емоційною зрілістю та стресостійкістю може стати основою для розробки освітніх програм для майбутніх та теперішніх батьків дітей з ООП, спрямованих на розвиток їхніх емоційних компетенцій та підвищення здатності до саморегуляції та ефективного подолання стресу.

Отже, дослідження емоційної зрілості як предиктора стресостійкості матерів дітей з особливими освітніми потребами є не просто науково цікавим, але й має першочергове практичне значення для покращення якості життя цих жінок, їхніх родин та оптимізації системи психологічної підтримки в інклюзивному освітньому просторі.

Висновки. Проведене теоретичне дослідження переконливо обґрунтовує критичну значущість емоційної зрілості як ключового внутрішнього ресурсу, що визначає рівень стресостійкості матерів, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. Хронічний стрес, неминуче супроводжуваний материнством в таких умовах, здатен призводити до значних деформацій особистості та дезадаптивних емоційних реакцій. У цьому контексті, емоційна зрілість виступає не лише як фактор збереження психоемоційної рівноваги, але й як потужний предиктор здатності ефективно справлятися з тривалим психологічним навантаженням. Аналіз наукової літератури як вітчизняних, так і зарубіжних авторів підтверджує наявність тісного позитивного зв'язку між рівнем емоційної зрілості та стресостійкістю.

Отже, результати теоретичного аналізу підкреслюють нагальну потребу у подальших емпіричних дослідженнях, спрямованих на глибоке вивчення взаємозв'язку між емоційною зрілістю та стресостійкістю саме у матерів дітей з ООП. Подальші дослідження можуть бути зосереджені на виявленні конкретних компонентів емоційної зрілості, які найбільшою мірою впливають на стресостійкість, а також на розробці індивідуалізованих підходів до психологічної допомоги.

Література:

1. Бачуріна Н., Дмитрієва В., & Здоровенко Н. (2022). Копінг-стратегії матерів, які виховують дітей з інвалідністю. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. (2(7), 22-33.
2. Лазуренко О.О. До питання щодо розвитку поняття «емоційна компетентність» у психології. URL: <https://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/viewFile/370/554>
3. Перепелюк Т. Робота психолога з батьками дітей з особливими освітніми потребами. *Вісник науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки «Спеціальна та інклюзивна освіта: теорія, методика, практика»* : матеріали 10-ї Всеукр. наук.-практ. конф. (28 берез. 2024 р.). Вип. 10 / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини ; [голов. ред. І. А. Малишевська ; редкол.: Ю. А. Бондаренко, А. А. Колупаєва, О. О. Кравченко [та ін.]. Умань : Візаві. 2024. 212 с. С. 138-141.
4. Півень М.А., Свинаренко Ю.В. Структурна організація ціннісно-смислової сфери особистості студентів технічного ЗВО з різним рівнем емоційної зрілості. *«Молодий вчений»* № 5 (81). 2020 р. 329-333.
5. Півень М.А. Структурні особливості емоційної зрілості особистості : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Харків. 2017. 18 с.

6. Сорока, О. В. , Мороз, В. В. , Мельниченко, Р. К. (2018) Стресостійкість майбутніх учителів біології. *Реалізація наступності в природничій освіті: реалії та перспективи: збірник науково-методичних праць*. С. 200-203.
7. Чебикін О.Я., Павлова І.Г. Становлення емоційної зрілості особистості. Одеса: СВД Черкасов, 2009. 238с.
8. Ярмолюк О. Зміст психолого-педагогічної роботи з батьками дітей з ООП. *Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами : матеріали III-ї Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю (25-26 квітня 2024 р., м. Полтава) / ДЗ «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка»*. Полтава, 2024. 107 с. С. 99-104.
9. Hastings, R. P., Brown, T. (2002). Coping strategies and the impact of challenging behavior on burnout in special education teachers. *Mental Retardation*, 40 (2), 148–156. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0148:CSATIO>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0148:CSATIO>2.0.CO;2)
10. Wang, Peishi & Michaels, Craig. (2010). Chinese Families of Children With Severe Disabilities: Family Needs and Available Support. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 34. 10.2511/rpsd.34.2.21.

СІМЕЙНИЙ ВПЛИВ У ДИТИНСТВІ ЯК ЧИННИК ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

Томашевська Ю.Б., Бабаян Ю.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Сім'я виконує роль опори для людини в складних життєвих ситуаціях. Вона відіграє ключову роль у формуванні духовних, соціальних, релігійних і світоглядних переконань особистості. Як мікросоціальне середовище, родина має виняткове значення у процесі становлення індивіда та його соціалізації.

Водночас науковці зазначають, що вплив сім'ї в ранньому віці може стати чинником виникнення психічних порушень у дорослому житті. Особливість родинної соціалізації полягає в тому, що перебування дитини в атмосфері любові та прийняття дозволяє їй розширити власні можливості. Саме в такому середовищі можна закласти основу для здорової психіки – через турботу, взаємоповагу, підтримку й довіру. Натомість негативне ставлення, непослідовність у вихованні, некоректна поведінка батьків можуть спричинити глибокі емоційні травми. У відповідь на це дитина може втратити мотивацію до діяльності, що не приносить їй успіху, або відмовитися від засвоєння соціальних норм. У таких випадках виникає ризик психологічної ізоляції та порушення адаптації в колективі чи навіть у родинному колі.

Наукова спільнота приділяє значну увагу вивченню впливу сімейного середовища на розвиток особистості (А. Адлер, Е. Еріксон, З. Фройд, К. Юнг, Дж. Боулбі, Д. Віннікотт, Е. Берн, Р. Бернс, Г. Костюк, С. Максименко, А. Люблінська, М. Лісіна та ін.).

Зокрема, А. Адлер, представник індивідуальної психології, наголошував, що саме ранні дитячі переживання мають вирішальне значення для формування життєвого стилю особистості. Він вважав, що родина може бути як джерелом глибоких психічних травм, так і потужним ресурсом для розвитку. Залежно від того, якою є сімейна атмосфера – довірливою й підтримувальною чи напруженою

й суперницькою – дитина демонструватиме або активну, конструктивну поведінку, або деструктивну реакцію на відчуття неповноцінності [1, с. 119].

Вартий уваги експеримент А. Бандури «Лялька Бобо», проведений у 1960-х роках, який наочно довів: діти найчастіше копіюють не те, що чують, а те, що бачать. Поведінка дорослих, а не їхні слова, слугує головним прикладом для наслідування. Отже, усвідомлюючи свій вплив, батьки здатні змінити повторення травматичних сценаріїв, якщо визнають причини власних помилок [4, с. 62].

У книзі Д. Джексона «Зламане дитинство. Як наша біографія стає нашою біологією» міститься важлива думка: дитячі роки мають величезний потенціал для зцілення, коли поряд є хтось, хто щиро вірить у дитину. Автор також зазначає, що фізичне та психічне здоров'я дитини пов'язане з емоційним станом матері, а невідповідність між вчинками батьків і їхніми внутрішніми цінностями може негативно впливати на дитину.

Біографія американської дослідниці В. Сатир ілюструє цей зв'язок: у ранньому віці вона ледь не померла на тлі сімейної кризи, що свідчить про тісну взаємодію між психоемоційним середовищем і фізичним здоров'ям дитини. У наступній своїй праці «Уламки дитячих травм» Д. Джексон наголошує: не всі психологічні рани загоює час, деякі з них залишають слід на все життя, трансформуючись у фізіологічні прояви.

Сім'я формує базу для сприйняття світу ще на початку життя дитини. Саме тому виховання в цей період має найбільшу силу. Перші враження залишаються в пам'яті на довгі роки, незалежно від того, чи вони позитивні, чи негативні. Якщо дитина з раннього віку спостерігає брехню з боку дорослих, це стає її нормою й у дорослому віці. Малюки схильні до наслідування, бо ще не мають достатньо знань і досвіду, щоб самостійно оцінювати ситуації. Тому саме поведінка батьків є вирішальним чинником у вихованні: якщо дорослі прагнуть прищепити чесність, але самі поводяться нещиро – ефективність їхніх зусиль буде зведена нанівець. Якщо батьки вчитимуть дитину з перших років її життя смітити на вулиці, знущатися з тварин, то дитина і в зрілому віці буде жорстокою і безкультурною.

Якщо батько або мати намагаються виховати в своїх дітей такі якості, як дисциплінованість і організованість, ввічливість і повагу до старших, а самі не мають цих якостей, то їхня виховна робота не дасть потрібних наслідків. Це пояснюється тим, що у дитини ще не сформований внутрішній план дій, і будь-який дитячий учинок продиктований прикладом батьків. Тому в ситуації, коли дорослі повчають дитину і дають їй певні настанови, а самі не їх дотримуються, у дитини виникає когнітивний дисонанс і втрата точок опори.

Не можна залишати поза увагою підлітковий вік, що є одним із найскладніших етапів у розвитку особистості. Цей період характеризується інтенсивними внутрішніми трансформаціями, частими конфліктами з оточенням, максималізмом, сплесками емоцій і прагненням до незалежності. Саме тому особливо важливо, щоб батьки з розумінням, витримкою й високим рівнем емпатії ставилися до своїх дітей. Ключовими принципами взаємодії в цей час мають стати безумовне прийняття, відкритий діалог, готовність до прощення й підтримки.

Коли в родині панує атмосфера взаємної поваги, коли дорослі вміють не лише говорити, а й слухати, це створює міцний емоційний фундамент. Дитина починає сприймати родину як справжню цінність, а батьків – як найближчих і найдорожчих людей. Саме така емоційна база дозволяє формувати зрілу, емоційно стабільну особистість, яка здатна брати на себе відповідальність, ухвалювати самостійні рішення та свідомо вибудовувати своє майбутнє.

Якщо підліток у складні періоди свого життя відчуває підтримку й любов, це стає основою не лише для гармонійного розвитку, а й для подальшого професійного самовизначення та побудови власної здорової родини. Таким чином, одна з ключових функцій родини полягає у вмінні бути поруч, слухати й розуміти, ділитися теплом і приймати дитину навіть у момент її слабкості або протесту. Саме через таке емоційно зріле спілкування народжується довіра та відчуття безпеки.

Австрійський психотерапевт А. Адлер звертав увагу на особливий тип виховної поведінки – надмірну тривожність матері, що виявляється через гіперопіку. Такий стиль виховання суттєво обмежує ініціативу дитини, її впевненість у власних силах, формує залежність і вразливість.

Дослідники зазначають, що матері дітей із невротичними розладами часто мають підвищений рівень тривожності, нерішучість, поєднані з емоційною черствістю, схильністю до конфліктів, надмірною вимогливістю. У свою чергу, батьки в таких сім'ях зазвичай демонструють пасивність, м'якість і знижений емоційний тонус, що не забезпечує дитині необхідної підтримки.

Негативно на процес виховання впливають також інші особистісні якості батьків – зокрема домінантність, авторитарність, прагнення до тотального контролю й підкорення. Часто це супроводжується завищеними очікуваннями, що не відповідають реальним можливостям дитини, і призводить до хронічного почуття невдачі та заниженої самооцінки. У деяких випадках спрацьовує механізм психологічної проекції: батьки, не усвідомлюючи власних внутрішніх конфліктів, проєктують їх на дитину, намагаючись викорінити в ній ті якості, які не приймають у собі. Таке ставлення нерідко переходить у форму емоційного відторгнення або ж прихованої неприязні, що маскується гіперопікою.

Як наслідок, діти, позбавлені справжньої уваги, переживають стан сенсорної та емоційної депривації. Це може проявлятися в інфантильності, труднощах із саморегуляцією, слабкому розвитку емпатії та вищих почуттів. Деякі дослідники називають такий стан «сенсорним голодом», що в майбутньому може спричинити труднощі у формуванні стійких міжособистісних зв'язків.

У цьому контексті варті уваги й дослідження американських науковців С. Хейзен і Ф. Шейвера, які адаптували теорію прив'язаності Дж. Боулбі для аналізу стосунків дорослих. Вони довели, що моделі прив'язаності, які формуються в ранньому дитинстві, безпосередньо впливають на емоційні зв'язки в дорослому житті. Люди з «тривожним» або «уникаючим» типом прив'язаності часто відтворюють ті самі поведінкові патерни, які виникли внаслідок недостатньої уваги з боку батьків або через їхню емоційну недоступність.

Цікаво, що навіть незначна ситуація – наприклад, коли хтось не привітався – може стати тригером для таких людей, викликавши відчуття покинутості, знайоме ще з дитинства.

Те саме стосується й «ефекту погладжування», про який писали Е. Берн і М. Кляйн. Вони стверджували, що сенсорна депривація в дитинстві може мати настільки серйозні наслідки, що навіть провокує розвиток тимчасового психозу в дорослому віці. Саме тому дорослі, які в дитинстві були емоційно позбавлені підтримки, особливо гостро потребують позитивного зворотного зв'язку – у вигляді теплих слів, компліментів, похвали, визнання. Це ті форми емоційного контакту, які недоотримала їхня внутрішня дитина.

Дійсно, сімейний вплив у дитинстві є чинником виникнення психічних розладів у дорослому віці. Так, наприклад, А. Грін запропонував поняття «Мертва матір». Йдеться про таких матерів, які емоційно відособлені та відсторонені від дітей. Саме такі матері часто провокують розвиток нарцисичного розладу особистості і різних психопатій. Яскравим прикладом слугує шокуюча біографія серійного вбивці Теда Банді, який мав високий рівень інтелекту, привабливу зовнішність, але через неблагополучне дитинство став на криву доріжку.

Отже, кожна родина, спираючись на власні традиції, цінності та життєвий наратив, має формуватися як згуртована, емоційно здорова спільнота, об'єднана взаємною любов'ю, розумінням і підтримкою. Саме така атмосфера є сприятливою для всебічного розвитку та самореалізації дитини. Повноцінна сім'я, в якій поважають індивідуальність кожного її члена, слугує фундаментом щасливого дитинства і гармонійної юності, віддзеркалюючи зрілу моральну позицію батьків і забезпечуючи сталий психологічний розвиток особистості.

Література:

1. Наказава Д. Д. Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це зупинити. Київ. «Форс». 2019, 336 с.
2. Ришель Нор. У світі чудовиськ з Андре Гріном. Львів. 2020. 230 с.
3. Adller A. Studie uber. Niderwertigiceil von Organen. Munchen, 1927.
4. Bandura A., Walters R.H. Adolescent Agression. N.Y., 1959.
5. Bowlby J. Family interaction in disturbed and normal families: a methodological and substantive review. *Psychological Bull.* 1975. № 1. P. 33-65.
6. Klein M. Psycho-Analysis of children. Penguin Random House, 2019.
7. Popenoe David. Disturbing the Nest Family Change and Decline in Modern Societies. New York Aldine de Gruyter, 1988.

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ У ДИТИНСТВІ НА РОЗВИТОК ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

Тума С. М., Шевченко Р. П.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема впливу несприятливих життєвих подій у дитячому віці (Adverse Childhood Experiences — ACEs) на психічне здоров'я дорослої людини останніми десятиліттями активно досліджується в контексті міждисциплінарної науки.

Несприятливі події включають емоційне, фізичне або сексуальне насильство, нехтування, розлучення батьків, психічну хворобу одного з членів родини, залежності, утрату близьких чи життя в умовах хронічної соціальної нестабільності.

Мета дослідження — аналіз впливу ACEs на виникнення психічних розладів у дорослому віці та виявлення ефективних психотерапевтичних механізмів подолання наслідків дитячої психологічної травматизації.

Об'єкт дослідження — несприятливі життєві події у дитячому віці.

Предмет дослідження — психологічні механізми впливу несприятливих життєвих подій у дитинстві на розвиток психічних розладів у дорослому віці, зокрема роль дисфункційних переконань і можливості їх психотерапевтичної корекції.

Дослідження V. Felitti та співробітників (1998) показало, що особи з чотирма і більше випадками ACEs мають істотно вищий ризик розвитку депресії, тривожних розладів, зловживання психоактивними речовинами, суїцидальної поведінки. ACEs асоціюються також з розвитком ПТСР, ОКР, біполярного афективного розладу, дисоціативних та соматоформних розладів.

Вітчизняні дослідження (Іванова М.А., Карпенко О.М., Власенко О.Г.) підтверджують той факт, що в Україні спостерігається зростання випадків тривожних і депресивних розладів серед молоді, які пов'язані з пережитими психологічними травмами в дитинстві. Суттєвою особливістю є зниження віку першого звернення до психолога чи психотерапевта.

Механізми впливу ACEs реалізуються через нейрофізіологічні зміни (гіперактивація НРА-осі), порушення в роботі дофамінергічної та серотонінергічної систем, формування дисфункційних переконань («Я нікому не потрібен», «Світ небезпечний», «Я недостатньо хороший»), негативних автоматичних думок, емоційної дезрегуляції.

Дисфункційні переконання, сформовані в дитинстві, діють як стабільні фільтри сприйняття реальності в дорослому віці. Вони обумовлюють низьку самооцінку, схильність до самозвинувачення, тривожну прив'язаність, нездатність до побудови довірливих стосунків. Наприклад, переконання «Мене залишать» може формувати страх близькості та призводити до повторюваних деструктивних взаємин. Переконання «Я не вартий любові» часто пов'язане з депресивною симптоматикою та соціальним уникненням. У дорослому віці такі особи мають знижений поріг стресостійкості, схильність до унікальної поведінки, гіпервігілантність, афективну нестабільність, проблеми у стосунках, частіше демонструють тривожно-депресивну симптоматику, залежну поведінку, а також психосоматичні скарги.

Провідним методом терапії наслідків ACEs визнано когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Її ефективність підтверджена у низці міжнародних (Beck J.S., Barlow D.H.) та українських досліджень. КПТ дозволяє виявити та модифікувати автоматичні думки, реструктурувати глибинні переконання, стабілізувати емоційний стан та навчити нових моделей реагування.

Серед інших доказових методів терапії, які демонструють ефективність у роботі з наслідками ACEs, варто зазначити:

- Схема-терапію (Young J.E.) — спрямована на роботу з глибинними життєвими схемами та стилями копінгу;
- EMDR (десенсибілізація та репроцесінг рухами очей — Shapiro F.) — дає змогу переробити травматичну інформацію;
- Тілесно-орієнтовану терапію — допомагає вивільнити травму, що «застрягла» в тілі;
- Майндфулнес-підходи — сприяють стабілізації емоційного стану та розвитку усвідомленості;
- Діалектико-поведінкова терапія (DBT) — особливо ефективна для осіб з емоційною нестабільністю;
- Терапія прийняття і відповідальності (ACT) — фокусується на прийнятті внутрішнього досвіду та формуванні ціннісної поведінки.

Порівняльний аналіз психотерапевтичних підходів при роботі з наслідками ACEs

Підхід	Основна ідея	Ключові техніки	Переваги	Обмеження
КПТ (CBT)	Зміна дисфункційних думок і поведінки	Когнітивна реструктуризація, експозиція	Емпірично підтверджена ефективність, структурованість	Може бути менш ефективною при складних травмах
Схема-терапія	Робота з глибинними схемами з дитинства	Виявлення схем, переписування патернів	Підходить при хронічних розладах, глибока робота	Потребує тривалої терапії
EMDR	Переробка травматичного досвіду	Десенсибілізація рухами очей	Швидка дія при ПТСР, мало вербалізації	Потребує спеціалізованої підготовки терапевта
ACT	Прийняття досвіду та орієнтація на цінності	Техніки розфокусування, метафори, майндфулнес	Підвищує психологічну гнучкість	Може бути складною для раціональних клієнтів
DBT	Регуляція емоцій, прийняття себе	Техніки толерантності до стресу, навички ефективної комунікації	Ефективна при емоційній нестабільності	Високі вимоги до клієнта, структурована програма
Тілесно-орієнтована терапія	Робота з тілесною пам'яттю травми	Дихальні техніки, вправи заземлення	Допомагає вивільнити пригнічену енергію	Менше доказової бази, суб'єктивність ефекту

Узагальнюючи дані, ми можемо дійти до таких висновків, що порівняльний аналіз сучасних психотерапевтичних методів, які застосовуються для роботи з

наслідками несприятливих життєвих подій у дитинстві, свідчить про відсутність універсального підходу, який був би однаково ефективним для всіх клієнтів.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) залишається найбільш структурованим і емпірично підтвердженим методом, проте при глибоких дитячих травмах більш ефективними можуть бути підходи, орієнтовані на глибинні схеми (схема-терапія) або тілесну пам'ять (тілесно-орієнтована терапія).

Методи АСТ та DBT розширюють можливості терапевтичного втручання завдяки фокусу на цінностях, прийнятті досвіду та розвитку емоційної регуляції. EMDR, у свою чергу, демонструє швидку ефективність при роботі з ПТСР, проте потребує спеціалізованої підготовки.

Таким чином, вибір терапевтичного підходу має ґрунтуватися на глибокій діагностиці, особливостях особистості клієнта та природі пережитих ним травм. Комплексний, індивідуалізований підхід, що поєднує кілька методик, є найбільш доцільним при роботі з наслідками ACEs.

Література:

1. Felitti, V. J., Anda, R. F., et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
2. Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press.
3. Teicher, M. H., Samson, J. A. (2016). Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266.
4. Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
5. Іванова, М. А. Психотерапевтична допомога особам з ПТСР: міжнародний та український досвід. *Актуальні проблеми клінічної психології*. 2021. 15, 103–110.
6. Карпенко, О. М. Когнітивно-поведінкові механізми формування афективних порушень у молоді з досвідом дитячої травматизації. *Наука і оборона*. 2020. 2(7), 89–94.
7. Власенко, О. Г. Вплив соціально-психологічної дезадаптації на виникнення тривожних розладів у підлітків. *Психологічний журнал*. 2022. 3(15), 117–123.
8. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press.
9. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.

ОСОБЛИВОСТІ НЕВЕРБАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ДІТЕЙ З ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ (ЗПР) ТА ЇЇ ЕВОЛЮЦІЯ

Федоренко Н.В., Венгер Г.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення невербальної комунікації є надзвичайно актуальною у контексті спілкування дітей із затримкою психічного розвитку(ЗПР), оскільки

вона дає можливість компенсувати мовленнєві труднощі та сприяє ефективній соціальній взаємодії. Аналіз особливостей невербальної поведінки цих дітей дозволяє створити дієві методи обробки інформації. Важливо зазначити, що невербальна комунікація може виступати альтернативним способом вираження емоцій у випадках, коли мовленнєві навички ще не досягли достатнього рівня розвитку. Впровадження інтерактивних технологій сприяє формуванню комунікативних здібностей у дітей з затримкою психічного розвитку(ЗПР). Корекційні заняття, які використовують невербальні засоби комунікації, такі як жести́ва мова, піктограми та інші методи, є надзвичайно важливими[11] [12].

У сучасному підході до вивчення комунікативного розвитку осіб з особливими освітніми потребами (ООП), особлива увага приділяється невербальній комунікації. Проведені дослідження І.В.Мартиненко, А.М. Омельченко, О.Тучак, свідчать про важливість використання жестів, міміки, зорового контакту та інших невербальних засобів у формуванні комунікативної поведінки дітей із затримкою психічного розвитку(ЗПР) [8] [12].

З власного досвіду можу зазначити, що порушення комунікації найчастіше проявляється в період активного розвитку дитини і розвитку мови, найчастіше у дошкільному віці 2-5 років, коли дитина починає говорити фразами. Однак тривожні сигнали можуть з'явитися ще у немовлят, проявляється відсутністю зорового контакту, байдужістю до іграшок чи уникнення фізичного контакту з дорослим. Подібні прояви свідчать про ризики у розвитку соціальної взаємодії. Може проявлятися і в перші місяці життя новонародженого. Особливо критичним є періоди 6-7 років та підлітковий вік, коли зростає потреба в ефективному спілкуванні. Вчасна корекція через спеціальні методики невербальної комунікації є запорукою покращення, як мовного так і соціального розвитку дитини.

Мета нашої статті полягала в визначенні невербальної комунікації дітей з затримкою психічного розвитку(ЗПР), та дослідженні її еволюції в контексті соціалізації й комунікативного розвитку.

Об'єкт дослідження: Процес комунікативної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку.

Предмет дослідження: невербальна комунікація, як засіб комунікації дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР).

Клінічні аспекти психологічного розвитку дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) охоплюють, як неврологічні так і психолого-педагогічні особливості. Дослідження показують, що таких дітей часто спостерігається знижений рівень когнітивного розвитку, емоційно вольові порушення та труднощі у сприйнятті та обробці інформації[7].

Важливо враховувати, що невербальна комунікація може бути альтернативним способом вираження емоцій, коли мовленнєві навички недостатньо розвинені.

Крім того, психодіагностичні методи дозволяють виявити рівень комунікативних порушень і визначити ефективні шляхи корекції [3].

Слід зазначити, що ефективна соціальна адаптація дітей із затримкою психічного розвитку(ЗПР) можлива завдяки застосуванню спеціальних методів реабілітації, які включають розвиток жестової та мімічної експресії, використання альтернативних способів комунікації та залучення до спільної діяльності з однолітками[3].

Як ми бачимо в інклюзивному освітньому середовищі важливо застосовувати інтегровані підходи, що сприяють розвитку соціальних навичок дітей. Зокрема, сучасні програми розвитку пробачають застосування інтерактивних технологій, що сприяють розвитку дітей із затримкою психічного розвитку встановлювати невербальний контакт через ігрові форми навчання[9] [4].

Важливим аспектом роботи з дітьми із затримкою психічного розвитку(ЗПР) є психосоціальні інтервенції, спрямовані на розвиток їх комунікативних здібностей. Корекційні заняття з використанням невербальних засобів комунікації, таких як жести мови, піктограми та візуальні підказки, які значно покращують їх взаємодію з оточуючими[7]. Дослідження показують, що регулярна корекційно-розвиваюча робота позитивно впливає на когнітивний розвиток та емоційну стабільність дітей[6].

Адаптація дітей із затримкою психічного розвитку вимагає комплексного підходу, що включає роботу психологів, педагогів і батьків. Важливим фактором успішної адаптації є впровадження програм розвитку, які враховують особливості невербальної комунікації, наприклад, методики моделювання поведінки, рольові ігри та візуальна підтримка [1]. Дослідження також свідчать про значну роль вокальної активності в процесі розвитку невербальних засобів спілкування.

Важливими складовими корекційної роботи є психологічна діагностика та індивідуальні програми розвитку, які враховують особливості кожної дитини[5] [2].

Виходячи з сучасних досліджень, розвиток невербальної комунікації у дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) є важливим аспектом їхньої соціалізації та когнітивного розвитку. Аналіз дослідження літератури показує, що використання спеціалізованих методик, зокрема жестової мови, піктограм та візуальних підказок, сприяє покращенню їхніх комунікативних навичок. Крім того, застосування корекційно-розвивальних програм, орієнтованих на невербальну

комунікацію, яка забезпечує підвищення рівня адаптації дітей у соціальному середовищі.

Сучасні психолого-педагогічні підходи до навчання дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) акцентують увагу на важливості комплексної роботи фахівців, що охоплює корекційні, соціальні та педагогічні аспекти. Використання інклюзивних методик та індивідуального підходу сприяє максимальному розкриттю потенціалу цих дітей та їхній ефективній інтеграції в суспільство.

Література:

1. Білоус Р. М., Брага С. Ю. Психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку. International scientific-practical conference «Ideas of academician Vernadskyi and problems of sustainable development of education and science». 2021. Том 19. С. 28. DOI: <https://doi.org/10.30929/2079.vern.2021.28>
2. Foster C., Susan H. An Introduction to Child Language Development. London: Routledge, 2014. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315844893>
3. Kalmykova L. O. Ontogenesis of the vocal activity of children of the sixth year of life. In: Kyuchukov H. (Ed.). Acquisition of Slavic Languages. Munich: Lincom, 2015. P. 29–53.
4. Коротенко В. І. Психологічна діагностика інтелектуальних порушень. Комплекс методик. Київ, 2021. 199 с.
5. Марковська І. Затримка психічного розвитку (клініконейропсихологічна діагностика). Київ: Компенс-Центр, 2021. 144 с.
6. Мірошник І., Сідун А. Зміст корекційно-розвивальної роботи з молодшими школярами з особливими освітніми потребами. Молодий вчений. 2021. № 11 (99). С. 50–52. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-11-99-11>
7. Програма розвитку дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку від 3 до 7 років “Віконечко”. Київ: Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2018. С. 6–152.
8. Омельченко І. М. Психолого-педагогічні аспекти розвитку дітей з особливими освітніми потребами : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.03. Київ : ІСП імені М. Ярмаченка НАПН України, 2019. 40 с.
9. Тучак О. В. Психолого-педагогічна корекція затримки психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку засобами рухової діяльності : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03. Херсон : ХДУ, 2018. 210 с.
10. Супрун М. О., Герасимова І. О., Ващенко Л. С. та ін. Психолого-педагогічні засади технологій супроводу дітей з особливими освітніми потребами. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2020. 240 с.
11. Семенцова О. М. Теоретичні уявлення про затримку психічного розвитку та визначення напрямків корекційної допомоги дітям в умовах інклюзивної освіти. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та психологія. 2019. Вип. 37. С. 111–120.
12. Мартиненко І. В. Особливості комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення. Київ : ДІА, 2016. 192 с.

STRUCTURE AND METHODOLOGICAL FRAMEWORK OF THE STUDY OF EMOTIONAL INTELLIGENCE AND PROFESSIONAL SELF- DETERMINATION

S. B. Sorochynska

The aim of the empirical part of the study is to test the hypothesis regarding the existence of a relationship between the level of emotional intelligence and the degree of professional self-determination among students pursuing higher education in the specialty "Psychology." To achieve this goal, a set of psychodiagnostic methods was selected to provide valid measurement of the mentioned psychological constructs. The main instruments include:

- emotional Intelligence Questionnaire "EmIn";
- methodology "Types of Psychologist Professions";
- methodology "Professional Self-Improvement of a Psychologist."

In addition to psychometric tools, qualitative methods such as observation and interview were used in the research process. These complemented the quantitative results with a qualitative analysis of the characteristics under study. A brief description of the applied methods, their diagnostic parameters, and specifics of use in the context of empirical research is provided below.

The study used a number of psychodiagnostic techniques, among them the "EmIn" Emotional Intelligence Questionnaire, developed on the basis of a mixed approach to understanding this phenomenon. The conceptual model distinguishes between intrapersonal and interpersonal components, encompassing the ability to recognize, interpret, and regulate both one's own emotions and the emotions of others. The diagnostic tool includes a limited number of statements with fixed response options, enabling quantitative assessment of the general level of emotional awareness and regulatory abilities of the respondents.

The assessment of emotional intelligence is carried out using four integral scales, each with several subscales, aimed at measuring specific aspects of the emotional sphere. These include:

- the interpersonal component, characterizing the ability to recognize and regulate emotional expressions of others;
- the intrapersonal component, reflecting the ability to recognize and manage one's own emotions;
- general understanding of emotions, i.e., the ability to interpret emotional states regardless of their source;
- emotional regulation as the ability to purposefully manage emotions in various social situations.

Each scale of the "EmIn" questionnaire includes conditional levels of the studied characteristics (low, medium, high), allowing differentiated interpretation of the results [2].

The instrument includes several subscales that detail specific components of emotional intelligence:

1. The first subscale assesses the ability to interpret others' emotional states based on non-verbal cues (facial expressions, intonation, gestures) and overall emotional sensitivity to social context;
2. The second subscale measures the ability to influence others' emotional states – evoking desired emotions or reducing undesirable affective reactions;
3. The third subscale determines the capacity for internal regulation – managing one's own emotions and maintaining a desired emotional background;
4. The fourth subscale evaluates the control of emotional expression – managing external manifestations of affect [3].

An integral index of emotional intelligence is calculated based on the combined results across these parameters. Interpretation is conducted using a five-level scale, which makes it possible to determine the general development of emotional-reflective and regulatory skills of the individual.

According to analytical conclusions based on the "EmIn" questionnaire, the tool allows for a comprehensive understanding of the individual's emotional development level. This is ensured by simultaneously accounting for both intrapersonal traits and parameters reflecting the effectiveness of emotional interaction in interpersonal contexts.

The "Types of Psychologist Professions" methodology, developed in 2009, is based on the conceptual differentiation of the main professional orientations within the psychological field. It identifies three generalized professional directions: practical activity, scientific-research work, and educational-pedagogical sphere. This approach makes it possible to diagnose the dominant professional orientation of future psychology professionals [1].

The method allows diagnosing the level of professional self-determination concerning different activity areas in psychology, categorized as high (defined), medium (undefined), and zero levels of orientation.

The tool includes a two-component structure. The first part consists of fifteen dichotomous statements describing various types of professional activity within the psychology field. The respondent selects the option that best corresponds to their view of future professional realization. The second part includes questions with fixed answers concerning the desired professional identity: teacher, researcher, practitioner, or activity outside the specialty. Selection of the latter is interpreted as a lack of professional self-determination within the chosen educational trajectory [4].

The level of professional self-determination in different types of psychological activity is determined through quantitative analysis of results on scales corresponding to the three professional orientations. The key criterion is the predominance of scores in one of the directions, indicating a clearly expressed professional orientation.

The next stage involves comparing these results with the respondent's answer in the second part of the method, which records a conscious perception of the desired career path. The correlation between objective indicators and subjective opinion may be complete, partial, or absent, allowing conclusions about the alignment between real professional inclinations and personal aspirations.

The "Types of Psychologist Professions" methodology is of high practical value in professional diagnostics and has no direct analog in modern psychodiagnostic tools.

The final psychodiagnostic method, "Professional Self-Improvement of a Psychologist," is an author-developed tool designed to assess the general level of professional self-determination in students of psychological disciplines. Unlike methods focusing on identifying a dominant professional direction, this one aims to study the individual's overall activity in the process of professional formation [6].

Each of the self-improvement strategies presented in the method correlates with specific forms of educational-professional activity that promote the development of professional identity. Particular attention is given to the regulatory-behavioral component of self-determination, which reflects the practical implementation of professional intentions in everyday educational activity.

The stimulus block of the "Professional Self-Improvement of a Psychologist" methodology consists of twelve statements representing various forms of educational-professional activity directed at self-improvement within the chosen specialty. Respondents answer using a dichotomous scale ("Yes" / "No"), which ensures ease of interpretation and standardization of results [5].

Based on the total number of positive answers, the level of professional self-determination is determined. The interpretation scale includes three levels: low (1–4 points), medium (5–8 points), and high (9–12 points), allowing for a differentiated evaluation of the degree of professional involvement among psychology students.

The procedures of approbation, validation, and standardization of the latter two methods were conducted on a sample of psychology students of various academic levels within a higher pedagogical institution, indicating a sufficient level of reliability and suitability for practical application.

The empirical research was carried out in several successive stages. During the preparatory stage, theoretical foundations were established, the research hypothesis and objectives were specified, organizational aspects were defined, appropriate psychodiagnostic tools were selected, and the necessary materials for the survey were prepared. The next stage involved administering tests to respondents to collect data. Upon completion of data collection, quantitative processing and preliminary analysis of the results were carried out. The final stage involved interpreting the obtained data and formulating generalized conclusions based on empirical observations.

References

1. Вірна Ж.П., Брагіна К.І. Емоційний інтелект у смисловому локусі професіоналізації особистості. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць ДВНЗ «Запорізький національний університет» та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України* / за ред. С.Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. Запоріжжя: ЗНУ, 2015. No 2 (8). С. 38-43.
2. Грицюк І.М. Соціальний потенціал особистості: Емоційний інтелект у професійному самовизначенні. *Вісник Одеського Національного університету*. 2009. Т. XIV. Вип. 17. Психологія. С.189 – 195
3. Емоційний інтелект як чинник розвитку професійного самовизначення майбутнього психолога. *Матеріали студентської наукової конференції НУКМА*. Київ, 2024. С. 55–60.
4. Собченко О.М. Здібності у структурі емоційного інтелекту як фактор формування особистості. *Наука. Релігія. Суспільство*. 2010. No 4. С.84-87.

5. Cherry M. G.; Fletcher I.; O'Sullivan H.; Dornan T. Emotional intelligence in medical education: A critical review. *Medical Education*. 2014. Vol. 48, № 5. P. 468–478.
6. Qi H.; Li Y.; Zhu R.; et al. Emotional intelligence moderated the mediating effect of professional identity between social support and psychological well-being among pre-service teachers. *Scientific Reports*. 2025. Vol. 15. Art. № 13107.

Секція VI.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ: ЄВРОПЕЙСЬКІ ПРАКТИКИ ТА ДОСВІД УКРАЇНИ

ДИЗАДАПТОВАНІСТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

Андрійченко А.Г., Мельничук І.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У статті розглядається проблема психічної дезадаптації військовослужбовців, які зазнали посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у результаті участі у військових діях. Проаналізовано основні прояви ПТСР у контексті дезадаптації, що негативно впливають на функціонування військовослужбовців у мирному житті [1; 5]. Особливу увагу приділено комплексному підходу до реабілітації, який включає психологічну, соціальну та нейропсихологічну підтримку [2; 4; 7]. Запропоновано практичні рекомендації щодо реабілітаційної роботи з цією категорією осіб [6; 9].

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, військовослужбовці, дезадаптація, реабілітація, психотерапія, ПТСР.

Проблема вивчення дезадаптованості військовослужбовців із проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в умовах військових дій набуває особливої актуальності в сучасних реаліях України. Внаслідок інтенсивного бойового досвіду, постійної загрози життю, втрати побратимів та психологічного виснаження значна частина військовослужбовців повертається до мирного життя з глибокими психотравмами [1; 5]. Ці стани нерідко призводять до вираженої дезадаптації — втрати здатності ефективно функціонувати в соціальному, професійному та міжособистісному середовищі [3; 8]. Психологічна дезадаптація, що супроводжується агресією, ізоляцією, тривожністю або депресією, погіршує якість життя ветеранів і ускладнює їхнє повернення до цивільного суспільства [2; 7].

Окрім індивідуальних психологічних труднощів, вивчення цієї проблеми ускладнюється відсутністю системної державної програми реабілітації, нестачею спеціалістів, адаптованих терапевтичних протоколів, а також суспільним нерозумінням глибини посттравматичних переживань [6; 10]. Наукова і практична значущість цієї проблеми полягає у необхідності розробки

комплексних підходів до реабілітації, які б поєднували психологічну, медичну, соціальну та нейропсихологічну допомогу, враховуючи індивідуальні особливості психіки військовослужбовців [4; 9].

Згідно аналізу останніх досліджень і публікацій, тему ПТСР у військових неодноразово розглядали такі дослідники, як В.І. Гаврилюк, Н.М. Пилипюк, С.В. Кавун [1; 2], які акцентують увагу на важкості перебігу ПТСР і тривалості відновлення. За даними Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), ПТСР є серйозним розладом, що вимагає комплексного лікування [3]. У працях О.І. Донченка [4] та І.М. Тітенка [5] описано ефективність психотерапевтичних підходів у роботі з ветеранами.

Проте, у вітчизняній науковій площині досі бракує системного аналізу саме аспекту дезадаптації військових з ПТСР та інтегрованих стратегій їхньої реабілітації.

Мета дослідження: проаналізувати особливості дезадаптації військовослужбовців з проявами посттравматичного стресового розладу в умовах військових дій та розробити практичні рекомендації щодо ефективної їхньої реабілітації.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я та адаптація військовослужбовців, які зазнали ПТСР.

Предмет дослідження: особливості прояву дезадаптації та методи психологічної, нейропсихологічної та соціальної реабілітації військових із ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це відповідь психіки на пережиту травму, яка виходить за межі звичайного людського досвіду. Серед найбільш характерних симптомів: гіпервозбудження, уникнення, нав'язливі спогади, порушення сну та тривожність [6]. У військових із ПТСР часто виникає відчуття відчуженості, втрати сенсу життя, підвищена агресивність, зниження соціальної функціональності — все це є проявами психічної дезадаптації.

Узагальнюючи наукову літературу, треба відзначити, що основними причинами дезадаптації військовослужбовців є:

- а) досвід бойових дій із загрозою життю;
- б) втрата побратимів;
- в) тривале перебування в умовах стресу;
- г) нерозуміння з боку цивільного населення;
- г) недостатня підтримка після демобілізації.

У результаті виникає внутрішній конфлікт між військовим досвідом і мирним життям, що унеможливорює повернення до попередніх ролей у суспільстві [7].

Треба зазначити, що дослідники виділяють кілька рівнів дезадаптації:

а) Психологічна — тривожність, депресія, порушення сну.

б) Соціальна — ізоляція, труднощі у сімейних та робочих стосунках.

в) Фізіологічна — психосоматичні симптоми: головний біль, проблеми з серцем, ШКТ [8].

Також слід зазначити, що одним з основних підходів до подолання дезадаптації є психотерапія. Найбільш ефективними вважаються когнітивно-поведінкова терапія, EMDR (десенсибілізація і репроцесінг за допомогою руху очей), групова терапія. Особливої уваги потребує робота з почуттям провини, травматичними спогадами та агресивністю [9].

Нейропсихологічна реабілітація допомагає відновити функціонування вищих психічних процесів, що страждають внаслідок тривалого стресу: пам'яті, уваги, мислення. Застосування методик мозкової пластичності та тренінгів когнітивних функцій дає позитивні результати, зокрема у військових з тривалим ПТСР.

Отже, неможливо говорити про повну реабілітацію без належної соціальної інтеграції: робота, спілкування, сімейні відносини. У цьому контексті важливими є групи підтримки ветеранів, програми соціального супроводу, психоедукація родичів [10].

Таким чином, треба зазначити, що дезадаптація військовослужбовців із ПТСР — багатокомпонентне явище, що потребує системного підходу до вивчення та корекції. Найефективнішою є модель інтегрованої реабілітації, яка поєднує психотерапевтичну допомогу, нейропсихологічні тренінги та соціальну підтримку. Подальші дослідження мають бути спрямовані на адаптацію зарубіжних протоколів до українського контексту та формування стійкої державної системи психосоціального супроводу ветеранів.

Література:

1. Гаврилюк В.І. *Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: сучасні аспекти*. Військова медицина України. 2020. №2. С. 19–23.
2. Пилипюк Н.М. *Психологічна допомога учасникам бойових дій*. Психологія і суспільство. 2019. №3. С. 44–48.
3. ICD-11. *Post-traumatic stress disorder*. World Health Organization. URL: <https://icd.who.int>
4. Донченко О.І. *Терапевтичні інтервенції при ПТСР*. Психологія сьогодні. 2021. №1. С. 1217.
5. Тітенко І.М. *Вплив бойового досвіду на психічне здоров'я військових*. Медико-психологічний журнал. 2022. №4. С. 30–35.
6. Белова Л.І. *Посттравматичний стресовий розлад: діагностика і лікування*. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 152 с.
7. Дьяків О.А. *Соціально-психологічна адаптація ветеранів*. Соціальна робота. 2020. №2. С. 26–31.
8. Kessler R.C. et al. *Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry. 1995. 52(12). P. 1048–1060.

9. Shapiro F. *EMDR and the treatment of trauma*. New York: Guilford Press, 2001. 398 p.
10. Figley C.R. (Ed.). *Trauma and Its Wake*. New York: Brunner Mazel, 1985.

РОЗЛАД ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Білоус Л.М., Мельничук І.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення розладу дефіциту уваги та гіперактивності у дітей (надалі - РДУГ) є актуальною, як для медичних так і для психолого-педагогічних наук, оскільки цей розлад суттєво впливає на життєвий шлях дитини. Його багатовимірна природа потребує інтеграції знань з точки зору нейробіології, психіатрії, когнітивної психології та освітніх технологій. Водночас РДУГ становить складність у діагностиці через варіативність прояву симптомів, що можуть змінюватись залежно віковим особливостям, соціального середовища та супутніх психоемоційних порушень.

Наукові дослідження вказують, що РДУГ має нейробіологічне підґрунтя, зокрема пов'язане з порушенням функціонування префронтальної кори головного мозку, яка відповідає за контроль уваги, поведінкову гнучкість та здатність до планування. Одночасно фіксуються дисфункції в дофамінергічних та норадреналінових нейротрансмітерних системах, що обумовлює імпульсивну поведінку та нестабільність уваги. Такі нейрофізіологічні особливості підтверджуються, як методами функціональної нейровізуалізації так і результатами нейропсихологічного тестування.

З точки зору освітньої траєкторії ці діти часто стикаються з труднощами у засвоєнні навчального матеріалу, порушенням дисципліни, соціальними конфліктами в колективі. Це вимагає розробки спеціальних адаптивних програм, індивідуального підходу, когнітивно-поведінкових стратегій навчання, а також залучення мультидисциплінарної команди до складу якої входять психологи, педагоги, логопеди, неврологи.

Таким чином, наукове вивчення РДУГ має не лише теоретичне, а й прикладне значення, сприяючи вдосконаленню методів діагностики, корекції та соціальної адаптації таких дітей.

Мета нашої статті полягала в аналізі та узагальненні сучасних наукових підходів до вивчення розладу дефіциту уваги та гіперактивності, особливостей прояву, визначенні основних труднощів діагностики та супроводу дітей з цим розладом, а також в ознайомленні ефективних напрямків психолого-педагогічного втручання.

Об'єкт дослідження розлад дефіциту уваги та гіперактивності.

Предмет дослідження особливості прояву та психолого-педагогічний супровід РДУГ.

Узагальнюючи наукову літературу, треба відзначити, що згідно Т.В. Дуткевич, діти з розладом дефіциту уваги та гіперактивності характеризуються високим рівнем імпульсивності, дратівливістю, надмірною рухливістю, що часто поєднується з неадекватними реакціями на зауваження чи обмеження. У них присутні труднощі з утриманням уваги на одному завданні, часто переривають діяльність, виявляють труднощі з дотриманням правил та інструкцій, що є особливо помітним в умовах навчального процесу. Поведінка таких дітей сприймається, як зухвала або неввічлива, одна насправді це є проявом внутрішньої неврівноваженості, недостатньої саморегуляції та фрустрації [2].

Зазвичай діти з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю мають труднощі у засвоєнні інформації через нестійку увагу, уповільнення процесу осмислення та проблеми з виконавчими функціями. Ілляшенко Т., підкреслює, що порушення цих функцій обумовлені недостатнім розвитком префронтальної кори головного мозку, яка відповідає за довільну регуляцію планування, поведінки, оцінку наслідків дій. Діти часто губляться під час виконання завдань, легко відволікаються навіть на незначні подразники [3].

Якщо ми звернемося до сучасних досліджень, зокрема Demontis D., Walters R.K., Martin J., et al, який вказує на наявність генетичних чинників у розвитку РДУГ. Було виявлено декілька генетичних локусів, асоційованих із підвищеним ризиком виникнення розладу. Larsson H., Dilshad R., Lichtenstein P., Barker E.D, встановили, що діти з розладом дефіциту уваги та гіперактивності мають підвищений ризик розвитку супутніх психопатологічних станів, таких, як тривожні розлади, опозиційно-викликана поведінка, порушення сну. Це свідчить про складну, полікомпонентну природу розладу дефіциту уваги та гіперактивності, яка потребує комплексного підходу до діагностики та підтримки [7] [9].

До основних біологічних причин РДУГ відносять органічні ураження головного мозку, спадкові чинники, несприятливі пренатальні фактори, а саме гіпоксія, внутрішньоутробні інфекції, родові травми, причасні пологи. Fedorenko M. V., досліджувала нейрофізіологічні особливості дітей дошкільного віку з розладом дефіциту уваги і гіперактивності і розумовою відсталістю, зокрема виявивши порушення електричної активності мозку, що проявляється в нестабільності альфа-ритму та низькому рівні інформативної фільтрації, що безпосередньо впливає на здатність до зосередження [8].

Слід підкреслити, що психоемоційний клімат у сім'ї, стилі батьківського виховання та характер соціального оточення мають суттєвий вплив на формування та динаміку РДУГ. Осичнюк Л. М., Тищенко Н. Е., Горлов М. В., Тищенко І.П, зазначають, що непослідовність у вихованні, надмірна жорсткість або навпаки вседозволеність, відсутність чітких меж у поведінці дитини можуть провокувати або посилювати прояви гіперактивності. Високий рівень стресу в родині, часті конфлікти, недостатній емоційний контакт з дитиною також негативно впливає на психоемоційний стан дитини [6].

Треба зазначити, що корекційна робота згідно Алексєєва І. В., Калшикова М., які наголошують на необхідності створення чіткого та структурованого середовища для дитини з розладом дефіциту уваги та гіперактивності. Особливо ефективним є поєднання коротких зрозумілих інструкцій із позитивним підкріпленням поведінки. Також рекомендується застосовувати ігрову терапію, арт-терапію з метою розвитку довільної регуляції, самоусвідомлення та емоційної стабільності. Зазвичай акцент робиться на навчанні дитини навичкам саморегуляції та вирішення проблемних ситуацій [1].

Разом з тим психологічна допомога є важливою складовою ефективної підтримки гіперактивної дитини є своєчасний та систематичний супровід психологом та соціальним педагогом. Доцільним є організація занять в мікрогрупах, проведення тренінгу з розвитку та концентрації уваги, емоційної саморегуляції, комунікативних навичок [5].

Також, важливо залучити до процесу корекції батьків, надаючи їм рекомендації щодо створення сприятливого емоційного середовища вдома [3].

Важливість мультидисциплінарного підходу такі автори, як Крутій К.Л., Зданевич Л.В., підкреслюють необхідність комплексного підходу, що передбачає взаємодію педагогів, психологів, логопедів, лікарів та соціальних працівників. Комплексна допомога допомагає врахувати всі аспекти розвитку дитини та створити індивідуальну програму підтримки, що охоплює навчальні, поведінкові та соціально-емоційні компоненти. Завдяки інтеграції зусиль різних спеціалістів досягається більш стабільна та довготривала позитивна динаміка розвитку дитини [4].

Виходячи з наведеного можна відмітити, що розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, не просто поведінкова проблема, а складне нейропсихологічне явище, що формується під впливом низки біологічних і соціальних чинників. Його прояви охоплюють поведінкову, пізнавальну та емоційну сферу дитини, що ускладнює її адаптацію в соціумі та навчальному середовищі. Розуміння природи РДУГ, своєчасна діагностика, індивідуальний підхід у корекції та мультидисциплінарна підтримка є основою ефективного подолання проявів розладу. Педагогічна та психологічна спільнота повинна бути готовою до активної участі у побудові корекційних програм, виходячи з позиції науково обґрунтованої, чуйної та гнучкої взаємодії з дитиною.

Література:

1. Алексєєва І. В., Калшикова М. Гіперактивні діти: корекція поведінки. Київ : Шкільний світ, 2011. 96 с.
2. Дуткевич Т.В. Дитяча психологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2007. С. 122-200.
3. Ілляшенко Т. Гіперактивна дитина. Психологічний супровід у навчальному закладі. Т. Ілляшенко; упоряд. Т. Червонна. Київ: Вид. група «Шкільний світ», 2017. 88 с.
4. Крутій К.Л., Зданевич Л.В. Необхідність мультидисциплінарного підходу до розроблення освітніх програм підготовки бакалаврів до абілітаційної діяльності. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і середній школах. 2021. № 74(3). С. 36.

5. Левченко В., Левченко О. Психолого-педагогічні засади зниження гіперактивності у дітей. Освіта на Луганщині. 2013. № 1. С. 67-72.
6. Осичнюк Л. М., Тищенко Н. Е., Горлов М. В., Тищенко І.П. Синдром дефіциту уваги і гіперактивності у дітей молодшого шкільного віку і його корекція. Наукова бібліотека Луганського державного медичного університету, с. 424-428.
7. Demontis D., Walters R.K., Martin J., et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. Nature Genetics, 2019, 51(1), 63-75.
8. Fedorenko M. V. Psykhodiahnostyka ta psykhokorektsiia syndromu hiperaktyvnosti u ditei doshkilnoho viku z rozumovoiu vidstalistiui: dys. kand. psykol. n. (19.00.08). Kyiv : Natsionalnyi ped. un-t imeni M. P. Drahomanova, 2015. 285 c.
9. Larsson H., Dilshad R., Lichtenstein P., Barker E.D. Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2011, 52(9), 954–963.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ РЕАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ

Воронецька О. В. , Онищенко О. О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Сучасні соціокультурні трансформації, зумовлені військовими конфліктами, зокрема війною на сході України та широкомасштабним вторгненням, спричинили різке зростання кількості осіб, що повертаються з передової до мирного життя. Психологічна реабілітація військовослужбовців — складний багаторівневий процес, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові, особистісні та соціальні аспекти. Після переживання екстремального досвіду, пов'язаного з загрозою життю, втратами, насильством та напруженими моральними виборами, особистість ветерана зазнає істотних змін, які часто є незворотними. Повернення до мирного середовища супроводжується не лише адаптаційними труднощами, але й необхідністю переосмислення власної ідентичності, формування нових життєвих орієнтирів та інтеграції в соціум. На цьому тлі виникають численні психоемоційні порушення, серед яких особливе місце займає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також супутні емоційні розлади — депресія, тривожні стани, порушення сну тощо.

Мета дослідження полягає в тому, щоб проаналізувати психологічні закономірності реабілітації військовослужбовців, виявити основні психотравмувальні чинники та адаптаційні бар'єри, охарактеризувати ефективні психологічні механізми подолання наслідків бойового досвіду.

Об'єкт дослідження - психологічна реабілітація військовослужбовців.

Предмет дослідження - психологічні особливості подолання труднощів реабілітаційного періоду у ветеранів бойових дій.

1. Постстресові реакції та адаптаційні труднощі. Участь у бойових діях є потужним стресовим чинником, що викликає глибокі психологічні зміни у військових. Постійна небезпека, прийняття життєво важливих рішень, контакт зі смертю, насильством і травмами формують стійкі психоемоційні реакції, які не минають одразу після війни. Навпаки, повернення до мирного життя часто посилює ці стани через активацію пригнічених емоцій [1,2]. Одним із

найчастіших наслідків є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), визнаний у класифікаціях DSM-5 і МКХ-11. Його симптоми включають нав'язливі спогади, нічні кошмари, емоційне оціпеніння, ізоляцію, тривожність і дратівливість. Реакції можуть запускатися навіть звуками чи запахами, що нагадують травматичні події. Навіть без ПТСР у багатьох спостерігаються порушення сну, тривожність, емоційна нестабільність, що ускладнює соціальну адаптацію. Особливо складним є адаптаційний дисонанс - конфлікт між військовим досвідом і суворими вимогами цивільного життя. Перехід від жорсткої ієрархії, дисципліни, порядку до гнучкості й пошуку компромісів часто є психологічно важким. Нерідко виникає дезадаптивна поведінка: ізоляція, уникнення спілкування, вживання психоактивних речовин, а в тяжких випадках - суїцидальні думки. Це підкреслює важливість потреби в комплексній психологічній допомозі, орієнтованій на індивідуальний досвід. Вчасне виявлення та підтримка є ключовими для повноцінного повернення ветеранів до мирного життя [3,4].

2. Зміна ідентичності та життєвих орієнтирів. Участь у бойових діях глибоко трансформує особистість військовослужбовця, змінюючи його ідентичність, цінності та соціальне самовизначення. В умовах війни формується «бойова ідентичність», що виконує адаптивну функцію: забезпечує мобілізацію ресурсів, емоційну стабільність і ефективну взаємодію в екстремальному середовищі, постійна готовність «в бій». Однак після повернення до цивільного життя вона втрачає свою актуальність, що спричиняє кризу ідентичності та деконструкцію довоєнного образу «Я». Військові часто перестають ідентифікувати себе з минулим досвідом і переглядають життєві пріоритети: на перший план виходять сенс життя, моральні цінності, відчуття важливої місії. Часто спостерігається прагнення до суспільно значущої діяльності, що є спробою компенсаторного формування нової ідентичності. Проте цей процес може бути ускладнений синдромом «втрати ролі», що призводить до маргіналізації, депресії та соціально-психологічного відчуження [4,5]. Пережитий бойовий досвід змінює ставлення до базових категорій - життя, смерть, дружба, патріотизм - і може стати основою для посттравматичного зростання. Таким чином, трансформація ідентичності є не лише наслідком війни, а й ключовим чинником реадaptaції, що потребує психологічної підтримки для інтеграції бойового минулого у новий життєвий контекст.

3. Проблеми взаємодії з соціумом. Реадaptaція військовослужбовців до умов мирного життя є складним багатофакторним процесом, у якому особливу роль відіграє взаємодія з соціальним середовищем. Одним із ключових бар'єрів є соціальне нерозуміння, що виникає через розрив між досвідом ветеранів і ціннісно-культурним контекстом цивільного населення. Учасники бойових дій, які функціонували в умовах колективізму, субординації та високої відповідальності, часто не знаходять підтримки в середовищі, де домінують індивідуалізм, побутова рутинність та емоційна відкритість. Ця несумісність ціннісних моделей спричиняє відчуття відчуження, емоційної ізоляції та внутрішньої фрустрації. Особливо гостро проблема проявляється у родинних стосунках, де відсутність розуміння психоемоційних змін, що сталися з

військовим, часто веде до конфліктів, емоційного віддалення або навіть розриву стосунків.

Важливим аспектом є економічна дезадаптація: втрата професійної кваліфікації, труднощі з працевлаштуванням, зниження соціального статусу. Перехід від ролі захисника до цивільної професії часто супроводжується відчуттям втрати значущості [2,3,4]. Суспільне ставлення до ветеранів нерідко є суперечливим: поряд із риторикою вдячності спостерігається брак системної підтримки - як психологічної, так і правової. Крім того, самоідентифікація ветерана як представника «іншої» соціальної групи спричиняє додаткову ізоляцію та зниження мотивації до соціальної активності. Таким чином, соціальна реадaptaція ветеранів є не лише індивідуальним психологічним завданням, а й соціальною проблемою, що потребує міждисциплінарного підходу, державної політики підтримки та формування культури соціальної солідарності.

4. Захисні та компенсаторні механізми адаптації. Адаптація до мирного життя після участі в бойових діях є складним психосоціальним процесом, що вимагає мобілізації як внутрішніх, так і зовнішніх ресурсів особистості. Захисні механізми (витіснення, заперечення, раціоналізація, проєкція) забезпечують тимчасову стабілізацію психоемоційного стану, однак при надмірному використанні можуть призвести до психологічної ригідності. Компенсаторні механізми мають свідомий характер і сприяють конструктивному подоланню наслідків травматичного досвіду. До них належать когнітивна переоцінка себе, пошук сенсу, альтруїстична благодійна діяльність, духовний розвиток та творча самореалізація. Ефективна взаємодія цих механізмів є ключовою для успішної реінтеграції ветеранів у цивільне суспільство. Окрему увагу слід приділити феномену посттравматичного зростання (Post-Traumatic Growth, PTG), що характеризується виникненням позитивних змін після переживання глибокої психологічної травми [9]. Дослідження засвідчують, що частина осіб, які пережили бойовий досвід, демонструють підвищення рівня особистої зрілості, зміцнення міжособистісних зв'язків, глибше розуміння життя та зростання емпатії. У таких випадках травма сприяє оновленню внутрішньої структури особистості [6,7]. Значну роль у формуванні та підтриманні компенсаторних механізмів відіграє соціальне середовище. Наявність підтримки з боку сім'ї, побратимів, психологів, соціальних служб є важливим фактором стабілізації внутрішнього стану військовослужбовця. Програми психологічної реабілітації, групи підтримки, інтеграційні ініціативи - створює умови для безпечного «проживання» травматичного досвіду та розвитку адаптивних механізмів. Таким чином, ці адаптаційні механізми мають багатокомпонентну структуру та залежать як від індивідуальних особливостей особистості, так і від впливу зовнішніх факторів. Їх своєчасна і цілеспрямована підтримка є запорукою не лише подолання посттравматичних наслідків, але й розкриття потенціалу особистісного зростання та суспільної цінності ветеранів [4,8,9].

Психологічна реадaptaція військовослужбовців після участі в бойових діях є складним, багаторівневим процесом, що охоплює постстресові реакції, трансформацію ідентичності, труднощі соціальної взаємодії та використання

адаптаційних механізмів. Ключовими викликами виступають симптоми ПТСР, нав'язливі спогади, емоційна лабільність, криза ідентичності, зміна ціннісних орієнтацій, соціальна дезадаптація та психологічна ізоляція. Разом із тим, наявність внутрішніх ресурсів, так би мовити, «опорних точок», підтримки з боку родини та оточення, а також участь у психологічних програмах підтримки можуть детермінувати посттравматичному зростанню та успішній інтеграції військовослужбовців в цивільне життя. Ефективна реадаптація військовослужбовців потребує не тільки індивідуального, а й системного міждисциплінарного підходу, соціальної солідарності та державної підтримки.

Література:

1. Бабінцева Л.В. Психологічні особливості адаптації військовослужбовців до умов мирного життя. *Актуальні проблеми психології*, 2020. Т. 15. Вип. 1. С. 24–31.
2. Губський Є.Ю. Соціально-психологічна підтримка учасників бойових дій: проблеми і шляхи вирішення. *Соціальна політика і соціальна робота*, 2019. № 4. С. 45–53.
3. Єрмоленко Т.О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: діагностика та психокорекція. *Науковий вісник МВС*, 2021. № 3. С. 12–19.
4. Кондратенко Н.С. Психологічні механізми посттравматичного зростання. *Психологічний журнал*, 2022. № 2. С. 37–44.
5. Левченко С.П. Рееадаптація військовослужбовців: соціально-психологічний контекст. *Вісник Національного університету оборони України*, 2020. № 1. С. 58–66.
6. Petry, N.M., & Wagner, J. A. (2004). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in military veterans: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 60(9), 865–876. <https://doi.org/10.1002/jclp.20035>
7. Hoge, C.W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*, 295(9), 1023–1032. <https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023>
8. Tedeschi, R.G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
9. Шевченко М.Ю. Захисні механізми особистості у процесі реадаптації після війни. *Психологічні перспективи*, 2020. № 35. С. 122–130.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ

Гаврилюк Л. А., Богдан Ж. Б.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Умови сучасних воєнних дій в Україні зумовлюють різке зростання кількості випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед дітей, що вимагає міждисциплінарного наукового вивчення.

ПТСР у дітей є реакцією на психотравмувальні події, які виходять за межі звичного досвіду та становлять загрозу фізичній або психологічній цілісності, що зумовлює інтеграцію цього феномена в площину екстремальної та кризової психології. Симптомокомплекс ПТСР (нав'язливі спогади, гіпервозбудження, емоційна відчуженість, уникнення) є характерним проявом порушеної адаптації до надмірного стресу та розглядається як об'єкт спеціалізованого клініко-

психологічного втручання. Психологічна криза, що виникає у дітей з ПТСР, потребує застосування кризових інтервенцій із залученням мультидисциплінарної команди фахівців. Вік дитини зумовлює специфіку перебігу ПТСР і вимагає адаптації методів психодіагностики та терапії: особливо ефективними є ігрові, арт-терапевтичні та когнітивно-поведінкові методи нейроореабілітації. Вивчення ПТСР у дітей набуває особливого значення в контексті побудови системної моделі психологічної підтримки постраждалих в умовах збройного конфлікту та післявоєнної відбудови. Таким чином, своєчасна діагностика, системна нейроореабілітація та психосоціальна підтримка дітей з ПТСР повинні стати пріоритетними напрямками діяльності фахівців психологічної, освітньої та медичної сфер, спрямованими на відновлення психічного здоров'я дитячого населення України в умовах війни та в період післяконфліктної адаптації.

Актуальність проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей, які постраждали від війни в Україні, зумовлена масштабістю психологічних травм. Діти, що зазнали вимушеного переселення, втрати близьких, тривалого перебування в умовах небезпеки, переживають порушення у всіх сферах психіки.

Мета дослідження полягає у теоретичному узагальненні та науковому аналізі особливостей прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей віком 7–12 років, які постраждали внаслідок війни в Україні, з метою окреслення напрямів нейроореабілітації та психосоціальної підтримки в умовах збройного конфлікту та післявоєнної відбудови.

Об'єктом дослідження є психологічні наслідки впливу воєнної травми на дітей.

Предмет дослідження – клініко-психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у дітей та можливості їх нейроореабілітації з урахуванням вікової специфіки й умов пережитого стресу.

За результатами національного дослідження, проведеного за ініціативи Фонду Олени Зеленської у 2024 році, 43% українських дітей демонструють ознаки потенційного посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [7]. Цей показник свідчить про високий рівень психотравматизації дитячого населення внаслідок воєнних подій та актуалізує потребу у масштабних програмах психосоціальної допомоги та нейроореабілітації.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей, які постраждали внаслідок збройного конфлікту в Україні, є серйозним викликом для сучасної дитячої психології. Війна порушила базове відчуття безпеки у дітей, що проявляється у вигляді емоційної нестабільності, проблем із сном, повторного переживання травматичних подій, регресивної поведінки та тривожності. Особливе занепокоєння викликає поширення симптомів ПТСР серед дітей, які є внутрішньо переміщеними особами, втратили домівку, родину або зазнали прямих загроз життю [3, 5].

У науковій літературі наголошується на високій вразливості психіки дітей до стресу. Відомо, що симптоми ПТСР у дитячому віці можуть мати тривалий вплив на розвиток особистості, ускладнювати навчання, соціальну адаптацію та

формування стійких міжособистісних зв'язків. На відміну від дорослих, у дітей посттравматичний стрес часто проявляється через тілесні симптоми (головний біль, біль у животі), порушення поведінки, гіперактивність або апатію, ігрову регресію, страхи, а також уникання нагадувань про травматичні події [3, 4].

Наукову основу дослідження становлять праці українських науковців, зокрема О. Вознесенської та О. Карпенко, у яких здійснюється клініко-психологічний аналіз проявів посттравматичного стресового розладу у дітей, що зазнали психотравмувальних впливів внаслідок воєнних дій [1; 2]. Важливим є також підхід Дж. Герман, яка розробила модель етапної терапії психотравми, що включає стабілізацію, опрацювання травматичного досвіду та реінтеграцію, і яку доцільно використовувати в побудові комплексних програм нейрореабілітації дітей з ПТСР [6].

Одним із ключових напрямів роботи з дітьми, які мають симптоми ПТСР, є створення безпечного середовища, в якому дитина може відновити втрачене почуття контролю та стабільності. Саме середовище, наповнене передбачуваністю, емоційною підтримкою та структурованими діями, сприяє поступовому зменшенню тривожності й формуванню адаптивних копінг-стратегій. У цьому контексті важливою є співпраця психологів із батьками, педагогами, соціальними працівниками для забезпечення узгоджених дій.

Не менш значущою є роль нейропсихологічної підтримки, яка спрямована на відновлення порушених когнітивних функцій, зокрема уваги, пам'яті, мовлення та регуляції емоцій. Ефективним інструментом такої підтримки виступають спеціалізовані тренінги, спрямовані на розвиток емоційного інтелекту, здатності до самозаспокоєння та подолання тривожності, що у поєднанні з психотерапією дає стійкі результати.

Важливу роль у нейрореабілітації відіграє використання методів ігрової терапії, яка дозволяє дитині символічно відреагувати на травматичний досвід. Через гру дитина може безпечно відтворювати власні переживання, моделювати альтернативні варіанти подій і, зрештою, інтегрувати травматичний досвід у структуру особистості. Такі методи особливо доцільні для вікової групи 7–12 років, коли словесна вербалізація ще не є провідною формою психічного опрацювання.

Арт-терапевтичні техніки (малюнок, ліплення, музика) також набувають актуальності у роботі з дітьми, які не можуть безпосередньо говорити про свій травматичний досвід. Вони створюють можливість опосередкованого самовираження, що сприяє зниженню емоційного напруження, покращенню емоційного стану та поступовій нормалізації психічної діяльності. Інтеграція арт-терапії в мультикомпонентні програми допомоги сприяє підвищенню їх ефективності.

Ще одним важливим аспектом є підвищення психологічної компетентності дорослих, які взаємодіють з дитиною після травми. Проведення психоедукаційних заходів для батьків і педагогів дозволяє їм краще розуміти механізми ПТСР, ознаки регресії чи деструктивної поведінки та своєчасно реагувати на потреби дитини, не посилюючи її дистрес.

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад у дітей, які постраждали від війни, є складним психофізіологічним феноменом, що має пролонгований вплив на всі рівні психічного функціонування дитини — емоційний, когнітивний, поведінковий і соціальний. Цей стан вимагає не лише глибокого теоретичного осмислення в межах дитячої, клінічної, кризової та екстремальної психології, а й практичного переосмислення стратегій допомоги. Зважаючи на багатофакторність травматичного впливу, найбільш ефективним напрямом відновлення психічного здоров'я дітей є розробка і впровадження комплексних програм нейрореабілітації, які враховують вікові, особистісні та контекстуальні характеристики психотравмованої дитини.

Такі програми мають включати діагностичний скринінг, індивідуалізовані протоколи психотерапевтичної роботи (зокрема когнітивно-поведінкову терапію, арт- і ігрову терапію), а також системну підтримку значущого дорослого оточення (батьків, педагогів, опікунів). Реалізація ефективної допомоги є можливою лише за умови узгодженої міждисциплінарної взаємодії фахівців у галузі психології, медицини, освіти та соціального захисту.

Ключовим аспектом виступає не лише психотерапевтичне втручання, а й створення цілісного соціального середовища, що відновлює базове відчуття безпеки, довіри й стабільності в житті дитини. Такий підхід дозволяє не лише мінімізувати наслідки травматичного досвіду, а й сприяє подальшій адаптації, психосоціальному розвитку та формуванню стресостійкості в умовах сучасних ризиків.

Отже, подолання наслідків ПТСР у дітей в умовах війни повинно розглядатися як стратегічне завдання для системи охорони психічного здоров'я та освіти України, спрямоване на збереження і розвиток потенціалу дитячого населення в умовах соціальних трансформацій і посттравматичних змін.

Література:

1. Вознесеньська О. Ф. Психологічна травма у дітей: клінічні прояви, наслідки, підходи до допомоги / О. Ф. Вознесеньська // Практична психологія та соціальна робота. — 2022. — № 5. — С. 24–30.
2. Карпенко О. М. Особливості психотерапевтичної підтримки дітей з ПТСР в умовах військового конфлікту / О. М. Карпенко // Психологічний журнал. — 2023. — № 1. — С. 18–25.
3. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / О. Ю. Овчаренко. — Київ : Університет «Україна», 2023. — 266 с.
4. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянов О. О. Посттравматичний стресовий розлад у дітей та підлітків: клінічні особливості, діагностика, терапія / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. О. Омелянов // Український журнал психоневрології. — 2022. — № 1 (112). — С. 25–32.
5. Brown S. M., Dorsey S., Dmytro O., Petrenko O., Vostrikova Y., Romaniuk M. Trauma-focused cognitive behavioral therapy in Ukraine: Mental health profiles and preliminary treatment response among youth in active war [Електронний ресурс] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. — 2024. — Vol. 18. — Article 25. — Режим доступу: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-024-00715-1> — Назва з екрана.
6. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence — From Domestic Abuse to Political Terror / Judith L. Herman. — New York : Basic Books, 2015. — 336 p.
7. Ukraine: Mental health toll of war leaves children with speech defects – Save the Children [Електронний ресурс] // Save the Children. — 2024. — Режим доступу:

РОЛЬ ДЕПРЕСИВНО-ТРИВОЖНОГО ДИСТРЕСУ У ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ

Гарбарук Г.Ю., Фрунзе О.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення особливостей прояву депресивно-тривожного дистресу у формуванні клінічної картини післяпологової депресії є надзвичайно актуальною в сучасному науковому дискурсі [1].

У статті представлено теоретичний огляд та аналіз ролі депресивно-тривожного дистресу у формуванні клінічної картини післяпологової депресії (ППД). Розглянуто взаємозв'язок між симптомами депресії та тривоги в післяпологовому періоді, їхній вплив на тяжкість та специфіку клінічних проявів ППД. Проаналізовано сучасні дослідження, що висвітлюють коморбідність депресивних та тривожних розладів у жінок після пологів, а також їхній внесок у функціональні порушення та якість життя матері [2, 3, 5].

Слід зазначити, що післяпологова депресія (ППД) є серйозним психічним розладом, що вражає значну кількість жінок протягом першого року після народження дитини. За оцінками, її поширеність коливається від 10% до 15% і може мати значний негативний вплив, як на матір так і на дитину, а також на всю сім'ю в цілому. Клінічна картина ППД є гетерогенною і включає широкий спектр емоційних, когнітивних, поведінкових та соматичних симптомів, що варіюються за інтенсивністю та комбінацією [8, 5].

Згідно останніх досліджень, все частіше підкреслюють важливість розгляду не лише депресивних симптомів, але й супутніх тривожних розладів у контексті ППД. Депресія та тривога часто співіснують у післяпологовому періоді, утворюючи так званий депресивно-тривожний дистрес. Ця коморбідність може не лише ускладнювати діагностику та лікування ППД, але й впливати на специфіку клінічних проявів, тяжкість стану та прогноз [1, 7].

Метою нашої статті є психологічний аналіз впливу поєднаних депресивних та тривожних симптомів (депресивно-тривожного дистресу) на клінічну картину післяпологової депресії (ППД) на основі сучасних досліджень. Ми зосереджуємося на розумінні того, як співіснування депресії та тривоги визначає специфіку проявів ППД.

Об'єктом дослідження є клінічні особливості прояву післяпологової депресії (ППД) у жінок з різним рівнем депресивно-тривожного дистресу.

Предметом дослідження є роль депресивно-тривожного дистресу у формуванні специфіки емоційних, когнітивних, поведінкових та соматичних симптомів післяпологової депресії.

Узагальнюючи сучасну літературу взаємозв'язок депресії та тривоги в післяпологовому періоді, розглядалася переважно через призму депресивних симптомів таких, як знижений настрій, втрата інтересу або задоволення, втома, зміни апетиту та сну, почуття провини або нікчемності, труднощі з концентрацією уваги та думки про смерть або самогубство. Однак, клінічний досвід та результати досліджень свідчать про високу поширеність тривожних симптомів серед жінок з ППД [4, 5].

Тривожні розлади, що часто супроводжують ППД, включають генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) та посттравматичний стресовий розлад. Симптоми тривоги можуть проявлятися у вигляді надмірного хвилювання, неспокою, дратівливості, м'язовою напругою, порушенням сну, серцебиттям, пітливістю та нав'язливими думками [8].

Взаємозв'язок між депресією та тривогою в післяпологовому періоді є складним та багатограним. З одного боку, тривога може бути фактором ризику розвитку ППД, оскільки високий рівень тривожності під час вагітності та в ранньому післяпологовому періоді може виснажувати емоційні ресурси жінки та підвищувати її вразливість до депресії. З іншого боку, депресивний стан може сприяти виникненню або посиленню тривожних симптомів через порушення нейрохімічних процесів та дисрегуляцію стресової системи [9].

Аналізуючи вплив депресивно-тривожного дистресу на клінічну картину ППД, коморбідність депресії та тривоги значно впливає на формування клінічної картини ППД, роблячи її більш складною та різноманітною. Дослідження показують, що жінки з поєднаними депресивними та тривожними симптомами часто демонструють:

Більш високу тяжкість депресії: Наявність супутньої тривоги може посилювати інтенсивність депресивних симптомів таких, як знижений настрій, ангедонія та втома [3].

Атипові прояви депресії: У жінок з депресивно-тривожним дистресом частіше спостерігаються такі атипові симптоми, як підвищений апетит, гіперсомнія, відчуття важкості в кінцівках та реактивність настрою [2].

Виражені соматичні скарги: Тривога може проявлятися через різноманітні фізичні симптоми такі, як головний біль, біль у животі, запаморочення та серцебиття, що ускладнює диференційну діагностику та може призводити до зайвих медичних обстежень [6].

Підвищений рівень дратівливості та ажитації: Тривожний компонент може проявлятися у вигляді неспокою, метушливості, труднощів з розслабленням та емоційною лабільністю, що відрізняє клінічну картину від «чистої» депресії [7].

Значні функціональні порушення: Поєднання депресії та тривоги може призводити до більш виражених труднощів у виконанні щоденних завдань, догляді за дитиною, підтримці соціальних контактів та поверненні до роботи [5].

Погіршення якості життя: Високий рівень депресивно-тривожного дистресу негативно впливає на суб'єктивне відчуття благополуччя, задоволеність життям та якість стосунків з партнером та дитиною [9].

Відповідно до сучасних досліджень, які активно вивчають феномен коморбідності депресії та тривоги у жінок після пологів. Мета-аналіз, показав, що близько 50% жінок з ППД також відповідають критеріям тривожного розладу. Інші дослідження підтверджують високий рівень спільного виникнення депресивних та тривожних симптомів у післяпологовому періоді та їх взаємний вплив на тяжкість стану [10].

Особлива увага приділяється вивченню специфічних тривожних розладів, що супроводжують ППД. Наприклад, obsесивно-компульсивний розлад після пологів може проявлятися нав'язливими думками про заподіяння шкоди дитині, що викликає значний дистрес та тривогу. Посттравматичний стресовий розлад може розвиватися внаслідок травматичних пологових переживань і проявлятися у вигляді нав'язливих спогадів, уникнення стимулів, пов'язаних з пологами, та гіперзбудливості, що часто супроводжується депресивними симптомами [8].

Дослідження також вивчають нейробіологічні механізми, що лежать в основі коморбідності депресії та тривоги в післяпологовому періоді. Зміни гормонального фону, зокрема зниження рівня естрогену та прогестерону, а також порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно -надниркової осі, можуть відігравати важливу роль у розвитку як депресивних, так і тривожних симптомів [9].

Узагальнюючи сучасну наукову літературу можна зазначити, що депресивно-тривожний дистрес є важливим фактором, що визначає клінічну картину післяпологової депресії. Коморбідність депресії та тривоги призводить до більш тяжких та різноманітних клінічних проявів ППД, включаючи атипові симптоми, виражені соматичні скарги, підвищену дратівливість, значні функціональні порушення та погіршення якості життя матері.

Подальші дослідження необхідні для більш глибокого розуміння складних взаємозв'язків між депресією та тривогою в післяпологовому періоді, виявлення специфічних клінічних підтипів ППД, пов'язаних з різними комбінаціями депресивних та тривожних симптомів, а також розробки більш ефективних стратегій діагностики та лікування, що враховують коморбідність цих розладів.

Література:

- 1.H., & Vigod, S. N. 2017. The intersection of anxiety and depression in the postpartum period. *Current Psychiatry Reports*, 19(12), 99.
- 2.H., Brown, H. K., Dennis, C. L., Ross, S., & Vigod, S. N. 2021. Trajectories of postpartum depression and anxiety: A longitudinal population-based study. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 585-594.
- 3.H., Grigoriadis, S., Geller, S., Vause-Earland, T., Ross, L. E., & Vigod, S. N. 2019. Association of timing of onset of postpartum depression with severity, symptoms, and remission. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 61-69.
- 4.Slade, T. A., & Galbally, M. 2019. The contribution of antenatal anxiety and depression to postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 181-191.
- 5.Cox, R. C., Kim, J. L., O'Hara, M. W., & Stuart, S. 2018. Effects of comorbid anxiety on treatment outcomes for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 21(2), 151-163.
- 6.Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 194.
- 7.Zelkowitz, P., Bardin, L., Papageorgiou, A., Feeley, N., & Hayton, B. 2018. The prevalence and correlates of anxiety disorders in early postpartum women. *Archives of Women's Mental Health*, 21(5), 613-621.
- 8.Dubberley, S., Black, A., O'Mahen, H., & M. (2020). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 80, 101897.
- 9.Goodman, J. H., Watson, K., Geller, P. A., O'Hara, M. W., & Stuart, S. 2019. Antenatal and postpartum anxiety and depression: A systematic review of psychological interventions. *Women's Health*, 15, 1745506519860343.
- 10.H., & Vigod, S. N. 2020. Postpartum psychiatric disorders: What do we know and where do we go from here?. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 63(4), 707-717.

**НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ ПІЗНАВАЛЬНИХ
ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ РАННЬОГО ДИТЯЧОГО
АУТИЗМУ: ШЛЯХИ ТА МЕТОДИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ
Гелеішвілі Ю. Ю. Фрунзе О.В.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення дитячого аутизму а сьогодні є однією з найактуальніших у галузі нейропсихології та дитячої психіатрії. Це пов'язано з істотним зростанням поширеності розладів аутистичного спектру (РАС) у світі, що підтверджується статистичними даними центру з контролю та профілактики захворювань США, які вказують на те, що частота РАС сягнула рівня 1 випадок на 36 дітей [1].

Синдром раннього дитячого аутизму (СРДА) є складним порушенням нервової системи, одна із форм РАС, яка проявляється в межах трьох річного віку та характеризується суттєвими труднощами у трьох основних сферах таких, як соціальна взаємодія, комунікативна та обмежена стереотипна поведінка. Порушення в цих сферах призводить до значного дефіциту адаптивного функціонування, зокрема в навчанні, соціальному розвитку та побудові міжособистісних відносин [1] .

Наукова значущість дослідження раннього синдрому дитячого аутизму (СРДА) зумовлені тим, що своєчасне встановлення діагнозу та впровадження ранніх корекційних втручань істотно підвищують шанси на позитивну динаміку розвитку дитини. У межах сучасної нейропсихології пріоритетним напрямом є дослідження характеру порушень пізнавальної сфери у дітей з аутизмом, оскільки саме когнітивна дисфункція виступає основним патогенним чинником виникнення ускладнень у поведінковому та мовленнєвому функціонуванні [3, 4].

Одним з ключових завдань є виявлення специфіки роботи таких пізнавальних функцій, як увага, пам'ять, мислення, сприймання, уявлення та мовлення. Згідно з результатами досліджень нерівномірний когнітивний профіль, що ускладнює їх адаптацію у традиційній освітній системі. Також, нейропсихологічна оцінка дозволяє врахувати «острівки» збережених або надзвичайно розвинених здібностей, що є типовим для високо функціонального аутизму [5].

Ще однією важливою проблемою, що потребує вирішення, є розробка ефективних доказово обґрутованих методів нейрореабілітації. Останнім часом активно вивчаються підходи на основі когнітивно-поведінкової терапії, сенсорної інтеграції, альтернативної комунікації та нейрофітбеку. Саме індивідуалізація втручання з урахуванням нейропсихологічного профілю дитини підвищує ефективність корекційних програм [5].

Таким чином, сучасна наука визнає необхідність комплексного системного підходу до вивчення та допомоги особам з аутизмом, який має поєднувати клінічний, психологічний та педагогічний підходи. Нейропсихологічна перспектива при цьому відіграє ключову роль, оскільки дає можливість не тільки діагностувати порушення, а й формувати індивідуальні стратегії їх подолання.

Мета нашої статті полягала у всебічному аналізі нейропсихологічних аспектів порушень пізнавальних порушень у дітей з раннім синдромом аутизму, а також систематизації сучасних підходів та ефективних методів нейрореабілітації, спрямованих на оптимізацію когнітивного розвитку, соціальної адаптації та підвищення якості життя таких дітей.

Об'єкт дослідження діти з синдромом раннього дитячого аутизму.

Предметом дослідження є нейропсихологічні особливості пізнавальних процесів та методи їх нейрореабілітації.

Узагальнюючи наукову літературу з вивчення синдрому раннього дитячого аутизму (СРДА), варто зазначити, що впродовж останніх десятиліть сформувалась чітка уява про багатокомпонентну природу цього розладу, де ключову роль відіграють порушення в нейрокогнітивній та нейроповедінковій сферах. У працях сучасних дослідників, акцентується увага на ранній нейророзвитковій дисфункції, яка зачіпає лобово-скроневі зв'язки, а також інтегративні зони кори головного мозку [3, 7, 8, 9].

Слід зазначити, що численні емпіричні спостереження підтверджують наявність стійких труднощів у формуванні спільної уваги, когнітивної гнучкості, виконавчих функцій, що є фундаментом для успішного навчання та комунікації. Дослідження з використанням нейровізуалізаційних методів (ФМРТ, ЕЕГ) показують гіпо- або гіперактивність певних зон мозку, що корелює з проявами аутичного спектра [10,11].

Окрему нішу в науковій літературі становлять дослідження, спрямовані на вивчення ефективності різних форм нейрореабілітаційної допомоги. Особливої уваги заслуговують результати застосування когнітивно-поведінкових методів, таких як АВА (Applied Behavior Analysis), які довели свою ефективність у зміні поведінкових патернів та покращенні адаптивної функціональності дитини. Також активно розвиваються напрямки сенсорної інтеграції, логопедичного втручання, застосування цифрових інтерфейсів альтернативної комунікації та елементів нейрофідбеку [6].

Отже, як ми бачимо, сучасний стан наукової літератури свідчить про існування цілого спектра ефективних підходів до вивчення й корекції пізнавальних функцій при СРДА, однак особливий акцент ставиться на необхідність індивідуального підходу, заснованого на попередньому глибокому нейропсихологічному обстеженні кожної дитини.

Виходячи з наведеного, ми можемо відмітити, що синдром раннього дитячого аутизму є складним неврологічним порушенням, яке вимагає своєчасної діагностики та корекції. Когнітивні порушення, зокрема в увазі, пам'яті та мисленні, суттєво впливають на соціальну адаптацію та комунікацію дітей. Для успішної корекції важливим є індивідуальний підхід, заснований на глибокому нейропсихологічному аналізі. Сучасні методи нейрореабілітації, такі як когнітивно-поведінкова терапія, сенсорна інтеграція та альтернативні методи комунікації, показали свою ефективність у покращенні адаптації дітей. Подальші дослідження повинні зосереджуватися на оптимізації цих методів та їх адаптації до конкретних потреб кожної дитини.

Література:

- 1.CDC. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder. 2023. URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (дата звернення: 21.04.2025).
- 2.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2016.
- 3.Lord C., et al. Autism Spectrum Disorder. The Lancet, 2020, 392(10146), 508–520. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31997-8.
- 4.Dawson G., et al. Early Behavioral Intervention is Associated with Normalized Brain Activity in Young Children with Autism. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2012, 51(11), 1150–1159. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.08.004.
- 5.Ozonoff S., et al. Executive Function and Autism Spectrum Disorders. In: Goldstein S., Naglieri J.A. (eds) Handbook of Executive Functioning. Springer, 2018. DOI: 10.1007/978-1-4939-7346-3_41.
- 6.Bölte S., et al. Cognitive Remediation in Autism Spectrum Disorder. Front Psychiatry, 2020. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00484.
- 7.Frith U. Autism: Explaining the Enigma. Oxford: Blackwell Publishing, 2003.

- 8.Dawson G., et al. Early Behavioral Intervention is Associated with Normalized Brain Activity in Young Children with Autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2012, 51(11), 1150–1159. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.08.004.
- 9.Liu T., et al. Cognitive Deficits in Children with Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 2022, 13, 939361. DOI: 10.3389/fpsy.2022.939361.
- 10.Uddin L.Q., et al. Salience Network-Based Classification and Prediction of Symptom Severity in Children with Autism. *JAMA Psychiatry*, 2013, 70(8), 869–879. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1275.
- 11.Just M.A., et al. Functional and Anatomical Cortical Underconnectivity in Autism: Evidence from an fMRI Study of an Executive Function Task and Corpus Callosum Morphometry. *Cerebral Cortex*, 2007, 17(4), 951–961. DOI: 10.1093/cercor/bhl017.

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ У ПОСТПАНДЕМІЧНИЙ ПЕРІОД: ВИКЛИКИ ДЛЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Голуб Н.М., Мельничук І.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблемою сучасної клінічної та освітньо-психологічної практики сьогоднішній день є зростання частоти мовленнєвих порушень у дітей, що спостерігається у постпандемічний період. Ця тенденція є наслідком множинних біопсихосоціальних факторів, що вплинули на дитяче населення під час і після глобальної пандемії COVID-19. В умовах тривалої соціальної ізоляції, порушення структурованих освітніх і соціальних процесів, а також зниження доступу до якісної медичної і психолого-педагогічної допомоги, відбулося формування нового контингенту дітей із складними комбінованими порушеннями розвитку [1, 3, 6].

Мовленнєві порушення у цих дітей часто мають не лише функціональний, але й органічний нейропсихологічний характер, що вимагає перегляду існуючих парадигм реабілітаційної допомоги. Зокрема, постає необхідність у впровадженні міждисциплінарного підходу, який інтегрує знання з нейропсихології, логопедії, дитячої неврології, психолінгвістики та сучасних технологій реабілітації [2, 4].

З огляду на зазначене, актуалізується завдання систематизації нейропсихологічних аспектів мовленнєвих порушень у дітей у постпандемічний період та формулювання сучасних викликів для системи реабілітації, орієнтованої на відновлення когнітивно-комунікативної функції у дитячому віці [5, 7].

Метою нашої роботи було всебічне вивчення нейропсихологічних аспектів мовленнєвих порушень у дітей у постпандемічний період, з урахуванням когнітивних, емоційно-поведінкових і соціальних змін, спричинених перенесеною інфекцією COVID-19. Особливу увагу приділено аналізу сучасних викликів для системи реабілітації, включаючи потребу в інтеграції нейропсихологічного підходу, розширенні реабілітаційних форматів та забезпеченні рівного доступу до послуг для всіх категорій дитячого населення.

Об'єктом дослідження є мовленнєві порушення у дітей у постпандемічний період.

Предмет дослідження: Нейропсихологічні аспекти мовленнєвих порушень у дітей, викликані пандемією COVID-19, з акцентом на вивчення порушень мовленнєвого розвитку, когнітивних функцій і психоемоційних змін. Також важливим аспектом є аналіз методів реабілітації, їх ефективність і адаптація до постпандемічного контексту.

Пандемія COVID-19 стала значним чинником, що викликав не лише глобальну соціально-економічну кризу, але й серйозно вплинув на психоемоційний та когнітивний розвиток дітей, зокрема в контексті їх мовленнєвих порушень. Сучасні клінічні дослідження показують, що тривала соціальна ізоляція та обмеження контакту з однолітками і педагогами стали основними факторами, що негативно вплинули на мовленнєвий розвиток дітей. Відзначається зростання випадків затримки мовленнєвого розвитку, порушень артикуляційної здатності, а також зниження мовленнєвої активності. Ці порушення, у свою чергу, сприяли формуванню нових викликів для клінічної практики та реабілітаційних методик [1, 9, 10].

Слід зазначити, одним із ключових напрямків дослідження є вивчення клінічних симптомів мовленнєвих порушень, що виявляються у дітей після пандемії. В умовах обмеженого соціального взаємодії, діти пережили значні труднощі у розвитку мовлення, зокрема, виникли труднощі в артикуляції, розумінні мовних конструкцій, а також у формуванні граматичних навичок. Крім того, дослідження вказують на збільшення кількості випадків дизартрії, афазії та дислексії, що потребує детального вивчення для коректної діагностики та подальшої реабілітації [9].

Наступним важливим аспектом є вивчення когнітивних та психоемоційних змін, що виникли внаслідок пандемії і безпосередньо вплинули на мовленнєвий розвиток дітей. Психоемоційні розлади, зокрема тривожність, депресія та соціальна ізоляція, стали основними факторами, які перешкоджали нормальному розвитку мовлення та когнітивних функцій у дітей. У зв'язку з цим, важливим завданням є дослідження впливу цих факторів на формування вербальних конструкцій і мовленнєвих навичок у дітей, а також визначення специфіки їх корекції в постпандемічний період [10].

Особливу увагу слід приділити мовленнєвим порушенням у дітей дошкільного віку, для яких соціальна ізоляція виявилася найбільш критичною. Враховуючи, цей період є критичним для формування мовленнєвих навичок, дефіцит соціальних контактів значно уповільнив розвиток вербальної комунікації у дітей. Дослідження вказують на серйозні порушення словникового запасу, труднощі в побудові речень та зниження здатності до спілкування з іншими дітьми і дорослими [8].

Також важливим напрямком є адаптація реабілітаційних методик до нових умов, що виникли після пандемії. Постпандемічний період вимагає інтеграції новітніх технологій у процес реабілітації, зокрема дистанційних форм навчання та корекції. Використання онлайн-платформ та інтерактивних методик дозволяє проводити реабілітацію в умовах соціальної дистанції, забезпечуючи доступність корекційних заходів для дітей, які не можуть відвідувати терапевтичні установи через різні обмеження [6].

Як ми бачимо, дослідження мовленнєвих порушень у дітей у постпандемічний період вимагає комплексного підходу, що включає аналіз не лише клінічних аспектів, але й психоемоційних, когнітивних та соціальних факторів, що впливають на мовленнєвий розвиток. Це дозволяє ефективно розробляти методи діагностики та корекції порушень мовлення в умовах нової реальності [8].

Виходячи з сучасних досліджень, значне число дітей, які пережили пандемію COVID-19, виявляють різноманітні мовленнєві порушення, що виникли через обмежену соціалізацію та стресові фактори, пов'язані з ізоляцією. Зокрема, спостерігаються порушення в розвитку лексико-граматичних структур, що є важливим аспектом у діагностиці та корекції мовленнєвих дефіцитів у дітей дошкільного віку. На основі наукових досліджень, можна зазначити, що мовленнєва ізоляція в умовах пандемії негативно вплинула на здатність дітей адекватно формулювати висловлювання, що є суттєвою перешкодою для їх соціальної адаптації [9, 10].

Сучасні стратегії корекції мовлення порушень у дітей в умовах постпандемічного періоду орієнтовані на інтеграцію традиційних методик з інноваційними технологіями, такими як дистанційне навчання та використання віртуальної реальності. Вони дозволяють забезпечити безперервний доступ до реабілітаційних програм навіть в умовах обмежень. Важливим аспектом є психологічний підхід, що враховує емоційний стан дітей та мінімізує стресові впливи. Мультидисциплінарний підхід, що поєднує педагогічні, психологічні та медичні стратегії, забезпечує ефективність корекційної роботи та підтримку розвитку мовлення у дітей в постпандемічний період.

Література:

1. Marfoli M., Caputi M., Ferretti L. та ін. Impact of COVID-19 pandemic on neuropsychological development of children aged 8–9. *Journal of Clinical Medicine*. 2024. Vol. 13, No. 16. Article ID: 4768. DOI: 10.3390/jcm13164768.
2. Farmani E., Khosravi M., Zarei M. Challenges and opportunities of tele-speech therapy: Before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2024. DOI: 10.1177/1357633X241158293.
3. García-Sánchez, C., Calabria, M., Grunden, N., Pons, C., Arroyo, J. A., Gómez-Anson, B., Lleó, A., Alcolea, D., Belvis, R., Morollón, N., Mur, I., Pomar, V., & Domingo, P. 2022. Neuropsychological deficits in patients with cognitive complaints after COVID-19. *Brain and Behavior*, 12(3), e2508. <https://doi.org/10.1002/brb3.2508>

4. Cruice M., Porter G., Finch E. COVID-19: A new challenge in speech-language pathology. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2023. Vol. 33, No. 1. C. 109–132. DOI: 10.1080/09602011.2022.2101096.
5. Prolonged COVID-19 related effects on early language development. *Early Human Development*. 2024. Vol. 181. Article ID: 105675. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2024.105675.
6. Adolescents with Neuropsychiatric Disorders during the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study. *Journal of Personalized Medicine*. 2022. Vol. 12, No. 12. Article ID: 2053. DOI: 10.3390/jpm12122053.
7. Speech-Language Teletherapy Services for School-Aged Children During COVID-19. *Communication Disorders Quarterly*. 2021. Vol. 43, No. 1. C. 22–31. DOI: 10.1177/15257401211011893.
8. Григор'єва, І. О., Макаренко, І. В., & Махукова, Т. В. (2020). Особливості лексико-граматичного структурування мовленнєвих висловлювань у дітей дошкільного віку із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ). *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*, 2(2), 101–113. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2020_2\(2\)_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2020_2(2)_13).
9. Семенова, А. М. 2023. Соціальні фактори, що впливають на розвиток мовлення у дітей в постпандемічний період. *Науковий огляд*, 14(1), 19–35.
10. Захарова, Т. І. 2024. Психоемоційні розлади та їх вплив на мовленнєвий розвиток дітей після пандемії. *Журнал психології розвитку*, 32(4), 45–58.

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ У ВІЙСЬКОВИХ З ПОСТКОМОЦІЙНИМ СИНДРОМОМ

Голубенко О.А., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення особливостей прояву порушення пам'яті у військових є актуальною проблемою, як у теоретичному, так і у практичному аспектах (Гудзенко Г., Лурія О., Пашевін Д., Чабан О.). За даними Міністерства охорони здоров'я України, **понад 100 тисяч військових ЗСУ з 2014 року отримали контузію, з них 60% мають посткомоційний синдром.** [1] Це поранення, яке іноді не помітне може ускладнювати життя і мати серйозні наслідки. Актуальність теми зумовлена як високим рівнем поширеності порушення психічних та когнітивних процесів у військових та зростанням кількості скарг на порушення саме функцій пам'яті. Через це постає потреба у вивченні цих порушень та їх нейрокогнітивній реабілітації. Посткомоційний синдром – це наслідок струсу головного мозку. Останніми роками напрямок вивчення впливу потужних вибухових хвиль на головний мозок посилюється і набув актуальності через наслідки, які можуть виникати згодом. Посткомоційний синдром характеризується такими симптомами, як головний біль, зниження або втрата зору та слуху, запаморочення, слабкість, втома, погіршення когнітивних функцій (наприклад, пам'яті та концентрації уваги, мислення), погіршення психоемоційного (зміни настрою, дратівливість, тривога, імпульсивність, злість), порушення мовлення та фізичного стану (втрата координації та балансу) у військового. Посткомоційний синдром - це стан, що виникає після перенесеної легкої черепно-мозкової травми, такої як струс головного мозку. Цей синдром характеризується тривалим збереженням неврологічних симптомів, які можуть

суттєво впливати на якість життя військового. Такі нейрокогнітивні порушення призводять до втрати боєздатності військових, труднощів у адаптації до цивільного життя, проблеми у родині. Саме вивчення наслідків впливу вибухової хвилі на головний мозок, її вплив на когнітивні функції може допомогти розробити реабілітаційні заходи, методики усунення цих нейрокогнітивних порушень.

Початок вивчення контузій («бойового шоку») припадає на Першу світову війну. У 1915 році Чарльз Майерс із Великобританії звернув увагу на наслідки впливу вибухової хвилі на головний мозок у військових. Одним із засновників нейропсихології, який вивчав та аналізував вплив травм на головний мозок є вчений Олександр Лурія. Зараз у наш час дуже важливо допомагати військовим ліквідувати наслідки мінно - вибухової легкої черепно – мозкової травми.

Мета нашої статті: полягала в тому, щоб виокремити особливості виникнення нейропсихологічних порушень пам'яті у військових з посткомоційним синдромом та розкрити вплив факторів на причину виникнення цих порушень.

Об'єкт дослідження: нейропсихологічні порушення пам'яті.

Предмет дослідження: нейропсихологічні особливості порушення пам'яті у військових з посткомоційним синдромом.

Надпотужна вибухова хвиля є рушійною силою тих змін, що відбуваються в мозку. Під час дії вибухової хвилі спочатку виникає механізм гідродинамічного удару, коли сила ударної хвилі передається через рідинні середовища мозку. Так утворюються різкі перепади гідростатичного тиску в спинномозковій рідині (лікворні хвилі). Мозок зміщується в межах черепної коробки через те, що тиск нерівномірно розподіляється в різних ділянках мозку і в ньому виникають зони підвищеного і зниженого тиску. Після того, як хвиля пройшла настає різке зниження тиску, яке спричиняє кавітацію – утворення газових бульбашок у крові та мозковій рідині і коли тиск раптово знижується, то вони лускають. Кавітація є травматичною для нейронів та мікросудин мозку. А далі внаслідок дії вибухової хвилі мозок може вдаритися об черепну коробку. Ще підключається другий механізм ураження, а саме механічне зміщення і ротація півкуль мозку. Це призводить до розривів аксонів і порушення зв'язків між ними. Через ці наслідки виникають емоційні, соматичні та когнітивні порушення, у тому числі і функцій пам'яті. [2]

Треба зазначити, що пам'ять – це психічний пізнавальний процес, який приймає участь у запам'ятовуванні, збереженні, відтворенні та забуванні життєвого досвіду. Виділяють такі види пам'яті, як короткочасна та довготривала. Короткочасна пам'ять (оперативна) утримує інформацію, поки вона або не забудеться, або не буде збережена. Запам'ятовування відбувається без відволікаючого фактору відразу після пред'явлення. У довготривалій пам'яті можна виділити декларативну (пам'ять, пов'язана з уявленнями), семантичну (

знання про події та світ), епізодичну, процедурну (для вироблення навичок або когнітивних функцій), імпліцитну (виконання завдань без свідомої обробки), емпліцитну (свідоме відтворення останніх подій). [7] Порухення пам'яті є тим невід'ємним процесом, який супроводжує мінно – вибухову черепно – мозкову травму.

Модально – неспецифічні порушення пам'яті (ураження різних рівнів серединних неспецифічних структур мозку таких як стовбур, таламус, лімбічні утворення) – зниження тонуусу кори, що є обов'язковою умовою збереження слідів. Ураження довгастого мозку призводять до синдрому порушення циклу «сон - бад'юрість», уваги та свідомості. Патологія на діенцефальному рівні (рівень гіпофіза) призводить до того, що страждає короткочасна або пам'ять на поточні події. Якщо уражена лімбічна система (лімбічна кора, гіпокамп, мигдалина тощо), то це призводить до корсаківського синдрому. А саме практично відсутня пам'ять на поточні події, хоча добре зберігаються професійні знання та сліди довготривалої пам'яті на минуле. Ознаки корсаківського синдрому виникають при ураженні поясної звивини і мамілярних тіл. Порухення короткочасної пам'яті та підвищена інтерференція слідів, розлади семантичної чи пам'яті на логічно пов'язані поняття, установка на запам'ятовування мають місце при порушенні медіобазальних відділів лобових часток.

Порухення пам'яті, пов'язані з певною модальністю стимулів, які поширюються тільки на подразники конкретного аналізатора називають модально – специфічні. Вони виникають при ураженні кори великих півкуль. Просторова пам'ять страждає якщо виникають ураження ніжньотім'яної чи тім'яно - потиличних відділів кори. Слухова пам'ять страждає у випадках уражень скроневої ділянки, зорова пам'ять – потиличні відділи. При масивному ураженні лобних конвексимальних відділів (обох лобних часток чи лівої лобної частки) виникає особливий тип розладів пам'яті. Це призводить до порушення процесу формування намірів, програм поведінки і планів. Такі хворі не сприймають самого завдання запам'ятати будь – який матеріал. [7]

Нейропсихологічна реабілітація є тим комплексом заходів, які спрямовані на відновлення втрачених навичок. Метою втручання при порушенні пам'яті є зменшення симптомів та покращення саме функціональності пам'яті. Задля цього в нейрореабілітації застосовуються різноманітні програми тренування та активації ослаблених когнітивних процесів, контроль за ефективністю програм відновлення або компенсації втрачених функцій. Можна зазначити такі підходи в нейрореабілітації порушення функцій пам'яті, як когнітивна реабілітація (тренування і компенсація порушених функцій пам'яті), психотерапевтична підтримка, нейрофізіологічні підходи, групові заняття. [4] Когнітивна реабілітація може включати в себе вправи на утримання й обробку інформації (робота з парними картками, числовими рядами), перекази текстів, запам'ятовування та відтворення маршрутів чи зображень, компенсаторні стратегії (користування нагадуваннями, щоденниками), нейрокогнітивне тренування за допомогою смартфона. Психотерапевтична підтримка допомагає

подолати тривожність, зменшити емоційне навантаження та дратівливість. Це може бути техніки КПТ, EMDR чи майндфулнесу. Нейрофізіологічні підходи спрямовані на стимуляцію мозкової активності, наприклад фізична активність. Групові заняття для ветеранів дають змогу отримати соціальну підтримку та психоедукацію, навчитися технікам самодопомоги. Слід зазначити, що втручання під час нейрореабілітації повинне бути індивідуальним, враховувати ступень порушення, психоемоційний стан військового. Також важливо залучати рідних або близьке оточення щодо підтримки та впровадженні зовнішніх стратегій у повсякденне життя. Всі ці методи нейрореабілітації можуть призвести до покращення когнітивних функцій та якості життя військового. [6,8]

Література:

1. Кисіль Г. М. Когнітивні порушення після легкої черепно – мозкової травми: нейропсихологічний підхід до реабілітації. 2019. Журнал неврології, психіатрії та нейрохірургії. № 1, 23 – 25.
2. Козак Л. Реабілітація хворих з пошкодженням мозку внаслідок черепномозкової травми та інсульту. Медична реабілітація. 2013. № 1, 46-50.
3. Костюк М. М., Паньків Ю. В., Джума О. П. Технології відновлення функцій мозку у пацієнтів з пошкодженням головного мозку. Медична реабілітація. 2013. № 3, 47- 52.
4. Крисюк С.В. Особливості нейропсихологічної реабілітації ветеранів з когнітивними порушеннями після легкої черепно-мозкової травми. 2022. 87–92.
5. Сидоренко О. І. Психоемоційні та когнітивні порушення у військовослужбовців із посткомоційним синдромом. 2021. Військова медицина України. № 4, 46 – 49.
6. Татарчук Л. Ф., Смульська Н. І. Сучасні підходи до нейропсихологічної реабілітації осіб з наслідками ЧМТ. 2020. Психологія і суспільство. № 3, 104 – 108.
7. John J. Barry, Sepideh N. Bajestan, Jeffrey L. Cummings, Michael R. Trimble Concise guide to neuropsychiatry and behavioral neurology. Third edition. 2024. 133 – 142, 255-262.
8. Wilson, B. A., & Moffat, N. 2017. Neuropsychological rehabilitation: The international handbook. Routledge.

ПСИХОЛОГІЧНА КАРТИНА ПСИХОСОМАТИЧНОГО ХВОРОГО ТА ШЛЯХИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОДОЛАННЯ У ЖІНОК, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСИЛЬСТВА

Гуменна З.Т., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення особливостей прояву психосоматичних захворювань є актуальною проблемою, як у теоретичному, так і у практичному аспектах. За даними українськими досліджень, понад 60% жінок, які пережили насильство, мають виражені психосоматичні симптоми, зокрема порушення з боку серцево-судинної, травної, ендокринної та репродуктивної систем [2, 3, 4]. Актуальність теми зумовлена як високим рівнем поширеності насильства над жінками, так і недостатньою інтеграцією психотерапевтичної допомоги в систему психосоматичної підтримки.

Згідно з даними ВООЗ (WHO, 2021), кожна третя жінка у світі зазнавала фізичного або сексуального насильства упродовж життя. Насильство викликає глибокі порушення психологічної структури особистості, які проявляються не лише у вигляді посттравматичних реакцій, а й у розвитку соматичних симптомів без чіткої медичної етіології. Саме це й обумовлює необхідність комплексного вивчення психологічного портрету психосоматичного хворого серед жінок із травматичним досвідом [2,3,4].

Актуальність дослідження обумовлюється зростанням кількості звернень жінок із психосоматичними скаргами, які мають в анамнезі досвід психологічного, фізичного чи сексуального насильства [4,11]. Саме тому постає потреба у створенні цілісної психотерапевтичної моделі подолання психосоматичних симптомів через інтеграцію тілесного, емоційного та когнітивного рівнів переживання.

Проаналізовано ефективні психотерапевтичні підходи: позитивну психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію, EMDR-терапію (десенсибілізацію і репроцесинг рухами очей), тілесно-орієнтовану терапію. Водночас особливої уваги заслуговує модель позитивної психотерапії, що дозволяє активізувати внутрішні ресурси клієнтки, її здатність до подолання та самозцілення. Представлено п'ятикрокову модель психотерапевтичного супроводу за концепцією позитивної психотерапії, адаптовану до роботи з жінками, які пережили насильство [10].

Отже, психосоматичні розлади залишаються однією з актуальних проблем сучасної психотерапії. Особливої уваги потребує вивчення психосоматики у жінок, які зазнали фізичного, сексуального або психологічного насильства. Тілесна симптоматика в цьому контексті часто є маніфестацією глибоко неусвідомленого психотравматичного досвіду. Сучасна психотерапія пропонує низку інструментів для роботи з подібними станами, але важливо підібрати методики, які будуть чутливими до досвіду травми.

Аналіз останніх досліджень показує, що теоретичне підґрунтя становлять праці таких дослідників, як В. Франкл [13], Н. Пезешкіан [10], Б. ван дер Колк [1], П. Левін [8], Дж. Кабат-Зінн [6], Л. Херман [5], українські науковці Т. Титаренко [12], С. Максименко [9].

Мета нашої статті: полягала у розкритті особливостей психосоматичного хворого та шляхів психотерапевтичного подолання завдяки п'ятикроковій моделі позитивної психотерапії (на прикладі жінок, що зазнали насильства).

Об'єкт дослідження: психосоматичні захворювання особистості.

Предмет дослідження: психосоматичне захворювання жінок, які зазнали насильства та шляхи психотерапевтичного подолання.

Тривалий або одноразовий досвід насильства призводить до порушення цілісного сприйняття «Я», розбалансування нервової, гормональної та імунної систем, що в результаті може проявлятися соматичними захворюваннями від функціональних порушень до хронічних хвороб. Відомо, що психосоматичні розлади у жінок, які зазнали насильства, часто супроводжуються високим рівнем алекситимії, депресивними станами, тривогою, відчуттям відчуження від власного тіла [2,3,4].

У результаті аналізу анкетування 35 жінок віком від 25 до 38 років, що мають досвід психологічного фізичного та сексуального насильства, було виявлено типовий спектр симптоматики: хронічні головні болі, порушення сну, проблеми з ШКТ, кардіоневрологічні скарги. Поряд із цим фіксувались високі показники тривожності (за шкалою HADS), алекситимії (за TAS-20) та соматизації (за шкалою психосоматичних скарг). Такі результати узгоджуються з даними досліджень Gündel H., et al. (2002), які вказують на тісний зв'язок алекситимії з психосоматичними порушеннями [2,3,4].

Таблиця 1

Статистичні дані отримані за результатами дослідження
«Шкали психосоматичних скарг»

Показник	Кількість жінок (n)	% від загальної вибірки
Хронічні головні болі	24	68,6 %
Порушення сну	29	82,9 %
Скарги з боку ШКТ	21	60,0 %
Кардіоневрологічні прояви	18	51,4 %
Високий рівень тривожності (HADS)	26	74,3 %
Високий рівень депресивності (HADS)	23	65,7 %
Алекситимія (TAS-20 > 61)	27	77,1 %
Високий рівень соматизації	25	71,4 %

Як видно з таблиці, яка відображає кількісно-якісну характеристику психосоматичних та психологічних проявів у жінок, які мають досвід пережитого насильства. Аналіз даних засвідчив високу частотність скарг на психосоматичну симптоматику, що не мала органічної природи, але мала стійкий хронічний перебіг. Найвищі показники відзначено за шкалами тривожності та алекситимії, що вказує на порушену здатність до ідентифікації, вербалізації та регуляції емоційного стану. Виявлені симптоми підтверджують гіпотезу про тілесну репрезентацію психотравматичного досвіду в осіб із досвідом насильства. Подібні результати корелюють із дослідженнями Gündel et al. (2002), які доводять наявність патофизиологічного механізму соматизації як форми несвідомого психологічного захисту [2,3,4]. Психосоматичні симптоми в цьому контексті розглядаються не лише як клінічний прояв, а як комунікативне послання несвідомого, що потребує делікатного психотерапевтичного втручання.

Однією з провідних моделей, яка дозволяє цілісно працювати з такими проявами, є п'ятикрокова модель позитивної психотерапії Носсрата Пезешкіана, яка передбачає поетапне занурення в процес усвідомлення й подолання симптомів:

1. Спостереження – жінка навчається розпізнавати свої симптоми як сигнали внутрішнього конфлікту.
2. Інвентаризація – аналізується життєвий контекст симптомів, визначаються за балансною моделлю: тіло, досягнення, контакт, майбутнє.
3. Ситуативне підбадьорювання – знаходиться ресурс у конкретних життєвих ситуаціях, де жінка проявила силу, витривалість, креативність.
4. Вербалізація – емоції, які раніше витіснялися в тіло, поступово знаходять мовне оформлення через арт-терапію, роботу з метафорою, тілесно-орієнтовані техніки.
5. Розширення цілей – формується нова картина світу, в якій жінка не лише жертва, а особистість із потенціалом до відновлення [10].

Жінки з досвідом насильства часто мають порушення образу тіла, що зумовлює необхідність тілесно-орієнтованого підходу. Підходи А. Лоуена, П. Левіна, сучасні методики соматичного досвіду (Somatic Experiencing) дозволяють працювати з тілесною пам'яттю, знижувати рівень внутрішнього напруження, покращувати зв'язок із тілом [1,8].

Окрему увагу заслуговує методика EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), ефективність якої підтверджена численними дослідженнями у сфері роботи з ПТСР. У роботі з жінками, які зазнали насильства, EMDR дозволяє обробити травматичні спогади, зменшити інтенсивність афективної реакції, відновити почуття безпеки [2,3].

Слід зазначити, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) дає можливість клієнтці усвідомити зв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Особливо ефективними в роботі з психосоматикою є техніки когнітивної реструктуризації, експозиція до травматичних спогадів, робота з дисфункційними переконаннями щодо себе, світу й інших [3,13]

Узагальнюючи різні наукові дослідження можна підкреслити комплексний підхід у роботі з жінками, які зазнали насилля включає: первинну діагностику емоційного стану (використання HADS, TAS-20, шкал тривожності та психосоматичних скарг); побудову довірливого терапевтичного контакту; роботу з тілом і симптомом (через соматичні техніки, арт-терапію, дихальні вправи); інтеграцію особистісних ресурсів (через позитивну психотерапію); обробку травматичних спогадів (EMDR); когнітивну перебудову негативних установок (КПТ) [2,3].

Таким чином, ми бачимо, що психосоматичні симптоми у жінок, які зазнали насильства, є виразом глибокого психоемоційного дистресу. Комплексна психотерапевтична допомога, яка поєднує тілесно-орієнтовані практики, когнітивно-поведінкові інтервенції, EMDR-техніки та позитивну психотерапію, виявляється ефективною у зниженні симптоматики, відновленні контакту з тілом і формуванні нової життєвої перспективи. Надання цілісної підтримки жінці дозволяє не лише зменшити симптоми, але й відновити гідність, суб'єктність та віру в майбутнє [1,3,8].

Література:

1. Ван дер Колк Б. Тіло пам'ятає все. Київ : Yakaboo Publishing, 2021. 464 с.
2. Гуменюк О. І. Психосоматичні розлади: психологічні механізми та шляхи психокорекції. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2017. Вип. 5. С. 34–38.
3. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. для вищ. навч. закл. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2020. 264 с.
4. Дьяченко М. І., Костюк Г. С. Психосоматика в клінічній психології. Київ : Центр учбової літератури, 2019. 224 с.
5. Herman J. *Trauma and Recovery*. Basic Books, 2015. 336 p.
6. Кабат-Зінн Дж. Усвідомлення через медитацію. Львів: Свічадо, 2020. 304 с.
7. Кочюнас Р. Основи психотерапії. Київ : Либідь, 2008. 352 с.
8. Левін П. Пробудження тигра. Зцілення травми. Львів: Піраміда, 2018. 288 с.
9. Максименко С. Д. Психологія особистості. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 386 с.
10. Пезешкіан Н. Позитивна психотерапія. Теорія та практика. Київ : УПП, 2013. 296 с.
11. Сохань І. К. Основи психологічної допомоги жертвам насильства. Київ: ІЗМН, 2000. 128 с.
12. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у пошуках смислу життя. Київ: Либідь, 2003. 208 с.
13. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Львів: Кальварія, 2020. 176 с.
14. WHO. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. 2019. Available at: <https://icd.who.int/en>

ПСИХОСОМАТИЧНІ ЕКВІВАЛЕНТИ ПРОЯВУ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО - КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ШЛЯХИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Дмитрук Н.О., Венгер Г.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Сучасний ритм життя, постійний стрес, інформаційне перенасичення та емоційне виснаження все частіше стають не просто фоном нашого існування, а справжніми тригерами розвитку соматичних захворювань. Особливо вразливою у цьому контексті є травна система – складний механізм, тісно пов'язаний із психічною сферою. Сьогодні вже нікого не дивує, що тривалий стрес або психологічна травма можуть спричинити виразку, синдром подразненого кишечника чи гастрит [6, 9]. Але наскільки глибоко пов'язані психіка та шлунково-кишковий тракт? І які саме психологічні процеси стоять за соматичними симптомами?

У цій статті ми розглянемо психосоматичну природу захворювань ШКТ, визначимо найбільш поширені психосоматичні еквіваленти, а також проаналізуємо сучасні шляхи корекції, що поєднують як медичний, так і психотерапевтичний підходи [4, 7].

Проблема вивчення психосоматичних еквівалентів прояву захворювань шлунково-кишкового тракту полягає у складності диференціації між органічними та функціональними (психогенними) причинами симптомів. Часто пацієнти з вираженими скаргами на роботу ШКТ не мають об'єктивних органічних уражень, однак тривалий перебіг симптомів істотно знижує якість їх життя. Традиційна медицина, зосереджена переважно на фізіологічному аспекті, не завжди враховує психологічний компонент, що ускладнює постановку точного діагнозу та підбір ефективного лікування [1, 5].

Ще однією актуальною проблемою є недостатня поінформованість пацієнтів і лікарів загальної практики щодо психосоматичної природи певних гастроентерологічних розладів. Це призводить до хронічного використання медикаментів без значного покращення стану, а також до формування вторинної психологічної патології, включно з тривожними і депресивними розладами [2, 3, 10]. Таким чином, вивчення цієї проблематики вимагає міждисциплінарного підходу, який включає гастроентерологію, психологію та психотерапію [4, 8].

Поняття "психосоматика" з'явилося на початку XX століття і поступово стало ключем до розуміння того, як душевні стани можуть проявлятися через тілесні симптоми. У центрі цієї концепції — думка про те, що емоції, особливо ті, які не знаходять виходу, накопичуються і трансформуються у тілесні порушення [1].

Захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) особливо чутливі до впливу психоемоційного стану людини. Це зумовлено тим, що шлунок, кишечник та інші органи цієї системи активно іннервуються через вегетативну нервову систему, яка безпосередньо реагує на стрес [2].

Захворювання ШКТ як психосоматичні розлади:

а) Гастрит часто асоціюється з пригніченим гнівом, емоційною нестабільністю, невисловленими претензіями. Людина “перетравлює” не тільки їжу, а й події, емоції, спогади. Коли внутрішнє “перетравлення” не відбувається — виникає запалення слизової шлунка [3].

б) Виразкова хвороба. Поширена думка, що виразка — це “рана від слів”. Люди з таким діагнозом часто мають схильність до самокритики, почуття провини, внутрішньої напруги. Їм складно просити про допомогу, тому стрес переживається внутрішньо, створюючи надмірне навантаження на організм [4].

в) Синдром подразненого кишечника (СПК) — це яскравий приклад “тілесної мови” психіки. Хронічна тривога, страхи, постійне очікування небезпеки — усе це проектується на діяльність кишечника. Часто у пацієнтів із СПК спостерігаються панічні атаки, депресивні епізоди або розлади адаптації [5].

г) Хронічні закрепи, з психосоматичної точки зору, можуть символізувати нездатність “відпустити” — ситуацію, образу, емоцію. Людина тримається за минуле, боїться змін або не дозволяє собі проявляти емоції відкрито [6].

Дослідження свідчать, що у 60–70% випадків хронічних шлунково-кишкових порушень можна виявити чітку психоемоційну складову [7]. Часто ці порушення мають так звану алекситимічну природу — тобто пацієнти не усвідомлюють свої емоції або не вміють їх виражати словами. Тіло бере на себе функцію “мовлення”, сигналізуючи про внутрішні конфлікти через біль, спазми або інші симптоми.

Слід також згадати про роль дитячого досвіду: строгі батьки, гіперконтроль, покарання за емоційність — усе це формує у майбутньому дорослого із “зажатим” тілом, яке реагує на кожен стрес розладом шлунка.

Корекція (тілесне та психоемоційне одночасно):

а) Медичний підхід

Безумовно, у випадку захворювань ШКТ потрібна медична допомога. Призначення антацидів, спазмолітиків, пробіотиків — це базова терапія, яка знімає симптоматику. Але без роботи з психоемоційним фоном такі заходи часто мають лише тимчасовий ефект [8].

б) Психотерапія

Психотерапевтична робота дозволяє “розпакувати” ті емоції, які роками накопичувалися і проявлялися через тіло. Найефективнішими вважаються такі підходи: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — допомагає виявити автоматичні негативні думки, які запускають стресову реакцію [9]; гештальт-терапія — дозволяє “дожити” і усвідомити пригнічені емоції, налагодити контакт із тілом; тілесно-орієнтована терапія — фокусується на розслабленні м’язового напруження, дихальних практиках і роботі з тілесними блоками.

Крім психотерапії, ефективними є також техніки самодопомоги:

- а) Щоденне ведення щоденника емоцій, щоб вчитися розпізнавати й називати свої почуття.
- б) Медитації та дихальні вправи, які знижують рівень кортизолу — гормону стресу.
- в) Підтримка режиму сну, харчування, фізичної активності — базові, але критично важливі фактори балансу.

Захворювання шлунково-кишкового тракту часто є не лише наслідком харчових порушень чи інфекцій, а сигналами тіла про глибші, неусвідомлені конфлікти. Психосоматичний підхід дозволяє побачити хворобу як мову, через яку психіка намагається звернути на себе увагу. Тому ефективне лікування має бути цілісним — з врахуванням як фізіологічного, так і емоційного компонентів.

Робота з психосоматичними розладами потребує делікатності, емпатії та індивідуального підходу. Але найголовніше — вона дає шанс не лише полегшити симптоми, а й якісно змінити життя, відновити контакт із собою, навчитися жити “всередині тіла”, а не тільки “в голові”.

Література:

1. Alexander F. *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. Norton & Company, 1950.
2. Mayer E.A. *The Mind-Gut Connection*. Harper Wave, 2016.
3. Литвак М.Е. *Психологія гастриту та виразкової хвороби*. М.: Ексмо, 2008.
4. Немов Р.С. *Психология: Учебник для вузов*. М.: Владос, 2003.
5. Drossman D.A. *Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features*. Gastroenterology, 2016.
6. Lowen A. *The Language of the Body*. Macmillan, 1958.
7. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. *Disorders of Affect Regulation*. Cambridge University Press, 1997.
8. Харкевич Д.А., Баранова А.М. *Клінічна гастроентерологія*. Київ: Медицина, 2017.
9. Beck A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press, 1976.
10. Malhi G.S., Mann J.J. *Depression*. The Lancet, 2018.

СЕНСОРНА СФЕРА У СТРУКТУРІ РАС: КОРЕКЦІЙНО - РЕАБІЛІТАЦІЙНІ АСПЕКТИ

Дуднік А. О., Венгер Г. С.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Актуальність дослідження особливостей корекції сенсорної сфери у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) зумовлена зростанням кількості діагностованих випадків аутизму, що супроводжуються вираженими сенсорними порушеннями. Сенсорна дезінтеграція істотно ускладнює процес соціалізації, навчання, формування комунікативних навичок та емоційного саморегулювання. Корекція сенсорної сфери відіграє ключову роль у забезпеченні якості життя

дитини, її адаптації до середовища та гармонійного розвитку. У зв'язку з цим особливого значення набуває вивчення ефективних методів корекції, спрямованих на оптимізацію сенсорної обробки інформації, а також створення індивідуалізованих підходів у роботі з такими дітьми. Науковий інтерес до цієї проблематики посилюється потребою міждисциплінарного підходу, що поєднує знання з нейропсихології, ерготерапії, сенсорної інтеграції та спеціальної педагогіки.

Розлади аутистичного спектру супроводжуються широким діапазоном сенсорних аномалій, які в літературі визначаються як сенсорна гіперчутливість, гіпочутливість або сенсорний пошук.[6] В основі таких порушень лежить неспроможність мозку ефективно обробляти, інтегрувати та реагувати на сенсорні сигнали з навколишнього середовища, що призводить до дезадаптивної поведінки.

Згідно з теорією сенсорної інтеграції, запропонованою Джин Айрес (Ayres, 1972), адекватне сприйняття та обробка сенсорної інформації є базою для розвитку моторики, мови, соціальної взаємодії та когнітивних функцій. При розладах аутистичного спектру відбувається порушення на рівні інтеграції сенсорних модальностей, що проявляється у складностях із плануванням рухів, нестійкістю уваги, проблемами в навчанні та спілкуванні.[1]

Окрему увагу дослідники приділяють особливостям реакцій дітей з РАС на звукові, зорові, тактильні, вестибулярні та пропріоцептивні стимули. Такі реакції часто відрізняються від типових і можуть бути як надмірними (уникання дотиків, гучних звуків), так і недостатніми (відсутність реакції на біль, пошук сильних стимулів).[1, 6, 7]

Порушення сенсорної інтеграції при РАС можуть мати системний характер і проявлятися у кількох сенсорних модальностях одночасно. Найбільш вразливими виявляються тактильна, слухова, зорово-просторова, пропріоцептивна та вестибулярна сфери. Наприклад, за спостереженнями Ayres (2005), сенсорна гіперчутливість до тактильних стимулів може зумовлювати уникнення тілесного контакту або неприйняття певних текстур, тоді як гіпочутливість - провокувати потребу в надмірному стимулюванні, як-от натирання шкіри чи пошук інтенсивного дотику.[1]

За даними дослідження Baranek (2006), близько 80% дітей з аутизмом мають значні сенсорні розлади, що впливають на їх повсякденне функціонування. Такі особливості нерідко призводять до труднощів у регуляції поведінки, виникнення емоційної дезорганізації, труднощів у концентрації уваги, а також до формування повторюваних стереотипних рухів - як спроби самостимуляції або самозаспокоєння.[3]

У працях вченої Winnie Dunn (2002) запропоновано модель сенсорної обробки, згідно з якою діти з РАС можуть демонструвати чотири основні типи сенсорного реагування: низька реєстрація, сенсорне уникнення, сенсорний пошук і сенсорна чутливість.[5] Ця модель дозволяє точніше інтерпретувати індивідуальні патерни поведінки дитини й обирати ефективні терапевтичні стратегії.

З огляду на зазначене, вкрай важливим є точне діагностування типу сенсорних порушень, що дає змогу сформувавши індивідуалізований корекційний маршрут. При цьому необхідна міждисциплінарна участь фахівців: психологів, ерготерапевтів, логопедів, неврологів і педагогів, що забезпечує комплексну підтримку дитини з РАС.

У сучасній корекційно-реабілітаційній практиці корекція сенсорної сфери дітей з РАС розглядається як цілісна система, спрямована на оптимізацію сенсорної обробки, формування адаптивної поведінки та покращення якості повсякденного функціонування. Основу таких втручань складають принципи нейропластичності мозку та сенсомоторної інтеграції.[1, 7]

Одним із провідних підходів в корекції сенсорної сфери є метод сенсорної інтеграції Дж. Айрес. Суть методу полягає у створенні спеціального сенсорного середовища (сенсорної кімнати), в якому дитина в безпечний спосіб досліджує різноманітні стимули, тренує координацію, баланс, тактильну та вестибулярну сфери.[1]

Також широко застосовуються підходи ерготерапії, що поєднують сенсорну стимуляцію з навчанням функціональних навичок. Ерготерапевт оцінює щоденні труднощі дитини у побуті, грі чи навчанні, після чого розробляє індивідуальний план втручання із сенсорним компонентом.[4]

В останні роки інтенсивно розвивається напрямок нейропсихологічної корекції, в якому використовуються спеціальні когнітивні та рухові завдання, що активізують роботу сенсомоторних систем. Нейропсихологічні програми спрямовані на формування міжпівкульної взаємодії, розвиток зорово-просторових функцій, уваги та моторного планування.[2]

Окремо слід зазначити роль інтегративних практик, які поєднують дихальні вправи, майндфулнес-підходи, елементи йоги та музику як засоби саморегуляції. Технології віртуальної реальності (VR) та ігрові сенсорні платформи (як-от балансувальна дошка, інтерактивні панелі) дедалі активніше впроваджуються в нейрокорекційну роботу. Вони поєднують елементи моторної активності з когнітивною стимуляцією, сприяючи розвитку адаптивних стратегій.

Таким чином, сенсорна сфера посідає ключове місце у структурі порушень, характерних для дітей з РАС. Сенсорна дезінтеграція негативно впливає на комунікацію, поведінку, навчання та емоційний стан. Ефективна корекція сенсорних порушень можлива за умови застосування міждисциплінарного

підходу, який включає сенсорну інтеграцію, ерготерапію, нейропсихологічні методики. Розуміння індивідуальних сенсорних профілів дітей дозволяє створити оптимальні умови для розвитку, навчання та соціалізації, що є підґрунтям для успішної реабілітації.

Література:

1. Айрес Дж. Дитина і сенсорна інтеграція: розуміння проблем розвитку з практичними рекомендаціями для батьків та спеціалістів / Дж. Айрес; за участю Джеффа Роббінса; пер. з англ. Т. Колеснік. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 280 с.
2. Князев В. М., Мілютіна К. Л., Дубашидзе Н. М., Рубель Н. Г. Робоча книга корекційного психолога. Київ: ДІА, 2019. 308 с.
3. Baranek G. T., David F. J., Poe M. D., Stone W. L., Watson L. R. Sensory Experiences Questionnaire: Discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006. Vol. 47, № 6. P. 591–601. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01546.x>
4. Case-Smith J., Arbesman M. Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 2008. Vol. 62, № 4. P. 416–429. <https://doi.org/10.5014/ajot.62.4.416>
5. Dunn W., Daniels D. B. Initial development of the Infant/Toddler Sensory Profile. *Journal of Early Intervention*. 2002. Vol. 25, № 1. P. 27–41.
6. Tomchek S. D., Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the Short Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*. 2007. Vol. 61, № 2. P. 190–200. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.61.2.190>
7. Schaaf R. C., Benevides T., Kelly D., Mailloux Z. Occupational therapy and sensory integration for children with autism: A feasibility study. *Autism*. 2012. Vol. 16, № 3. P. 321–327. <https://doi.org/10.1177/1362361311435157>

ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ СТАТЕВОГО ПОТЯГУ ПСИХОГЕННОГО ГЕНЕЗУ ТА ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Дякова А.М., Мітіна С.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Дослідження ВООЗ щодо стану психічного здоров'я населення під час воєн і надзвичайних ситуацій свідчать про певне збільшення захворюваності та поширеності психічних розладів, розлади статевого потягу не є винятком. Сексуальний потяг є складним явищем, на яке впливає взаємодія біологічних, психологічних та соціально-культурних факторів. Хронічний стрес, тривога та депресія мають значний і часто негативний вплив на сексуальний потяг (лібідо) як у чоловіків, так і у жінок. Ці психологічні стани можуть порушувати складну взаємодію гормональних, нейрохімічних та психологічних факторів, що лежать в основі сексуального бажання. Роль психотравматичного досвіду у сексуальній сфері є надзвичайно значною та може мати глибокі й довготривалі наслідки для сексуального функціонування, бажання, ідентичності та загального сексуального благополуччя людини. Розуміння цих аспектів є важливим для всебічного розуміння сексуальності людини та сексуальної поведінки, що обумовлює актуальність дослідження даної проблеми.

Дослідження проблеми сексуальної поведінки висвітлюється в працях зарубіжних і вітчизняних вчених. Зокрема у працях Зигмунда Фрейда, Альфреда Кінсі, Вільяма Мастерса, В'єрджинії Джонсон, Джона Мані, Девіда Барлоу, Роберта Крукса та Карлі Баур, В. Сухомлинського, Т. Говорун, О. Шарган, М. Вовканич, О. Сечейко, Ю. Фопель, А. Анцибор та ін.

Сексуальна поведінка пов'язана з фантазіями, але відрізняється від них. Лайтенберг і Хеннінг (1995) визначають сексуальні фантазії як «будь-які ментальні образи, що викликають сексуальне збудження». Однією з найпоширеніших фантазій є фантазія заміщення — фантазування про когось іншого, ніж поточний партнер (Хікс і Лайтенберг, 2001). Крім того, понад 50% людей мають фантазії про примусовий секс (Крітеллі і Бівона, 2008). Однак це не означає, що більшість із нас хоче зраджувати своїм партнерам або бути залученими до сексуального насильства. Сексуальні фантазії не тотожні сексуальній поведінці. [2]

Психогенні фактори в сексуальній сфері - це психологічні стани, процеси, думки, переконання, емоції, міжособистісні відносини та попередній досвід, які безпосередньо впливають на сексуальне бажання, збудження, оргазм, розрішення та загальне сексуальне задоволення. На відміну від органічних факторів (фізіологічних захворювань, гормональних порушень, побічних ефектів ліків), психогенні фактори мають первинно психологічне походження, хоча тривалий вплив може мати і вторинні фізіологічні прояви (наприклад, хронічна тривога може впливати на гормональний баланс). Психогенні фактори є глибоко індивідуальними. Те, що є стресором для однієї людини, може не впливати на іншу. Індивідуальні особливості особистості, рівень самооцінки, механізми копіngu зі стресом відіграють значну роль у тому, як психологічні фактори впливають на сексуальність. [4]

Важливо зазначити, що психогенні та органічні фактори часто взаємодіють. Наприклад, органічна еректильна дисфункція може призвести до тривоги та страху невдачі, що посилює проблему (вторинні психогенні фактори). І навпаки, хронічний стрес може мати фізіологічні наслідки, що впливають на сексуальну функцію. Психогенні сексуальні дисфункції часто можуть бути ситуативними, виникаючи лише в певних обставинах або з певним партнером. Це може вказувати на специфічні психологічні або міжособистісні чинники, що лежать в основі проблеми.

Психотравматичний досвід, особливо сексуальне та емоційне насильство, має вплив на сексуальну сферу через складні психологічні та нейробіологічні механізми. Травма призводить до змін у структурі та функціонуванні мозку, зокрема в областях, що відповідають за емоційну регуляцію, страх, задоволення та тілесні відчуття. Це може проявлятися у підвищеній тривожності, труднощах з розслабленням, дисоціації (відчуття відстороненості від власного тіла та емоцій) під час сексуальної активності. Пережита травма часто призводить до труднощів з ідентифікацією, вираженням та регуляцією емоцій. У сексуальній сфері це може проявлятися у страху близькості, почутті провини або сорому щодо сексуальних бажань, труднощах з відчуттям задоволення або навпаки, у ризикованій сексуальній поведінці як способі впоратися з емоційним болем.

Травматичний досвід може спотворювати думки та переконання щодо себе, інших та сексуальності. Можуть виникати негативні уявлення про власне тіло, сексуальну привабливість, відчуття безпорадності, недовіри до партнерів. [2]

Порушення особистих меж, спричинені насильством, проявляються у труднощах з встановленням здорових меж у сексуальних стосунках, відчуттям вторгнення або дискомфорту під час близькості. У жінок, які пережили сексуальне насильство, може виникати психогенний біль або спазм вагінальних м'язів як несвідома реакція на очікування болю або вторгнення. Травма може руйнувати здатність довіряти іншим та встановлювати близькі емоційні й фізичні стосунки, що ускладнює сексуальне життя. У деяких випадках люди, які пережили травму, можуть вдаватися до ризикованої сексуальної поведінки як способу впоратися з емоційним болем, відчутти контроль або відтворити травматичні ситуації. Травматичний досвід може заплутати або спотворити сприйняття власної сексуальності.

Хронічний стрес призводить до постійного підвищення рівня кортизолу, основного гормону стресу. Високий рівень кортизолу може пригнічувати вироблення статевих гормонів, таких як тестостерон (важливий для лібідо в обох статей) та естроген (особливо важливий для жінок). Зниження рівня цих гормонів безпосередньо призводить до зменшення сексуального потягу. Хронічний стрес підтримує симпатичну нервову систему в активному стані ("бий або біжи"), що може ускладнювати фізіологічне збудження та розслаблення, необхідні для сексуальної активності. Постійне відчуття напруги, роздратованості, втоми, труднощі з концентрацією, пов'язані зі стресом, можуть відволікати від сексуальних думок та фантазій, знижуючи загальний сексуальний інтерес. Проблеми у стосунках, які часто супроводжують хронічний стрес, також можуть негативно впливати на лібідо.

Тривожні думки та занепокоєння поглинають увагу людини, залишаючи менше місця для сексуальних думок та фантазій. Страх невдачі у сексі (тривога очікування) може особливо сильно пригнічувати бажання. Тривога часто супроводжується хронічною м'язовою напругою, що може ускладнювати розслаблення та отримання задоволення під час сексуальної активності, тим самим знижуючи мотивацію до неї. Соціальна тривожність або страх бути вразливим можуть призводити до уникнення інтимних ситуацій, що, в свою чергу, знижує сексуальний потяг.

Депресія характеризується постійною втомою, втратою інтересу до раніше приємних занять, включаючи секс. Зниження загальної енергії та мотивації робить сексуальну активність менш бажаною. Почуття смутку, безнадії, провини, низька самооцінка, які супроводжують депресію, можуть значно знижувати сексуальний потяг та відчуття власної сексуальної привабливості. Депресія часто призводить до соціальної ізоляції та уникнення контактів з іншими людьми, що зменшує можливості для сексуальної близькості та знижує сексуальний інтерес. Хронічний стрес, тривога та депресія часто співіснують та можуть взаємно посилювати один одного, створюючи складний психологічний стан, який суттєво впливає на сексуальний потяг. [1]

Розглянемо специфіку поведінкових симптомів при зниженому, підвищеному та якісно зміненому сексуальному потягові психогенного походження.

Гіпоактивний сексуальний потяг психогенного походження проявляється в уникненні сексуальних ситуацій, зниженні ініціативи, пасивності під час сексу. Людина яка має такий розлад активно уникає будь-яких ситуацій, які можуть призвести до сексуальної близькості (наприклад, уникає залишатися наодинці з партнером, відмовляється від обіймів та поцілунків). Рідко або ніколи не ініціює сексуальні контакти.

При підвищеному сексуальному потязі (гіперсексуальність) психогенного походження важливо зазначити, що сам по собі цей розлад не завжди є проблемою. Проблемаю гіперсексуальність стає, коли є нав'язливою, неконтрольованою, викликає дистрес або негативно впливає на життя людини. Людину з цим розладом турбують постійні, інтенсивні сексуальні думки та фантазії, які важко контролювати та які можуть заважати повсякденній діяльності. Повторювані сексуальні дії, які людина відчуває себе змушеною виконувати, незважаючи на негативні наслідки (наприклад, часта мастурбація, випадкові статеві зв'язки, залежність від порнографії).

Якісно змінений сексуальний потяг (парафілії) характеризується стійкими, інтенсивними сексуально збуджуючими фантазіями, сексуальними потягами або поведінкою, що включають незвичайні об'єкти, ситуації або індивідів (наприклад, дітей, осіб, які не дали згоди, тварин). Важливо зазначити, що наявність сексуальних фантазій не завжди є парафілією; діагноз ставиться, коли ці фантазії є нав'язливими, викликають дистрес або призводять до дій, що завдають шкоди собі або іншим.

Точне визначення первинної причини сексуального розладу є критично важливим для вибору найбільш ефективного лікування. Лікування залежить від конкретного розладу та може включати психотерапію, медикаментозне лікування (у випадках гіперсексуальності або парафілій) та інші методи. [3]

Отже, підсумовуючи вищевикладене, необхідно зазначити, що розуміння специфіки психогенних факторів є ключовим для діагностики та лікування сексуальних дисфункцій. Психотерапевтичні підходи, спрямовані на роботу з емоціями, думками, переконаннями, міжособистісними відносинами та травматичним досвідом, часто є ефективними у вирішенні проблем, що мають психогенне походження.

Література:

1. Бочелюк В.Й., Черепехіна О.А. Психологія сексуальності: навч. Посіб.-Київ: «Видавничий дім «Скіф», 2023. -312с.
2. Лукас, Д. та Фокс, Дж. (2025). Психологія людської сексуальності. У Р. Бісвас-Дінер та Е. Дінер (ред.), серія підручників Noba: Психологія. Шампейн, Іллінойс: видавництво DEF. Отримано з <http://noba.to/9gsqhd6v>
3. Kocharyan, G. (2021). Hypersexuality as a Manifestation of Various Disorders. Health of Man, (3), 74–84. <https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2021.246213>

4. Психологічні основи сексуальності: матеріали для самопідготовки до семінарських занять для студентів спеціальності «Психологія» /Редагування та упорядкування О.В.Федик. Івано-Франківськ: Плай, 2010. 159 с.

5. Юнг К. Г., Сонді Л. Патологія сексуальних потягів. Київ, 2022. 394 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕМДР-ТЕРАПІЇ

Колесник Т.Ю., Венгер Г.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність проблеми, пов'язаної з особливостями прояву посттравматичного стресового розладу у дітей із розладами аутистичного спектра та можливостями їх нейрореабілітації засобами ЕМДР-терапії, обумовлена як необхідністю поглибленого теоретичного осмислення даного феномену, так і потребами удосконалення практичних психотерапевтичних втручань.

Як стверджують науковці, в умовах повномасштабної війни в Україні значно зросла кількість дітей, які зазнали травматичних подій, що обумовлює зростання випадків посттравматичного стресового розладу (далі ПТСР). Діти з розладами аутистичного спектра (далі РАС) є особливо вразливою групою, оскільки їхні комунікативні та сенсорні особливості можуть ускладнювати своєчасну діагностику і відповідне лікування ПТСР [12,13].

Слід зазначити, що незважаючи на високу поширеність ПТСР серед дітей з РАС, проблема залишається малодослідженою як в Україні, так і в міжнародному контексті [15].

Крім того, в реабілітаційній практиці бракує адаптованих протоколів терапії для цієї категорії дітей. Метод десенсибілізації та репроцесингу рухами очей (далі ЕМДР) є перспективним напрямом психологічної допомоги, який, за сучасними дослідженнями, демонструє позитивні результати у роботі з травматичними спогадами навіть у дітей з аутизмом [16].

Таким чином, дослідження особливостей прояву ПТСР у дітей з РАС та можливостей їх нейрореабілітації за допомогою ЕМДР-терапії є надзвичайно актуальним для розвитку клінічної психології в Україні та вдосконалення системи психологічної допомоги в умовах воєнного стану.

Мета дослідження - дослідити особливості прояву посттравматичного стресового розладу у дітей з РАС, з подальшою оцінкою ефективності використання ЕМДР-терапії як одного з методів психологічної допомоги.

Об'єкт дослідження - процес психологічної травматизації та посттравматичних порушень у дітей з розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження - особливості прояву ПТСР у дітей з РАС та можливості їх нейрореабілітації за допомогою методу ЕМДР.

Відповідно до Діагностичного і статистичного керівництва з психічних розладів DSM-5 [1], розлади аутистичного спектра об'єднали кілька попередніх

діагнозів (аутистичний розлад, синдром Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад, первазивний розлад розвитку неуточнений).

Діагностичні критерії РАС включають: порушення соціальної комунікації та взаємодії, обмежені та стереотипні моделі поведінки, інтересів або діяльності, ранній початок симптомів, а також значущий вплив на соціальне та академічне функціонування [1]. Структурно-функціональні нейробиологічні дослідження показали, що у дітей з РАС спостерігаються збільшення об'єму білої речовини мозку, зміни у товщині кори та порушення синхронізації між різними мозковими ділянками, що пояснює труднощі у соціальній взаємодії, комунікації та регуляції емоцій [4].

Узагальнюючи різні наукові дослідження можна підкреслити, що ПТСР у дітей визначається як складний психічний стан, що розвивається внаслідок переживання або свідчення подій, які викликали інтенсивний страх або безпорадність [14].

Особливості симптоматики ПТСР у дітей включають відтворення травматичного досвіду через гру або сни, соматичні скарги, уникання тригерів та емоційні порушення, зокрема роздратування і соціальну ізоляцію. [1]. Треба зазначити що, діти з РАС мають іншу сенсорну, афективну та нейрокогнітивну організацію, що впливає на їх реакцію на травму [8]. У них частіше проявляються атипові симптоми — соматизація, регресія, підвищена агресія, уникання контакту, зміни у звичних ритуалах [10]

Отже, у дітей з РАС симптоми ПТСР часто маскуються під ознаки аутистичної поведінки [8]. Основні труднощі полягають у нетиповому вираженні емоцій, високій сенсорній чутливості, труднощах з вербалізацією переживань та труднощах в емоційній регуляції [10].

Дослідження показують, що у дітей з аутизмом спостерігається порушення стресової реакції - гіперактивність осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, що проявляється підвищенням рівня кортизолу [3]. Також відмічається порушення процесу адаптації до повторних стресових стимулів, що ускладнює емоційне відновлення. Гіперчутливість до сенсорних подразників (світло, звук, дотик) додатково підсилює стресову відповідь у дітей з РАС [2].

Таким чином, у дітей із РАС виявляється підвищена схильність до розвитку ПТСР, яка має специфічні особливості порівняно з нейротиповими дітьми. Нестача валідних діагностичних інструментів та адаптованих протоколів ускладнює виявлення ПТСР.

Для дітей з РАС важливо адаптувати терапевтичні підходи, зокрема, включити техніки, що враховують їхню сенсорну чутливість, труднощі з комунікацією та потребу в структурованій рутині. ПТСР у дітей з РАС може проявлятися ускладненими формами, і терапевтам потрібно уважно працювати з індивідуальними потребами цих дітей.

В нашому дослідженні проведемо аналіз застосування ЕМДР терапії як одного з ефективних методів роботи з травматичним досвідом визнаних Американською психологічною асоціацією, Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Національним інститутом психічного здоров'я США. Зокрема, ВООЗ

у своїх рекомендаціях 2013 року включила ЕМДР як пріоритетний метод лікування ПТСР у дітей, підлітків та дорослих [7].

Метод десенсибілізації і репроцесингу рухами очей (ЕМДР) був розроблений Ф. Шапіро для лікування посттравматичного стресового розладу [16]. Суть методу полягає у стимуляції природних механізмів обробки травматичних спогадів за допомогою двосторонньої стимуляції (рухи очима, тактильні або звукові подразники). ЕМДР активує механізми переробки інформації в мозку, схожі на ті, що відбуваються під час фази швидкого сну (REM). Це дозволяє травматичним або стресовим подіям бути "переробленими", що зменшує їхній негативний емоційний вплив. У випадку з дітьми з РАС, це може допомогти зменшити емоційну напруженість, пов'язану зі стресовими ситуаціями чи сенсорними перевантаженнями.

Щодо дітей із РАС застосування ЕМДР вимагає адаптації : використання невербальної комунікації, дозування сенсорного навантаження, структурованість і передбачуваність сесій [9].

Дослідження показують, що ЕМДР може бути ефективним у зменшенні симптомів тривожності, сенсорного навантаження та поведінкових розладів у дітей із аутизмом, які пережили травму [5].

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що діти з РАС мають підвищену вразливість до розвитку ПТСР через особливості своєї нервової системи та стилю емоційної регуляції. Симптоми ПТСР у таких дітей можуть бути атиповими і вимагати ретельної диференційованої діагностики.

Як показують сучасні дослідження, застосування адаптованої ЕМДР-терапії відкриває нові можливості для нейрореабілітації дітей з РАС після пережитих травматичних подій. Проте необхідні подальші дослідження щодо оптимізації протоколів роботи з цією групою.

Література:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.2013.
2. Baranek, G. T. Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(5), 2002.p.397–422.
3. Corbett, B. A., Mendoza, S., Abdullah, M., Wegelin, J. A., & Levine, S.. Cortisol circadian rhythms and response to stress in children with autism. Psychoneuroendocrinology, 34(5), 2009. p.597–605.
4. Courchesne, E., Campbell, K., & Solso, S. Brain growth across the life span in autism: Age-specific changes in anatomical pathology. Brain Research, 1380,.2011. p.138–145.
5. Gomez, A. M. EMDR therapy and adjunct approaches with children: Complex trauma, attachment, and dissociation. New York: Springer Publishing Company.2013.
6. Habitus. Psychological peculiarities of trauma experience in children with autism.2022.
7. <https://www.emdr-europe.org/what-we-do/science/national-international-recognition>
8. Kerns, C. M., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. Traumatic Childhood Events and Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders, 45(11), 2015. p.3475–3486.
9. Manolova, H., Findling, R. L., & Lanius, R. A. EMDR adaptations for children with developmental disabilities. Developmental Neurorehabilitation, 24(5), 2021. p.295–305.
10. Mehtar, M., & Mukaddes, N. M. Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autism spectrum disorders. Research in Autism Spectrum Disorders, 5(1),2011. p.539–546.
11. National Autistic Society. (n.d.). PTSD and autism.

12. PubMed. Posttraumatic stress disorder in children with autism spectrum disorders.2023.
13. PubMed. Trauma and Autism Spectrum Disorder: Review, Diagnosis, and Treatment Considerations.2023.
14. Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. Journal of Traumatic Stress, 22(5),2009. p.391–398.
15. Richards, C., Mossey, J., & Robins, D. Trauma and Autism Spectrum Disorder: Review, Diagnosis, and Treatment Considerations. Autism Research, 12(9),2019. p.1511–1528.
16. Shapiro, F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures (3rd ed.). Guilford Press.2018.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

Кравчук Н.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У сучасний період Україна зіштовхується із високою частотою тривожно-фобічними розладами у дітей підліткового віку. В результаті, постає нагальна необхідність у вивченні проблем адаптації, адже дана проблема особливо актуальна в сучасному світі.

У цьому контексті проблема психологічної адаптації тривожних фобій підліткового віку є важливою і заслуговує на увагу науковців. Проблема адаптації в соціально-психологічному аспекті була досліджена багатьма закордонними та сучасними науковцями: серед них Макс Вебер, Ерік Еріксон, Чарльз Кулі, О. Захаровим, І. Панфілової, Г. Лаврентьєвої, Т. Титаренко, Г. Айзенком, І. Панфілова, які внесли значний вклад у дослідження феномена адаптації в соціально-психологічному контексті [1].

У зарубіжній психології проблема адаптації часто аналізується в контексті певних психотерапевтичних напрямів, таких як психоаналітичний та поведінковий. В українському контексті дослідники здебільшого акцентують увагу на окремих видах адаптації. Незважаючи на різницю в підходах, усі ці напрями сходяться на думці, що процес адаптації виявляється у двох основних аспектах: зміні суб'єкта або зміні ситуації відповідно до систем переконань суб'єкта. Вибір підходу відбувається несвідомо і залежить від низки факторів, серед яких особливості актуальної ситуації та особистісні характеристики самого суб'єкта [3].

У даній статті увага приділена дослідженню тривожно-фобічних розладів у дитячій віковій групі, а також розглянуто ефективні методи їх реабілітації. У сучасних умовах зростаючої психологічної напруги тривожно-фобічні розлади серед дітей підліткового віку починають набувати більшого поширення, що вимагає цілеспрямованого підходу від фахівців у галузі дитячої психології та психіатрії. Дані розлади характеризуються стійкими страхами та тривогою, що значно впливають на повсякденне життя молодих пацієнтів. Основні симптоми можуть включати надмірну тривогу під час соціальних взаємодій, страх перед певними об'єктами або ситуаціями, а також уникнення подібних ситуацій. Аналіз

причин розвитку тривожно-фобічних розладів свідчить про необхідність врахування як генетичних, так і соціальних факторів, які впливають на формування таких станів.

Важливу роль також відіграє сімейне середовище, а саме стиль виховання та взаємодія з оточенням. Реабілітаційні стратегії включають когнітивно-поведінкову терапію, яка є одним із найбільш ефективних підходів для корекції поведінкових та емоційних дисфункцій. Використання методів релаксації та арт-терапії також здатне значно поліпшити стан дітей підліткового віку, зменшуючи прояви тривоги та страхів.

Тривожно-фобічні розлади є однією з найбільш поширених форм психічних захворювань серед підлітків у сучасному світі. Актуальність цієї проблематики зумовлена підвищеним рівнем тривожності у дітей, що знаходяться на території нашої держави, в існуючих обставинах, які можуть посилювати вже наявні страхи. Ці страхи, за відсутності відповідної терапії, здатні трансформуватися у фобії [2].

Тривожно-фобічні розлади представляють собою групу психічних порушень, які характеризуються виключно або переважно страхом перед певними ситуаціями, що не несуть об'єктивної небезпеки. Пацієнт, як правило, намагається уникати або проявляє значний страх перед такими ситуаціями. Занепокоєння може концентруватися на специфічних симптомах, таких як тремтіння від страху чи відчуття знепритомлення, часто асоціюючись з боязню смерті, втрати контролю над собою або втрати розуму. Перебування в очікуванні можливих фобійних ситуацій провокує передчасну тривогу. Часто спостерігається коморбідність фобічної тривожності та депресії.

Прийняття рішення щодо діагностування двох розладів – фобічного тривожного розладу та депресивного епізоду – або лише одного залежить від тривалості цих станів та міркувань лікаря-спеціаліста протягом консультативного процесу [1].

Клінічні особливості емоційного стану дітей з тривожними розладами проявляються через такі психологічні феномени як розгубленість, образа та розчарування. Згадані фактори формують основу невротичних реакцій. Варіанти унікальної поведінки в дітей виникають з симптоматики тривожно-фобічних розладів, їхніх емоційних переживань від травматичних подій та тривалих конфліктів психологічного характеру. Наявність вегетативних дисфункцій у структурі тривожного розладу в підлітків, який включає пароксизмальні стани, такі як тахікардія, запаморочення, задишка та панічні атаки, спостерігається закріплення невротичних проявів та рання соматизація. Це сприяє розвитку цих станів. Можливе також сімейне накопичення багатфакторних захворювань серед хворих дітей з тривожно-фобічними розладами.

На підставі узагальненої наукової літератури можна зазначити, що розвиток і тип тривожно-фобічного розладу обумовлюється багатьма факторами, включаючи вік дитини. Наприклад, у дошкільному віці страхи зазвичай мають монотематичний характер з простим і конкретним змістом, із пароксизмальними проявами та поєднанням із яскравими, часто візуалізованими страшними образами. До шести років з'являються переживання, пов'язані зі смертю, тоді як

у семирічному віці додається іпохондрична тематика. Нозофобії, які розглядаються як прояв пубертатної конституціональної структури, є типовими для підлітків віком від 12 до 15 років.

Варто відзначити також, що серед дітей молодшого шкільного віку переважають множинні фобії, у той час як у підлітків частіше зустрічаються ізольовані фобії [4]. Діагностика має включати опис ситуації та пов'язаної з нею тривоги, яка спричиняє страх, оцінку власної самооцінки та її співвідношення з рівнем домагань у значущій діяльності, визначення локусу контролю, а також методики для виявлення рівня тривожності і типу, виразності та спрямованості акцентуацій характеру та темпераменту. Після оцінки результатів слід розробити реабілітаційні заходи, спрямовані на індивідуальну реабілітацію та попередження виникнення подібних розладів, а також можливість їх своєчасного розпізнавання.

У висновку слід зазначити важливість ігрового підходу, який включає співпрацю фахівців з різних сфер для забезпечення всебічної допомоги та підтримки дітям із тривожно-фобічними розладами [4]. Ефективна реабілітація вимагає координації дій між психологами, психіатрами, педагогами та, звичайно ж, батьками. Поглиблені дослідження в даній області можуть сприяти розробці нових методик лікування і профілактики психічних розладів у дитячому віці.

Література:

1. Коробка О. Діагностика та лікування тривожних розладів у дітей і підлітків. [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2020/9\(120\)/nn20_9_48-54.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2020/9(120)/nn20_9_48-54.pdf)
2. Купко Н. Тривожні розлади: особливості перебігу, діагностування та лікування. Електронний ресурс. Режим доступу. [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2019/10\(111\)/nn19_10_37-40_1c44bd82eb734ab1d15efadca7149096.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2019/10(111)/nn19_10_37-40_1c44bd82eb734ab1d15efadca7149096.pdf)
3. Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Багацька Н. В., Мітельов Д. А., Матковська Т. М., Глотка Л. І. Клініко-генетичний аспект тривожно-фобічних розладів у дітей у контексті первинної та вторинної профілактики. Електронний ресурс. Режим доступу. <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/17389/3/b3607502b0facac12c13984b83506634%281%29-67-67.pdf>
4. Михайлова Е. А. Феноменологія фобії у дітей з тривожними розладами. Електронний ресурс. Режим доступу. http://www.mps.kh.ua/archive/pdf/2018/3/13/Phenomenology_of_phobia_in_children_with_anxiety_disorders.pdf

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

Криванич С.В., Мельничук І.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним явищем, що виникає у відповідь на надзвичайно травматичні події. Військовослужбовці зони бойових дій особливо вразливі до ПТСР через низку біопсихосоціальних чинників, зокрема емоційну чутливість, соціальні ролі.

Кризові періоди –війна, соціально-економічна нестабільність, моральне та фізичне спустошення – суттєво підвищують ризик розвитку ПТСР у військовослужбовців зони бойових дій. ПТСР провокує дуже значуща стресова ситуація, пов'язана з життям людини, її безпекою. Щоб розвинувся цей розлад, має відбутися глибока травмуюча подія.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, людина, особистість, психотерапевтичні підходи, військовослужбовець зони бойових дій, розлад, стресовий розлад, депресія, депресивні стани.

Посттравматичний стресовий розлад ПТСР) – психічний розлад, який виникає внаслідок переживання людиною психотравматичної події або ряду подій. В нашому світі постійно відбуваються самі непередбачувані події. Цілі нації страждають від природних і техногенних катастроф, внаслідок змін клімату, недостатності ресурсів та війни. Україна — країна, в якій ведуться бойові дії, і її населення, зокрема, особливо сильно очутили на собі, що таке ПТСР. На даний момент присутня така статистика – близько 7% населення мають ПТСР в мирний час та близько 20% людей, які були в зоні бойових дій, мають ПТСР. У популяції 15-25% мають ПТСР, де військовослужбовці зони бойових дій в два рази більш схильні до розвитку ПТСР, у порівнянні з чоловіками [1; 3; 5].

Теоретичні основи ПТСР закладено в роботах таких дослідників, як Б. Ван Дер Колк, Дж. Горовіц, А. Яноман, Л. Тернер [1].

Дослідники [2] визначили комплекс симптомів ПТСР – це можуть бути флешбеки, тобто, спалахи в пам'яті, повторне проживання травмуючої події, людина не просто її згадує, а дуже гостро переживає її знову й знову, серцебиття підвищується, може виникнути тремор (тремтіння), нудота, людина відчуває запахи цієї події, звуки, смаки. Флешбек може тривати від кількох хвилин до години, людина зависає в цьому стані. Ще один симптом це негативний власний емоційний фон, тобто відчуття жалю, провини, депресивний настрій, відчуження, людина не радіє і не сумує, емоції відключаються, не цікаві новини, близькі люди, сім'я, відбувається порушення соціальних зв'язків. Також ПТСР може проявлятися через сильне нервово збудження, агресію, спалахи гніву, порушення сну, головний біль, неможливість контролювати себе. Причому агресію людина може проявляти як до інших, так і до себе. Або навпаки – уникає емоцій, спогадів, людей, місць, які нагадують про страшне. Діагноз ПТСР ставить психіатр [1]. Психолог проводить опитування. Якщо виявляє багато ознак, тоді можна говорити про ПТСР. Інструментами діагностики є клінічні інтерв'ю, шкали (наприклад, CAPS, PCL-5), проєктивні методики, психодіагностика (методика Бека, тест Люшера). Важливо враховувати соціокультурний контекст та гендерно обумовлені реакції на травму [4].

Що ми розуміємо під травмою?

У більшості випадків спеціалісти розглядають травму, як подію / чи подію, характерну для прямої загрози життя, важкого пошкодження тіла або ж сексуального насилля. При цьому важливо пам'ятати, що особа може бути безпосереднім учасником події, свідком події, надати допомогу потерпілому, дізнатися про подію, що яким-то чином пов'язано з людиною або близькими для

неї людьми. Нижче будуть наведені приклади того, що може стати психотравмуючою подією у військовослужбовців зони бойових дій.

- Війна.
- Масові міжособистісні вбивства.
- Стихійні лиха і техногенні катастрофи.
- Пожежі.
- ДТП.
- Сексуальне насильство.
- Фізичне насильство (від незнайомих або внутрішньо сімейне насильство).
- Бути свідком самогубств (чи дізнатися про самогубство близької людини).
- Дитяче насильство (фізичне/сексуальне та часті супроводжуючі емоційна відстороненість/депривація).
- Соматичні захворювання з подальшим розвитком погрози для життя людини, інвазивними медичними процедурами.
- Бути свідком травматизації інших людей та наслідків самої травми.

Тут хочеться якби на певний час зупинитись. Й задати питання. Вище зазначені причини розвитку ПТСР.

І власне питання таке – «Чи можливе життя без травматичних подій або знання про них?». У наш час, коли технології мають всеоб'ємний вплив на нас і наше психічне здоров'я, чи можливо залишатися поза новинами, які повідомляють про чергові нещасні випадки/ДТП/смерть/катастрофи тощо? [5]

Одночасно травму переживають від 50 до 70% людей за своє життя, в зоні бойових дій – 95% переживають психотравмуючі події. Але ж не у всіх розвивається ПТСР у подальшому? Із тих, хто пережив травму у 20% буде ПТСР. У результаті недостатнього звернення за допомогою, низької кваліфікації спеціалістів, стигматизації проблем психічного здоров'я в 30% випадків ПТСР може перейти в подальшому в хронічну форму з симптомами пожиттєвої персистенції протягом десяти і більше років [3].

Реакція людей на травму буває дуже різною. Наслідки травми для психічного здоров'я, відповідно, також можуть бути різними – від усунення самих негативних наслідків до надзвичайно виражених симптомів і погіршення якості життя в цілому.

Які симптоми ПТСР?

Серед симптомів ПТСР виділяють чотири основні групи симптомів/ Серед них:

1. Симптоми повторного переживання травматичного події.

- Флешбеки – виникають проти волі, нав'язливі відчуття повторного переживання травматичної події, сюди можуть входити те, що було з людиною, тілесні відчуття тощо.
- Нав'язливі відчуття – виникли проти волі і нав'язливі відчуття щодо травмуючої події у житті людини.
- Жахливі сновидіння – повторне переживання травми у вигляді сновидінь.

- Гра дітей на тему травми – при неможливості вербалізувати те, що сталося, діти можуть грати, щоб травматична подія повернулась у їхнє життя.

2. Симптоми упушення

- Збігання у зовнішньому світі – місця, новини, чого-завгодно, що може згадати про травматичні події.

- Зосередження на внутрішньому світі – упушення згадувань, думок про травмуючі події у житті людини.

3. Зміни в емоційній і когнітивній сферах

- Амнезія.
- Емоційне оніміння.
- Негативні переконання про себе, світі тощо.
- Стійкі негативні стани (сором, почуття провини, золоба тощо).

4. Гіпертривожність/гіперактивність

Лікування ПТС

Отримання ефективного лікування має значний вплив на зменшення симптомів розладу і поліпшення якості життя у військовослужбовців. На даний момент варіанти лікування ПТСР включають в себе психологічне та/або фармакологічне втручання. Важливо пам'ятати, що ПТСР має високу коморбідність з іншими психічними розладами. У більшості випадків, коли проявляються перші симптоми ПТСР, люди не можуть зрозуміти, що з ними відбувається. І досить часто, відповідно, не можуть описати іншим людям свій стан і переживання. До самого ПТСР можуть «приєднатися» депресивні, тривожні стани і розлади, які можуть або не були пов'язані із прийомом психоактивних речовин. Всі ці чинники можуть ускладнити розуміння того, що відбувається з людиною. Згідно дослідження К.Н. Seal та ін. (2007), проведеним серед 103 тис. 788 ветеранів США, які воювали в Іраку та Афганістані, серед військових з ПТСР тільки в 17% цей діагноз спостерігався без супутніх проблем із соматичним або психічним здоров'ям. КПП включено в рекомендації лікування ПТСР багатьох міжнародних організацій (АРА, NICE) [2].

Які кроки до поліпшення стану у КПП?

Існує кілька основних етапів на шляху до шляху зцілення:

- Стабілізація – на цьому етапі людина дізнається про механізми виникнення симптомів ПТСР; пошук та/чи відновлення власних ресурсів; навчання навикам коупінгу з симптомами ПТСР; навчання навиків емоційної регуляції.

- Обробка травм за допомогою експозиції до травматичних подій і ситуативної експозиції.

- Відновлення – повернення до життя без ПТСР.

Отже, важливо пам'ятати, що незважаючи на те, що ПТСР є складною і серйозною проблемою для життя і здоров'я військовослужбовців, як в Україні, так і в світі вже розроблені доказові та ефективні методи психотерапевтичних втручань. КПП знаходиться на перших позиціях в рекомендаціях лікування ПТСР по всьому світу у військовослужбовців зони бойових дій. ПТСР у військовослужбовців зони бойових дій має свою специфіку: емоційна насиченість симптомів, глибоке внутрішнє переживання, часті психосоматичні

прояви. Ефективна діагностика і своєчасна профілактика допомагають зменшити ризики хронізації розладу та підтримати психічне здоров'я військовослужбовця. Профілактика включає раннє виявлення травми, розвиток соціальної підтримки, навчання навичкам розпізнавання симптомів та правильного реагування на стрес роботу з психологом. Психотерапевтична допомога (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR (десенсибілізація та переробка травм), арт-терапія) довела свою ефективність. Зміцнення мережі підтримки (сім'я, друзі, побратими, групи підтримки, наприклад, у центрах допомоги військовослужбовцям). У випадках, коли психотерапія не дає результатів – можливе призначення антидепресантів або анксиолітиків. Таким чином, вивчення психологічних особливостей ПТСР у військовослужбовців зони бойових дій є важливим кроком до покращення системи психічного здоров'я та створення цілісного підходу до допомоги постраждалим.

Література:

1. Блінов О.О. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком, 2016. 246 с.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. Київ; Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 67 с.
3. Посібник для фахівців служб персоналу військових частин Збройних Сил України (в умовах воєнного стану) : посіб. / О.В. Яцино, І.М. Половінкін, О.Л. Тракалюк, В.В. Федорович, О.П. Даценко, Ю.І. Костенко, С.В. Солодовник, С.М. Чумаченко, Т.А. Блізніков. Київ : НМЦ КП МО України, 2022. 56 с.
4. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. Київ : ВСВ «Медицина». 2023. 120 с.
5. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психосоціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. N 2 (2). Р. 297–304. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2 \(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2 (2)-297-304).

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ

Мельничук І.В., Кучер З.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення особливостей порушень пізнавальних психічних процесів у дітей з розладом аутистичного спектру (РАС) залишається однією з найактуальніших у сучасній психологічній науці. Дефіцити уваги, пам'яті та мислення у цій когнітивній групі мають складну етіологію і характеризуються високою клінічною гетерогенністю, що значно ускладнює діагностику та оцінку реабілітаційних потреб [1,2]. Стандартні нейропсихологічні методики, такі як СРТ для уваги або digit span для робочої пам'яті, часто не фіксують ні гіперфокусування на деталях, ні фрагментарне відтворення інформації, притаманне дітям з РАС, через що результати тестування є неповними або навіть хибними [2,5].

Незважаючи на значний прогрес у нейронауках, механізми порушень у лобно-тім'яних мережах мозку, відповідальних за виконавчі функції та робочу пам'ять, досі вивчені не в повному обсязі [4]. Оцінка θ -синхронізації ЕЕГ виявилася перспективним біомаркером стійкості уваги та когнітивної втоми, однак її інтеграція з нейропсихологічними тестами залишається фрагментарною через відсутність узгоджених протоколів [4,5]. Поряд із цим у практиці застосовуються сенсомоторні вправи, VR-модулі, біофідбек-сесії та інші технологічні інтервенції, що вимагають синтезу поведінкових, нейропсихологічних і біофізіологічних даних для побудови точного індивідуального профілю та розробки ефективних програм нейрореабілітації [3,8].

Мета нашої статті — проаналізувати психологічні особливості порушень пізнавальних психічних процесів у дітей з РАС та сучасних підходів до їх нейрореабілітації.

Об'єкт дослідження — порушення пізнавальних психічних процесів у дітей з РАС.

Предмет дослідження — визначити прояви психологічних особливостей порушення пізнавальних психічних процесів у дітей з РАС та їх нейрореабілітація.

Ключові слова: розлад аутистичного спектру, пізнавальні процеси, психологічні особливості, нейрореабілітація.

В умовах інтенсивного розвитку нейронаук дослідження пізнавальних порушень у дітей з РАС набуває особливого значення. Індивідуальний профіль дефіцитів уваги, пам'яті та мислення у цієї категорії дітей залишається недостатньо вивченим, що ускладнює розробку ефективних діагностичних методик і корекційних програм [1,2]. Трофімова О. В. розробила адаптовані нейропсихологічні тести для виявлення фрагментарної уваги, акцентуючи увагу на явищі hyper-focus і втраті глобальної інтеграції інформації [1]. Ковальчук О. М. продемонструвала, що вправи на короткочасну і робочу пам'ять збільшують span пам'яті на 15–18 % після шести тижнів інтервенції [2].

Варто зазначити, що нестабільність зв'язків у лобно-тім'яних мережах мозку, пов'язана з порушеннями виконавчих функцій, лежить в основі дефіцитів уваги та робочої пам'яті у дітей з РАС [4]. Беляк О. І. виявила зниження θ -синхронізації у лобних ділянках під час виконання тестів на стійку увагу, пов'язуючи це зі збільшеною кількістю помилкових реакцій на незначущі стимули [4]. Шевченко І. Ю. показала, що сенсомоторні вправи (метод Томатіса і програми Айверсона) знижують відволікання і підвищують стійкість уваги на 20–25 % після курсу корекції [3].

Узагальнюючи дані нейропсихологічних експериментів, робоча та епізодична пам'ять у дітей з РАС характеризується зниженням span на 1–2 одиниці у тестах digit span та Corsi block-tapping, що призводить до фрагментарного відтворення інформації і ускладнює лінійне мислення [2,5]. Гончаренко С. М. адаптувала когнітивно-поведінкові вправи для розвитку довготривалої пам'яті, досягнувши покращення на 20 % у групі українських дітей

з РАС [5]. Lord C. у міжнародному огляді систематизував основні патерни порушень когнітивних функцій, вказуючи на їхню стійкість незалежно від загального IQ [8].

З огляду на фрагментарну увагу і ригідність мислення, діти з РАС рідко застосовують альтернативні стратегії розв'язання задач і схильні до стереотипних рішень [6]. Кравченко А. В. і Петренко Л. В. показали, що у креативних завданнях діти з РАС генерували на 40 % менше унікальних рішень порівняно з контрольною групою [6].

Варто відзначити, що сучасні інноваційні підходи до нейрореабілітації поєднують когнітивно-поведінкові методики, нейропсихологічні тренажери і сенсомоторні вправи для досягнення синергічного ефекту. Рандомізовані дослідження моделі Early Start Denver Model показали, що раннє інтенсивне втручання не менше 15 годин на тиждень підвищує IQ на 17 % і покращує робочу пам'ять на 20 % [9]. Мета-аналіз у JAMA Pediatrics підтвердив переваги такого підходу у зниженні симптомів аутизму і підвищенні самостійності дітей з РАС [10]. Крім того, сучасні програми нейрореабілітації включають використання цифрових платформ з інтерактивними вправами, що адаптуються до прогресу дитини. Важливим є поєднання групової терапії, яка стимулює соціальні навички, з індивідуальними сесіями поведінкової терапії. Батьків навчають методам підтримки вдома, забезпечуючи цілодобове продовження терапевтичного впливу. Особливо ефективні модульні програми, що поєднують вправи на візуалізацію, слухове відтворення і тактильну стимуляцію для комплексного розвитку пізнавальних функцій.

У межах інклюзивної освіти ключовим є тісна співпраця нейрореабілітологів і педагогів. Включення коротких 15-хвилинних нейротренувань у розклад уроків призвело до зниження частоти поведінкових епізодів на 25 % і збільшення участі дітей у групових проєктах на 30 % за даними пілотних проєктів українських спеціалізованих закладів [6].

У контексті нейропластичності важливо підкреслити, що мозок дитини з РАС зберігає значний потенціал до перебудови нейронних мереж. Функціональна МРТ показує, що комбінована когнітивно-поведінкова і сенсомоторна терапія сприяє формуванню нових синаптичних зв'язків у префронтальній корі. Інтенсивність втручань у період раннього розвитку (від 2 до 5 років) корелює з вираженими змінами показників уваги і пам'яті, підтверджуючи концепцію критичних періодів нейропластичності [9]. Додатково у структурі лікування застосовують нейрофідбек, що дозволяє дитині контролювати власну електрофізіологічну активність, і сенсомоторні ігри, які сприяють реорганізації кортикальних мереж. Інноваційні підходи також включають використання кінезіологічних вправ і арт-терапії для стимуляції різних аспектів когнітивної та емоційної регуляції.

Необхідно підкреслити, що мультисенсорний підхід, який інтегрує віртуальну реальність, біофідбек і традиційні вправи, демонструє високий потенціал. Клінічні випробування 12-тижневих VR-інтервенцій підтвердили, що учасники демонструють на 30 % вищу стійкість до зовнішніх відволікаючих

факторів і на 25 % краще засвоєння соціальних навичок порівняно з традиційним тренінгом [8].

Узагальнюючи міжнародний досвід у сфері нейрореабілітації дітей з РАС, слід зазначити, що законодавчі рамки і стандарти підтримки інклюзивної освіти суттєво відрізняються між країнами. У США та країнах ЄС успіх інтеграції оцінюється не лише академічними, а й соціально-емоційними показниками [7,8]. Це підкреслює необхідність розробки єдиних національних протоколів, що зобов'язують включати нейрореабілітаційні елементи (нейропсихологічні вправи, VR-модулі, біофідбек) в індивідуальні освітні програми для дітей з РАС [6].

Варто відзначити, що ефективність втручань значною мірою залежить від попередньої фази кейс-менеджменту і мультидисциплінарної діагностики. Описові кейс-віньетки, що використовують модифікований WISC-V і ЕЕГ-моніторинг, дозволяють точніше алгоритмізувати етапи оцінки і корекції [4, пілотному проєкті ESDM у 2024 році дітей віком 3–4 років навчали щодня, і вже через два місяці зафіксували 25 % зростання соціальної залученості [9].

Слід підкреслити, що психофізіологічні маркери, такі як рівень α -ритму і зміни θ -синхронізації, корелюють із динамікою когнітивних вправ і сенсомоторної корекції. Біофідбек-сесії з візуалізацією в реальному часі дозволяють адаптувати навантаження під індивідуальний темп навчання [9].

Виходячи з вищезазначеного, формування відкритих платформ для обміну даними між реабілітаційними центрами і дослідницькими лабораторіями видається надзвичайно перспективним. Платформи open science створюють великі реєстри даних для ML-моделей, що дозволяє алгоритмічно персоналізувати реабілітаційні протоколи [10].

Таким чином, перехід від статичних протоколів до динамічних, адаптивних моделей реабілітації забезпечить не лише покращення когнітивних функцій, а й реальну соціальну інтеграцію дітей з РАС.

Висновки свідчать, що ефективна нейрореабілітація дітей з РАС вимагає комплексного, індивідуалізованого підходу, що об'єднує найкращі вітчизняні та зарубіжні практики. Синергія державної політики, мультидисциплінарної підготовки фахівців, залучення сімей і новітніх технологій створить умови для гармонійного розвитку та соціальної інтеграції цих дітей.

Література:

1. Трофімова О. В., Бойко Т. І. Когнітивні порушення у дітей з аутизмом: особливості та корекція. Український журнал нейропсихології. 2022. Випуск 2(4). с 12–21.
2. Ковальчук О. М., Сергієнко В. П. Раннє втручання та розвиток пам'яті у дітей з РАС. Психологічна реабілітація. 2021. Випуск 5(1). с 33–46.
3. Шевченко І. Ю. Інноваційні методи сенсомоторної терапії при аутизмі. Дитячий нейропсихологічний вісник. 2020. Том 3, Номер 2. с 45–52.
4. Біляк О. І. Нейропсихологічна корекція уваги у дітей з РАС. Психологічна допомога. 2023. Випуск 1(3). с 78–86.

5. Гончаренко С. М., Литвиненко О. П. Когнітивно-поведінкова терапія в системі нейрореабілітації дітей з РАС. Журнал клінічної психології. 2022. Том 9, Номер 2. с 101–115.
6. Кравченко А. В., Петренко Л. В. Розвиток мислення у дітей з аутизмом: теорія та практика. Наукові записки НАПН України. 2019. Випуск 4. с 56–70.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5. Washington DC: APA, 2013. 991 с.
8. Lord C., Elsabbagh M., Baird G., Veenstra Vanderweele J. Autism spectrum disorder. Lancet. 2018. Том 392, Номер 10146. с 508–520.
9. Dawson G. та ін. Randomized controlled trial of early intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. Pediatrics. 2019. Том 145, Номер 1. Стаття e20182058.
10. Reichow B., Barton E. E., Boyd B. A., Hume K. Early intensive behavioral intervention for young children with ASD: a systematic review and meta analysis. JAMA Pediatrics. 2020. Том 174, Номер 1. с 30–38.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ ТА ШЛЯХИ ЙОГО РЕАБІЛІТАЦІЇ

Палабугіна О.А., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Якщо ми звернемось до даних ВООЗ то побачимо, що депресія відноситься до однієї із провідних причин втрати працездатності у світі, та зростання депресій у сучасній цивілізації пов'язують із високим темпом життя, COVID-19, впливом війни, підвищеним рівнем стресогенності [1]. Узагальнюючі данні сучасної наукової літератури [2, 3, та інші], ми можемо побачити, що депресивні розлади (F 32) являють собою групу клінічних станів, що характеризуються порушенням настрою, втратою спроможності контролювати свої афекти і суб'єктивним відчуттям важких страждань. Депресивний епізод – група клінічних станів, що характеризуються пригніченим настроєм велику частину дня, втратою інтересу до навколишнього і втратою відчуття задоволення. Важливо зазначити, що якщо депресію не лікувати то кожний наступний епізод буде протікати важче і мати сильніший негативний вплив на фізичне здоров'я і працездатність людини, адже депресія це не просто «поганий настрій», а таке саме фізичне захворювання, як і пневмонія чи ангіна, що може виснажувати анітрохи не менше. [4]. Не дивно, що актуальним питанням на сьогодні є дослідження перебігу депресивного синдрому знаходження методів, які стануть ефективними в подоланні цього психічного розладу і реабілітаційних заходів з попередження та подолання депресивних станів.

У статті розглядається та обґрунтовується потреба розробки дієвої реабілітаційної програми для людей страждаючих на депресивний синдром, який є складним та багатоступеневим психічним розладом, що вимагає комплексного підходу до лікування і реабілітації. Нажаль, відомі методи лікування не завжди дають очікувані результати, оскільки кожен випадок депресії унікальний, і тому потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта.

Досліджено ефективні діагностичні і психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтована психотерапія, фармакотерапія та інші методи.

З Грецької мови «депресія» переводиться як «чорна жовч» - саме так описує її філософ Гіппократ. Він приділяв увагу фізичному лікуванню хвороби і був переконаний, що проблема депресії виникає через фізичні проблеми в організмі. Він рекомендував методику для допомоги хворим на депресію, яку використовують і у наші часи її назва Світлотерапія [5].

Треба зазначити, що Арон Бек, американський психотерапевт, висунув теорію когнітивної триади негативних установок: негативні погляди на себе, на світ і очікування негативного сценарію в майбутньому. В роботі з депресією він використовував Когнітивно – поведінкову терапію, мета якої відокремити негативні думки від фактів і тим самим повернути людину до позитивних емоцій і кращого самопочуття. Вчений зробив великий внесок у психіатрію, створивши один з опитувальників для скринінгу депресії та аналізу змін при лікуванні цього розладу — Шкалу депресії Бека. Надійність цього опитувальника була підтверджена науковими дослідженнями [6].

Значний внесок у вивченні депресивних розладів зробили і українські вчені М. Гапонова, яка досліджувала причини виникнення депресії підлітків і дітей, психіатр В. Власенко, якому вдалося довести існування зв'язку між соціально-психологічними факторами, генетикою та ризиком депресії [7]. Впродовж всієї історії вчені намагалися досліджувати перебіг депресивного синдрому, шукати і знаходити методи подолання та профілактики цього недугу, шукати методики та будувати гіпотези. Дослідники різних підходів і теорій погоджуються в одному - депресія є хворобою, яку важливо попереджати і лікувати.

Ключові слова: депресія, депресивний синдром, реабілітація, когнітивно-поведінкова терапія, діагностика, психотерапія, психологічна підтримка.

Мета статті: розкрити особливості перебігу депресивного синдрому у дорослих.

Об'єкт дослідження: депресивний розлад особистості

Предмет дослідження: особливості перебігу депресивного синдрому та шляхи його реабілітації.

За класифікацією Міністерства охорони здоров'я України, депресивний розлад — це захворювання, при якому людина тривалий час (не менше двох тижнів) відчувається пригнічено, втрачає інтерес до занять, які раніше приносили задоволення, а також не може робити повсякденні справи [8].

Депресія впливає на всі сфери життя людини, великий відсоток самогубств є наслідком депресії.

Фактори виникнення депресивних епізодів часто поєднанні, до них належать генетичні, біологічні, психологічні. Впливають і умови життя людини, її соціальний статус, події що відбуваються навколо життя людини і які мають суб'єктивний вплив на її психоемоційний стан.

Розвитку депресії сприяє дисбаланс нейромедіаторів, до яких відносять серотонін та дофамін. Спровокувати депресію можуть сильні стресові події такі як травма, втрата житла, смерть рідної людини, важка хвороба тощо. Великий ризик несе в собі вживання психотропних речовин, зловживання алкоголем,

неконтрольоване приймання ліків. Війна в Україні також сприяла збільшенню випадків захворювання. Адаптуватися до умов невизначеності не легка, а для деякого непосильна задача.

Ще не відомо достовірно, та вчені мають припущення що на 50% депресія є генетичним захворюванням, а 50% - це наслідки психологічних і фізичних факторів. На сьогодні існують дві класифікації депресивних розладів які зазначено в довідниках МКХ-10 і DSM-5.

В залежності від симптомів та їх важкості виділяють три ступені депресивних розладів: категорія легкого (F 32.0), помірного (F 32.1) і важкого (F 32.2 і F 32.3) депресивного епізоду, що використовується за умови одиничного (першого) депресивного епізоду. Подальші депресивні епізоди кваліфікуються в одному із підрозділів рекурентного депресивного розладу. Легкий (F 32.0), помірний (F 32.1) і важкий (F 32.2 і F 32.3) [2]. Також депресія може бути хронічною, епізодичною з рецидивом (зазвичай відбувається якщо депресію не лікувати).

Будь-якій депресії сприяє дефіцит суб'єктивно переживаних цінностей. У повноті зв'язку зі світом, у живому обміні з усім прекрасним, добрим, що приносить задоволення, що є в житті, депресія виникнути не може [1].

Більш глибоко розуміти природу депресії дозволили сучасні досягнення в таких галузях науки як неврологія і психодіагностика. Це сприяло розробленню цілісного підходу до лікування депресії.

Вивченням депресивних розладів, їх діагностикою, заходами попередження та реабілітації займалися такі відомі зарубіжні науковці як: С. Абдіджадід-Стат Перлз, К. Арбелаз, Н. Бейнз, Л. Бікс, Д. Брент, Дж. Брук, А.С. Коен, Г.М. Найоля, Ю. Кім, Т.Дж. Дінзео, Р.М. Карні, М.П. Коен, Д.С. Чарні, Ч. Цзян, Дж.Б. Келлер, К.С. Кендлер, Д.Дж. Купфер, А. Купферберг, А.Дж. Марселла, С.Дж. Метью, К.М. Паріанте, Б. Пеннікс, М. Рот, С. Солтон, Н. Сарторіус, Д.А. Соломон, А. Тевельде та інші [8, 9].

У кожного пацієнта свій унікальний досвід симптомів депресії. У людини яка відчуває повноту життя, сфери якого заповненні сенсом і радістю, можливість виникнення депресії мінімальне. В депресії людина занурюється в своє минуле, вона не може відчувати радість від моментів «тут і зараз», не планує «світлого» майбутнього. Людина спостерігає за своїм життям наче тримаючи від нього дистанцію. Зникає межа між усвідомленням який «Я є» і розумінням яким «Я хочу бути». Осередком депресії можна вважати проникливий сум, постійну втому, байдужість до всього і всіх, знецінювання або втрату будь – якого сенсу життя, його цінності.

У кожної людини депресія протікає по – різному, тому слід застосовувати індивідуальний підхід під час діагностики депресивного синдрому та на основі результатів, створювати індивідуальний план реабілітаційних заходів.

Узагальнюючи всебічне дослідження і вивчення депресивного синдрому, можна відмітити що сучасна наука має чимало дієвих підходів використання медикаментозної терапії, методів психотерапії та психосоціальної підтримки для ефективного комплексного лікування депресії, що дозволяє знайти персоналізований підхід, який відповідає індивідуальним потребам пацієнта.

Література:

1. Мельничук І.В, Каргіна Н.В. Основи психологічного здоров'я та психотерапія. Одеса, 2025. 485 с
2. Савенкова І.І. Навчально-методичний посібник «Патопсихологія». – Миколаїв, 2017. 160 с
3. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. <https://www.prostranstvo.media/uk/depresiya-istorychnyj-poglyad-i-suchasni-doslidzhennya/>
5. <https://etnuir.tnu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/346/%D0%94%D0%B8%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D0%BC%20%D0%93%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%BA%D0%BE%20%2823%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. https://mhealthzdravo.com.ua/article/depresivniy-rozlad-prichini-simptomi-ta-metodilikuвання?srsId=AfmBOogdn7tMWJ4zvUvVajI-iOSwRD5HJeiKZ_Ubfzhrsv7D2bPZJ
7. Депресія. Маленька книжка про велику людську проблему, або Що необхідно знати про хворобу і догляд за пацієнтом / О. Чабан, Е. Хаустова, Е. Жабенко. Київ, 120 с, 2012 р.
8. Antidepressant prescribing in five European countries: application of common definitions to assess the prevalence, clinical observations, and methodological implications / V. Abbing-Karahagopian, C. Huerta, P.C. Souverein, F. de Abajo, H.G. Leufkens, J. Slattery, Y. Alvarez, M. Miret, M. Gil, B. Oliva, U. Hesse, G. Requena, F. de Vries, M. Rottenkolber, S. Schmiedl, R. Reynolds, R.G. Schlienger, M.C. de Groot, O.H. Klungel, T.P. van Staa, L. van Dijk, A.C. Egberts, H. Gardarsdottir, M.L. De Bruin. Eur J Clin Pharmacol. 2014. № 70. P. 849–857.
9. Members of the Consensus Meeting. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines / A. Cleare, C.M. Pariante, A.H. Young, I.M. Anderson, D. Christmas, P.J. Cowen, C. Dickens, I.N. Ferrier, J. Geddes, S. Gilbody, P.M. Haddad, C. Katona, G. Lewis, A. Malizia, R.H. McAllister-Williams, P. Ramchandani, J. Scott, D. Taylor, R. Uher. Psychopharmacol. 2015. № 29. P. 459–525.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В РОБОТІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

Семеній Т.О., Савенкова І.І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення особливостей застосування психологічної реабілітації в роботі з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) військовослужбовців зони бойових дій є надзвичайно актуальною в умовах збройного конфлікту, що триває в Україні. Бойові дії спричиняють глибокі психотравмувальні переживання, які часто не минають самостійно і призводять до хронічних форм ПТСР. У зв'язку з цим виникає необхідність не лише в діагностиці та лікуванні, але й у формуванні цілісної системи психологічної допомоги, яка враховує індивідуальні, культурні та соціальні особливості військових [1].

Водночас, у науковому середовищі спостерігається нестача єдиного підходу до визначення ефективних методів психологічної реабілітації. Проблемними залишаються питання узгодженості між теоретичними моделями ПТСР та практичним застосуванням психокорекційних і психотерапевтичних методів [2]. Не менш важливим є і недостатній рівень підготовки фахівців, здатних надавати допомогу з урахуванням специфіки бойової травми, а також

обмежені ресурси реабілітаційних центрів, особливо в регіонах, наближених до фронту [3].

Вивчення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та розробка ефективних підходів до психологічної реабілітації військовослужбовців є предметом уваги багатьох науковців як в Україні, так і за її межами.

В Україні над цією проблематикою працюють провідні фахівці у галузі психології та психіатрії. Зокрема, Олександр Кульчицький, доктор медичних наук, активно досліджує питання нейропсихіатрії та психотравм, пов'язаних із бойовими діями. Світлана Чуніхіна, політичний психолог, вивчає наслідки психологічних травм війни та адаптаційні процеси ветеранів у суспільстві. Академік Юрій Кондратьєв спеціалізується на вивченні механізмів стресу і тривожних розладів, а також розробці психокорекційних методик. Ірина Зверева, фахівчиня у сфері кризової психології, займається впровадженням програм допомоги військовим та їхнім родинам. Професор Олег Чабан, психіатр, досліджує особливості психічного стану військовослужбовців, які пережили бойові дії, зосереджуючись на методах лікування ПТСР.

Серед зарубіжних науковців одним із найвідоміших дослідників є Matthew J. Friedman — засновник Національного центру з вивчення ПТСР у США (National Center for PTSD), який зробив значний внесок у розуміння природи цього розладу. Bessel van der Kolk, автор відомої книги «Тіло пам'ятає все» (The Body Keeps the Score), досліджує нейропсихологічні механізми травми [7]. Shira Maguen, клінічний психолог з U.S. Department of Veterans Affairs, спеціалізується на роботі з ветеранами бойових дій. Британський дослідник Simon Wessely працює у King's Centre for Military Health Research та займається вивченням бойового стресу та його впливу на психіку військовослужбовців. Rachel Yehuda, американська вчена, вивчає епігенетичні зміни, пов'язані з ПТСР, та займається розробкою інноваційних методів психотерапевтичної допомоги [9].

Таким чином, вітчизняна та міжнародна наукова спільнота активно працює над вивченням ПТСР та удосконаленням методів психологічної реабілітації, спрямованих на повернення військовослужбовців до повноцінного життя.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, ПТСР, військовослужбовці, психологічна реабілітація, психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це складна реакція психіки на екстремальний психотравмівний досвід, характерний, зокрема, для бойових дій. В умовах збройної агресії проти України дедалі більше військовослужбовців стикаються із симптомами ПТСР, що потребує ґрунтовного наукового аналізу та розробки ефективних методів реабілітації [1; 2].

Мета статті — проаналізувати наукову літературу з проблеми ПТСР у військових та дослідити особливості застосування психологічної реабілітації у роботі з цією категорією.

Об'єкт статті — посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців зони бойових дій.

Предмет статті — особливості психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР.

Слід зазначити, що симптоматика та специфіка ПТСР у військовослужбовців ПТСР серед військових виявляється в різних формах: від інтенсивних флешбеків, нічних кошмарів до підвищеної тривожності, уникання нагадувань про травму, відчуженості, агресивності та соматичних симптомів [3]. Характерною є гіпервігілантність, що супроводжується порушенням сну, концентрації, схильністю до імпульсивних реакцій. Психологічна травма впливає не лише на психоемоційну сферу, а й на функціонування нейрональних мереж мозку, що пояснює когнітивні порушення [4].

Актуальні підходи до психологічної реабілітації військових з ПТСР В українському контексті реабілітація військовослужбовців включає індивідуальну та групову психотерапію, підтримку родин, соціальну адаптацію та ресоціалізацію. Найпоширенішим підходом є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), ефективність якої підтверджена численними дослідженнями [5; 6]. У фокусі КПТ — ідентифікація та трансформація деструктивних переконань, формування нових поведінкових стратегій, подолання уникання.

Треба зазначити, що значну роль відіграють тілесно-орієнтовані підходи (сенсомоторна психотерапія, соматичний досвід), що враховують тілесну пам'ять травми [7]. Майндфулнес-практики допомагають військовим розвивати здатність перебувати в теперішньому моменті, знижують рівень стресу та тривожності.

Інтегративні моделі психосоціального супроводу включають міждисциплінарну команду: психологів, психіатрів, соціальних працівників, реабілітологів, що забезпечує системний підхід до допомоги.

Етапна модель психологічної допомоги Реабілітація військовослужбовців із ПТСР має проходити поетапно: діагностичний етап (глибока психодіагностика, опитувальники PTSD Checklist, BDI-II, HADS, клінічні інтерв'ю); стабілізаційний етап(КПТ, фармакотерапія при необхідності, релаксаційні техніки, навчання саморегуляції); травмофокусований етап (експозиційна терапія, EMDR, наративна терапія, техніки реконструкції травматичного досвіду); етап ресоціалізації (групові терапія, робота із сім'єю, профорієнтація, волонтерська діяльність, менторство) [8].

Проблематикою психологічної реабілітації військовослужбовців із посттравматичними стресовими розладами в Україні займаються як державні, так і недержавні організації, наукові установи, а також окремі фахівці у сфері психічного здоров'я. Серед провідних українських інституцій варто відзначити Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, а також практичні структури, як-от Центр психічного здоров'я і реабілітації "Лісова поляна" МОЗ України. Активну діяльність у цьому напрямку здійснюють волонтерські організації та міжнародні гуманітарні місії (наприклад, Psychological Crisis Service, Veteran Hub, UNICEF Ukraine, Міжнародний медичний корпус).

На міжнародному рівні проблемою ПТСР у військових займаються такі відомі установи, як U.S. Department of Veterans Affairs (особливо National Center for PTSD), King's Centre for Military Health Research (Велика Британія), Canadian

Institute for Military and Veteran Health Research, а також університети з розвиненими програмами з військової психології — наприклад, Harvard University, Stanford University, University of Oxford. Ці організації не лише здійснюють наукові дослідження, а й впроваджують практичні програми реабілітації, що часто стають моделлю для адаптації в інших країнах, зокрема й в Україні.

Український та міжнародний досвід В Україні активно впроваджуються програми підтримки ветеранів (Центри психічного здоров'я, ГО «Побратими»). Досвід США, Канади, Ізраїлю демонструє ефективність мультидисциплінарних реабілітаційних програм, адаптованих до потреб військових [9].

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців потребує системного, науково обґрунтованого підходу до реабілітації. Найбільш ефективними є комплексні програми, що включають КПТ, тілесно-орієнтовану терапію, фармакологічну підтримку, соціальну інтеграцію. Особливої уваги заслуговує адаптація західних практик до українських реалій та врахування культурного контексту. Перспективним напрямом є розвиток програм тривалого супроводу ветеранів [10].

Література:

1. Апасв І. С., Мельник Л. В. Особливості психічної травматизації в умовах бойових дій. Психологічний журнал. 2021. Т. 3, № 12. С. 45–53.
2. Бевз Л. М. Сучасні тенденції посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Медична психологія. 2022. Т. 2, № 5. С. 17–24.
3. Власенко О. Г. Досвід нейрореабілітації ветеранів війни в Україні. Наука і оборона. 2023. № 1. С. 78–85.
4. Іванова М. А. Психотерапевтична допомога особам з ПТСР: міжнародний та український досвід. Актуальні проблеми клінічної психології. 2021. Вип. 15. С. 103–110.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA Publishing, 2013. XXXVIII, 991 p.
6. Bisson J. I., Cosgrove S., Lewis C., Roberts N. P. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015. Vol. 351. Article ID: h6161.
7. Cloitre M., Courtois C. A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B. C., Green B. L. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. Journal of Traumatic Stress. 2011. Vol. 24, No. 6. P. 615–627.
8. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen J. A. Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, 2009. XVIII, 658 p.
9. Yehuda R., McFarlane A. C. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. American Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 177, No. 5. P. 376–383.
10. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. New York : Basic Books, 2015. 336 p.

П'ЯТИЕТАПНИЙ ІНТЕГРАТИВНИЙ МЕТОД НЕЙРОКОГНІТИВНОЇ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Сєвцов С.В., Савенкова І. І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Сучасна українська реальність, сформована в умовах військової агресії російських окупантів та використанням високоенергетичної зброї проти українських військових та цивільних осіб впродовж повномасштабної російсько-української війни, характеризується стрімким зростанням кількості людей з мінно-вибуховими черепно-мозковими травмами (ЧМТ) та супутніми психогенними розладами. Посткомоційний синдром та нейрокогнітивний розлад, що часто виникають після ЧМТ, у поєднанні з гострими та хронічними стресовими розладами, значно ускладнюють реабілітацію та адаптацію військових та цивільних осіб, переживших фізичні та психологічні травми війни. Класичні протоколи психологічної допомоги не завжди враховують особливості когнітивного дефіциту внаслідок нейротравми, а нейропсихологічна реабілітація потребує структурованого, науково обґрунтованого підходу, який включає як відновлення когнітивних функцій, так і стабілізацію емоційного стану, на кожному етапі психологічної готовності клієнта до якісних змін.

В цьому контексті ми пропонуємо до Вашої уваги розроблений нами п'ятиетапний інтегративний метод нейрокогнітивної та психоемоційної реабілітації - системну програму, що поєднує елементи клієнт-центрованої терапії та когнітивно-поведінкової терапії; нейропсихологічної реабілітації шляхом відновлювального тренування та формування метакогнітивних навичок. Метод базується на принципі поетапного відновлення самосприйняття, керуючих (виконавчих) функцій та здатності до адаптивної поведінки. Кожен етап прив'язаний до певного аспекту «Я-концепції» й відповідає визначеним зонам найбільшої активності головного мозку на даній стадії, має специфічні цілі та відповідні психологічні техніки.

1. Стабілізація («Емоційне Я»)

Метою етапу є зниження емоційного напруження, створення безпечного терапевтичного простору та відновлення зв'язку між лімбічною системою (зокрема гіперактивною мигдалиною) і префронтальною корою, який при ЧМТ та психологічній травмі часто порушується [6]. Це сприяє покращенню саморегуляції, концентрації, сну та зниженню тривоги.

Стабілізація досягається через техніки клієнт-центрованої терапії: активне слухання, перефразування-уточнення, валідація, підсвічування. Формується довіра, зменшуються механізми психологічного захисту, активується початковий контакт. Базовими принципами роботи на даному етапі є принципи клієнт-центрованої терапії Карла Роджерса: безумовне позитивне прийняття, емпатія, конгруентність, недирективність [5].

Поширеною помилкою є передчасний перехід до директивної роботи без врахування рівня психологічної готовності клієнта. Це критично важливо при роботі з травмами війни, де глибина стресу може бути недооціненою.

Ознакою завершення стабілізації є зниження опору та відкритість до глибшої роботи. Перехід до наступного етапу перевіряється за допомогою техніки «Сократівських запитань» — м'яких когнітивних інтервенцій, що допомагають оцінити ресурс уваги, емоційної стабільності та готовність клієнта до активації керуючих функцій.

2. Активація (“Мисляче Я”)

На цьому етапі відбувається активація дорсолатеральної префронтальної кори та «холодних» базових керуючих когнітивних функцій: уваги, інгібіції, робочої пам'яті, когнітивної гнучкості; вищих керуючих когнітивних функцій: логіка, абстракція, критичне мислення, планування [2]. Це безпечна зона для старту когнітивної реабілітації — без занурення в емоційно загрозливі теми.

Основою є метод відновлювального тренування: індивідуальна програма, підбрана за результатами нейропсихологічної діагностики [4]. Активація відбувається поетапно — від простого до складного — з урахуванням ієрархії керуючих функцій. Метод спрямований на поступове розгальмування і реактивацію загальмованих (але морфологічно збережених) нейрональних ланцюгів, особливо внаслідок дифузного пошкодження або гіпофункції, викликаной черепно-мозковою травмою.

Пацієнт отримує досвід зосередженості, відволікання від тривоги, внутрішнього контролю. Він починає самостійно спостерігати, що здатний думати, аналізувати, долати завдання. Поступово активується когнітивна гнучкість, яка після травми префронтального кортексу часто перебуває в дисфункційному стані [3]. Саме поступова активація базових керуючих функцій дає можливість формування мотивації до подальшої терапії та переходу до глибших рівнів саморозуміння.

3. Інтеграція (“Усвідомлююче Я”)

Цей етап спрямований на усвідомлення взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Активуються медіальна префронтальна кора, інсулярна та передня поясна кора, які відповідають за саморефлексію, інтеграцію емоційного досвіду та розпізнавання внутрішніх конфліктів.

Пацієнт вчиться помічати автоматичні думки, тригери, когнітивні викривлення, досліджує власні цінності, потреби, цілі. Техніки: СТЕП (Ситуація-Тлумачення-Емоція-Поведінка), робота з думками (КПТ) [1], майндфулнес, проєктивні методики.

Ціль — формування цілісного образу себе, розуміння особистої мотивації, когнітивних дисонансів і шляхів їх подолання. Це фундамент для свідомої дії та внутрішньої відповідальності.

4. Формация (“Рішуче (дієве) Я”)

На цьому етапі пацієнт переходить від усвідомлення до реальної дії — перевіряє нові поведінкові стратегії в житті. Активуються вентромедіальна та орбітофронтальна кора, гіпокамп і поясна кора, що відповідають за прийняття рішень, оцінку наслідків, навчання та вольовий контроль.

Ключові техніки — поведінкова активація, експозиція, поведінкові експерименти. Пацієнт навчається діяти згідно з власними цінностями, приймати рішення, взаємодіяти з новизною.

Ціль — сформувати реальний досвід успішної поведінки, закріпити нові переконання, посилити внутрішню ефективність і впевненість. Це етап особистісного зростання, самореалізації та відповідальності.

5. Автоматизація (“Діяльне Я”)

Мета етапу — перевести нові навички мислення, емоційної регуляції та поведінки у звичку, знизивши навантаження на префронтальну кору. Активуються базальні ганглії, що відповідають за рутинізацію та автоматичну регуляцію дій.

Автоматизація — це не про зменшення глибини, а про фіксацію стабільності. Якщо на попередніх етапах ми формували нові поведінкові патерни, розвивали метапізнання та інсайт, то тепер — закріплюємо ці зміни через повторення, регулярну практику, впровадження в стиль життя.

Використовуються: дихальні техніки, заземлення, сенсорна саморегуляція, нейрогімнастика, а також програма формування метакогнітивних навичок.

Розповсюдженою помилкою психологів є спроба директивно запровадити дихання, заземлення та інші саморегуляційні техніки, а також метакогнітивні техніки, на самому початку терапії, коли людина ще не готова, ще не вмотивована, ще не бачить сенсу у регулярності. Насправді ці практики працюють тоді, коли вони вплетені у контекст життєвого вибору, коли клієнт вже відчув силу змін, вже має мотивацію їх підтримувати і вже сприймає ці інструменти як свої.

На цьому етапі пацієнт: впроваджує нові навички у повсякденність, регулярно практикує, самостійно коригує себе, будує систему підтримки, стає здатним жити без терапевта, з внутрішньою структурою замість зовнішнього втручання.

Автоматизація — це етап конгруентної дії, стабільної довготривалої адаптації, нової самореалізації. Людина не лише функціонує — вона живе згідно з собою, у своїх сенсах, цінностях, особистих стратегіях.

ВИСНОВКИ

1. П'ятиетапний інтегративний метод нейрокогнітивної та психоемоційної реабілітації є системним підходом до відновлення керуючих, емоційно-регуляторних і поведінкових функцій у осіб, які зазнали черепно-мозкових травм та психологічних травм. Метод охоплює увесь процес від стабілізації до самостійної реалізації нових стратегій мислення й поведінки.

2. Метод побудований на принципі нейропсихологічної послідовності: кожен етап активує певні нейрофункціональні системи — від лімбічної регуляції до інтеграції префронтальної кори й базальних гангліїв. Це дозволяє поступово переводити пацієнта з режиму виживання у режим відновлення, з режиму напруження — у режим самоконтролю та самореалізації.

3. В основі методу лежить відновлювальна, а не тільки компенсаторна модель: ми не просто допомагаємо пацієнту адаптуватися до когнітивного дефіциту, а працюємо над розгальмуванням та реактивацією збережених нейронних структур і функцій, особливо у випадках посткомоційного синдрому, де порушення часто функціональні, а не морфологічні.

4. Метод забезпечує інтеграцію когнітивної терапії, клієнт-центрованого підходу, нейропсихологічного тренування, КПТ і метакогнітивної практики. Це дає змогу одночасно впливати на кілька рівнів: когнітивний, емоційний, поведінковий та особистісний, створюючи умови для глибоких і стійких змін.

5. Особлива увага приділяється індивідуалізації — програма розробляється на основі нейропсихологічної діагностики, що дозволяє врахувати реальний потенціал кожного пацієнта, його збережені функції та цільові зони відновлення.

6. На кожному етапі в методі описані конкретні цілі, підходи, принципи, зони нейропсихологічної активності, психологічні техніки та протоколи.

7. Метод також виконує мотиваційну функцію — пацієнт не просто «лікується», а активно бере участь у власному відновленні, відчуває прогрес, формує нове уявлення про себе. Це критично важливо для військових, які звикли до дії, відповідальності та контролю, і потребують повернення суб'єктності у власному житті.

Література:

1. Beck J. S. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 3rd ed. Foreword by Aaron T. Beck. New York ; London: Guilford Press, 2021. С. 239-259

2. Diamond A. Executive functions . Annual Review of Psychology. 2013. Vol. 64. С. 135–168.
3. Goldberg E. The new executive brain. Oxford: Oxford University Press, 2009. 162 с.
4. Lezak M. D., Howieson D. B., Loring D. W. Neuropsychological assessment. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2004.
5. Rogers C. R. Client-centered therapy. London: Constable & Robinson Ltd, 2003. 98 с.
6. Van der Kolk B. A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma / Bessel A. van der Kolk. New York: Viking, 2014. — 464 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ НАСЛІДКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ

Сисоєва О.Г., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення особливостей прояву наслідків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ) є актуальною проблемою у сучасній психологічній науці [1, 2]. У статті розглядається та обґрунтовується необхідність розробки ефективної програми нейрореабілітації для їх психологічного та фізіологічного відновлення. Аналізуються основні симптоми ПТСР, специфіка їх прояву у військових, а також сучасні підходи до нейрореабілітації, що включають когнітивно-поведінкову терапію, фармакотерапію та інші методи.

Проблематика посттравматичного стресового розладу в умовах військових дій тривалий час є в центрі уваги провідних українських науковців, серед яких слід відзначити О.Ф. Вознесенську, яка вивчала клінічні прояви ПТСР у військових в умовах гібридної війни в Україні та наголошувала на важливості диференційованого підходу до діагностики [1]. Значний внесок зробили також М.М. Матешко та І.А. Дудник, які досліджували ефекти бойового стресу на емоційну сферу військовослужбовців і шляхи нейропсихологічної реабілітації [3].

У зарубіжному науковому просторі велике значення мають праці Бесселя ван дер Колка, який описав нейропсихофізіологічні механізми ПТСР та запропонував цілісний підхід до терапії з урахуванням тілесної пам'яті травми. Його модель «тіло тримає рахунок» (The Body Keeps the Score) є актуальною для розробки сучасних підходів до нейрореабілітації [4]. Також варті уваги дослідження Judith L. Herman, яка розробила концепцію комплексної травми та наголошувала на етапності роботи з постраждалими внаслідок війни [2].

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, військовослужбовці, нейрореабілітація, когнітивно-поведінкова терапія, психотерапія.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним станом, що виникає внаслідок переживання екстремальних стресових подій, таких як участь у бойових діях. В умовах збройного конфлікту в Україні проблема ПТСР серед військовослужбовців ЗСУ набуває особливої актуальності.

Відсутність своєчасної діагностики та ефективної реабілітації може призвести до хронізації розладу та значного погіршення якості життя ветеранів.

Мета нашої статті: полягала в аналізі та узагальненні особливостей прояву наслідків ПТСР у військовослужбовців ЗСУ та розробки ефективної програми нейрореабілітації для їх психологічного та фізіологічного відновлення.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців ЗСУ.

Предмет дослідження: особливості прояву наслідків ПТСР у військовослужбовців ЗСУ та ефективність нейрореабілітаційних програм для їх психологічного та фізіологічного відновлення.

У контексті психологічного супроводу військових з ПТСР особливо цінними є результати досліджень української науковиці О.М. Карпенко, яка аналізувала ефективність когнітивно-поведінкової терапії та її адаптацію до потреб ветеранів бойових дій [3]. У фокусі її уваги також знаходяться питання соціальної реінтеграції та супроводу під час повернення до цивільного життя.

Серед сучасних підходів, які вивчаються в межах української школи психотерапії, варто виокремити використання майндфулнес-практик, тілесно-орієнтованих технік, а також групової психотерапії, що широко застосовуються у програмах Міжнародного центру психічного здоров'я ветеранів [1, 4, 7].

Зарубіжні дослідники, зокрема Edna B. Foa та David H. Barlow, проводили масштабні дослідження з ефективності когнітивно-поведінкових методик у роботі з ПТСР. Їхні напрацювання стали основою для розробки експозиційної терапії та когнітивної реструктуризації при бойовій травмі. Крім того, Eric Vermetten та Rachel Yehuda вивчали нейробиологічні основи травматичного досвіду та розробляли фармакологічні стратегії, що доповнюють психотерапевтичне втручання [2, 4, 9].

Узагальнюючи наукову літературу [1, 2, 3, 8], треба відзначити, що ПТСР характеризується низкою симптомів, серед яких повторне переживання травматичної події, уникнення нагадувань про неї, негативні зміни в настрої та когнітивних функціях, а також підвищена збудливість. У військових ці симптоми можуть проявлятися у вигляді нічних кошмарів, гіпервігільантності, емоційної відстороненості та агресивної поведінки [1].

Згідно дослідження поширеність ПТСР серед ветеранів бойових дій значно вища, ніж у загальній популяції. Зокрема, за даними дослідження, проведеного в Україні, симптоми ПТСР виявляються у значної частини військовослужбовців, які брали участь у бойових діях [2].

У військовослужбовців ЗСУ ПТСР може проявлятися специфічно, з урахуванням культурних та соціальних особливостей. Серед характерних симптомів відзначаються: порушення сну та нічні кошмари; підвищена тривожність та дратівливість; соціальна ізоляція та труднощі в комунікації; соматичні симптоми, такі як головний біль, біль у м'язах.

Слід зазначити, що ці прояви можуть призводити до труднощів у адаптації до мирного життя та виконання соціальних ролей [3]. Треба зазначити що, сучасні підходи до нейрореабілітації військовослужбовців з ПТСР є ефективним комплексним підходом, що включає: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ):

спрямована на зміну дисфункціональних переконань та поведінкових патернів; фармакотерапію: використання антидепресантів, анксиолітиків та інших препаратів для зменшення симптомів ПТСР; групову терапію, яка сприяє соціальній адаптації та обміну досвідом між ветеранами; психоосвіту, яка інформує пацієнтів про природу ПТСР та способи його подолання.

Треба зазначити що, дослідження підтверджують ефективність цих методів у зменшенні симптомів ПТСР та покращенні якості життя військовослужбовців [4]. Як показують сучасні дослідження, розробка програми нейрореабілітації для військовослужбовців ЗСУ з ПТСР є дуже актуальною та важливою.

Так, з огляду на специфіку проявів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців ЗСУ, реабілітаційна програма має бути мультидисциплінарною, персоналізованою та етапною.

Узагальнюючи різні наукові дослідження можна підкреслити, що запропонована програма нейрореабілітації передбачає інтеграцію психотерапевтичних, нейропсихологічних, медикаментозних, фізіотерапевтичних та соціальних компонентів з урахуванням індивідуальних потреб ветеранів.

Таким чином, запропонована модель роботи передбачає кілька етапів:

1.Діагностично-мотиваційний. На цьому етапі проводиться поглиблена клініко-психологічна та нейропсихологічна діагностика з метою виявлення провідних симптомокомплексів, оцінки когнітивного функціонування, рівня тривожності, депресивності, наявності соматичних скарг. Застосовуються опитувальники, шкали (HADS, PTSD Checklist, TAS-20), проєктивні методики. Також важливим є виявлення мотивації до лікування і формування терапевтичного альянсу.

2.Психотерапевтична стабілізація. Цей етап є фундаментальним у подоланні гострої симптоматики ПТСР. Застосовується когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), зокрема техніки когнітивної реструктуризації, десенсибілізації за допомогою уяви, експозиційна терапія. У випадках високої тривожності чи гіперактизації гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи призначається фармакотерапія — антидепресанти групи СІЗЗС (наприклад, сертралін), анксиолітики з коротким курсом.

3.Нейропсихологічна корекція та тілесна терапія. Унаслідок хронічного стресу у військовослужбовців часто спостерігаються когнітивні порушення (розлади пам'яті, уваги, зниження виконавчих функцій). На цьому етапі впроваджується нейропсихологічна корекція — тренінги робочої пам'яті, програмні когнітивні тренажери, тілесно-орієнтована терапія, включно з методами сенсомоторної інтеграції. Водночас застосовуються техніки майндфулнесу, тілесного заземлення, дихальні практики.

4.Соціальна інтеграція та профілактика рецидивів. Фінальна фаза передбачає відновлення соціального функціонування військовослужбовця, підтримку його самостійності, профорієнтаційну роботу, участь у групах взаємодопомоги. Проводиться також психоосвіта для родичів. Важливу роль відіграє супровід ветерана в період повернення до цивільного життя.

Таким чином, запропонована програма нейрореабілітації має цілісний характер, орієнтований на тривале супроводження пацієнта з ПТСР, враховує як психологічні, так і фізіологічні аспекти наслідків бойового травматизму.

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що посттравматичний стресовий розлад є однією з найбільш поширених психічних реакцій на бойовий стрес серед військовослужбовців Збройних Сил України. Специфіка його проявів у цієї категорії осіб потребує цілісного, мультидисциплінарного підходу до реабілітації. Запропонована нейрореабілітаційна програма базується на сучасних клінічних та психотерапевтичних рекомендаціях, поєднуючи когнітивно-поведінкову терапію, нейропсихологічну корекцію, медикаментозну підтримку та соціальну інтеграцію. Застосування цієї програми може значно покращити психоемоційний стан військовослужбовців, зменшити ризик хронізації симптомів ПТСР та сприяти їхній успішній адаптації до мирного життя.

Отже, сучасна українська й зарубіжна наука представляє широкий спектр підходів до вивчення ПТСР серед військовослужбовців. Інтеграція клініко-психологічних, психотерапевтичних і нейронаукових підходів, започаткованих такими дослідниками як О.Ф. Вознесенська, Б. ван дер Колк, Дж. Герман, Е. Фoa, дозволяє сформулювати багаторівневу модель нейрореабілітації, яка максимально відповідає викликам часу та потребам українських військовослужбовців [1, 2, 3, 4].

Література:

1. Апаєв І. С., Мельник Л. В. Особливості психічної травматизації в умовах бойових дій. Психологічний журнал. 2021. Т. 3, № 12. С. 45–53.
2. Бевз Л. М. Сучасні тенденції посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Медична психологія. 2022. Т. 2, № 5. С. 17–24.
3. Власенко О. Г. Досвід нейрореабілітації ветеранів війни в Україні. Наука і оборона. 2023. № 1. С. 78–85.
4. Іванова М. А. Психотерапевтична допомога особам з ПТСР: міжнародний та український досвід. Актуальні проблеми клінічної психології. 2021. Вип. 15. С. 103–110.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA Publishing, 2013. XXXVIII, 991 p.
6. Bisson J. I., Cosgrove S., Lewis C., Roberts N. P. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015. Vol. 351. Article ID: h6161.
7. Cloitre M., Courtois C. A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B. C., Green B. L. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. Journal of Traumatic Stress. 2011. Vol. 24, No. 6. P. 615–627.
8. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen J. A. Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, 2009. XVIII, 658 p.
9. Yehuda R., McFarlane A. C. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. American Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 177, No. 5. P. 376–383.

ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ: СУЧАСНИЙ НАУКОВИЙ ОГЛЯД

Варчук А.І., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема дослідження полягає у зростаючому рівні психосоматичних проявів при тривожних розладах. Це пов'язано з тим, що тривога дедалі частіше проявляється не лише на рівні емоційної чи когнітивної симптоматики, а й через тілесні реакції, які не мають органічної основи. Це вимагає від фахівців глибшого розуміння механізмів психосоматики, що лежать в основі таких станів.

У статті висвітлюються сучасні підходи до розуміння тривожних розладів з акцентом на їх психосоматичні прояви. Проаналізовано класифікації DSM-5 та МКХ-11, нейропсихологічні та когнітивно-поведінкові концепції виникнення тривожності. Узагальнено дані щодо психофізіологічних механізмів соматичних проявів, таких як напруження, тахікардія, розлади сну, пов'язані з генералізованим тривожним розладом, соціальною тривожністю та панічними атаками. Підкреслюється значення міждисциплінарного підходу у діагностиці й лікуванні тривожних розладів.

Ключові слова : тривожний розлад, психосоматика, класифікація, нейрофізіологія, органічна природа.

Мета нашої статті полягала у розкритті психосоматичних проявів тривожного розладу органічної природи, охарактеризувати сучасні підходи до діагностики та розробити принципи ефективної реабілітації.

Об'єкт дослідження: психосоматичні розлади.

Предмет дослідження : психосоматичні аспекти тривожних розладів органічної природи.

Історично поняття тривоги зазнало значної еволюції. Ще в античності Марк Тулій Цицерон у своїх «Тускуланських бесідах» розмежовував тривогу як емоційний стан і тривожність як стійку рису характеру. У новітній час Ч. Спілбергер сформулював чітке розмежування між тривогою як станом і тривожністю як особистісною характеристикою [4]. Засновник психоаналізу З. Фройд вважав тривогу сигналом внутрішнього конфлікту, що з'являється при зіткненні потягів і моральних заборон. Його ідеї продовжив В. Райх, який акцентував увагу на тілесному вимірі тривоги, зокрема на м'язовій ригідності як формі психологічного захисту. К. Хорні ввела поняття «базальної тривоги», яку пов'язувала з відсутністю емоційної безпеки в дитячо-батьківських відносинах. А. Адлер, у свою чергу, підкреслював, що тривожність формується ще в дитинстві під впливом соціальних чинників.

Узагальнюючи сучасні підходи класифікації можна виділити два основних критерії. Системи DSM-5 (Американська психіатрична асоціація, 2013) та МКХ-11 (ВООЗ, 2019), які визначають тривожні розлади як окрему групу психічних захворювань. [3,5] У DSM-5 вперше було запропоновано деталізовану

класифікацію тривожних станів, у тому числі генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальну тривожність, специфічні фобії та інші. [3] МКХ-11, натомість, наголошує на міждисциплінарному та функціональному підході до симптомів, акцентуючи увагу на коморбідності тривожних станів із депресією та соматичними порушеннями. [5]

Сучасні українські дослідники, такі як В.Г. Безшийко, О.М. Біловол та Н.І. Фелінська, розробили комплексні підходи до діагностики і лікування тривожних станів, зокрема з використанням адаптованих психометричних шкал і інтеграції психотерапевтичних і фармакологічних методів. Їхні дослідження демонструють ефективність персоналізованого підходу до пацієнтів, що враховує соціокультурні особливості та психологічний портрет особистості. Завдяки цій роботі, українські фахівці отримали якісний, науково обґрунтований інструментарій, що відповідає міжнародним стандартам та враховує національний контекст.

Психосоматичні симптоми при тривожних розладах можуть включати серцебиття, відчуття задухи, болі в животі, головний біль, тремтіння, пітливість, м'язову напругу та порушення сну. Франц Александер стверджував, що тривале пригнічення емоцій може провокувати порушення у роботі внутрішніх органів. [1] Ганс Сельє сформулював теорію загального адаптаційного синдрому, в якій довів, що хронічна тривога виснажує резерви адаптації організму.

Психофізіологічні механізми тривожності базуються на взаємодії між лімбічною системою, зокрема мигдалеподібним тілом, та префронтальною корою. Надмірна активація мигдалеподібного тіла викликає гіперреакцію на потенційно загрозливі стимули, тоді як слабка активність префронтальної кори перешкоджає когнітивному гальмуванню емоційної реакції. [6]

З точки зору когнітивної психології (А. Бек, Д. Келлі), ключову роль відіграють дисфункційні когнітивні схеми — автоматичні думки про загрозу, невдачу, хворобу. Пацієнти з високим рівнем тривожності схильні до катастрофізації тілесних сигналів, тобто надмірного зосередження на нормальних фізіологічних змінах.

Особливої уваги заслуговує зв'язок між віковими змінами та тривожними станами. Р. Кесслер у своїх роботах вказував, що фобії формуються переважно в дитячому та підлітковому віці, тоді як генералізований тривожний розлад частіше проявляється у дорослому житті. У людей похилого віку, за даними Н.Ю. Яковлевої, ризик зростає через нейродегенеративні процеси, втрату соціальних зв'язків та фізіологічні зміни. [2]

Таким чином, сучасне розуміння тривожних розладів передбачає багатовекторний підхід, що включає нейропсихологічні, когнітивні, психоаналітичні та соціальні аспекти. Психосоматичні симптоми є невід'ємною частиною клінічної картини тривожності та потребують ретельної

диференціальної діагностики. Комплексна терапія, яка поєднує когнітивно-поведінкову терапію, фармакологічну підтримку та психоедукацію, демонструє найвищу ефективність. Подальші дослідження у цій сфері дозволять ще глибше зрозуміти механізми виникнення тривоги та вдосконалити методи допомоги пацієнтам.

Література:

1. Сивогракова З. А., Алексеєнко Н. В. Психологія емоцій. Регуляція емоцій. Харків, 2017. С. 9-11
2. Яковлева Н. Ю. Психологічні особливості тривожних розладів у хворих на отосклероз. Дисертація. Інститут психології імені Г. С. Костюка Київ, 2020. С. 51-78
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
4. Crocq M.-A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM // Dialogues in Clinical Neuroscience, 2015. Vol. 17, No. 3. P. 319–325.
5. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO, 2019.
6. LeDoux J. The Emotional Brain. — New York: Simon & Schuster, 1996.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СПЕЦИФІЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Вінтерголлер О.В., Савєнкова І.І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Специфічні розлади особистості (СРО) дедалі частіше потрапляють у фокус сучасної клінічної психології як складне, багатопланове явище, що вимагає не лише клінічної, але й міждисциплінарної уваги. Слід зазначити, що це не просто спектр діагностичних одиниць — це цілісна система деформацій особистісного функціонування, які формуються на стику біологічної вразливості, психологічної дезадаптації та соціального контексту. Згідно з даними National Institute of Mental Health (2022), до 9% населення мають діагностований хоча б один розлад особистості, що засвідчує як масштаб проблеми, так і потребу у її поглибленому розумінні.

Ключові слова: специфічні розлади особистості, класифікація, діагностика, коморбідність, психологічна підтримка, психотерапія, дименсійний підхід.

Аналіз досліджень свідчить, що найбільше труднощів у клініцистів викликає не сама наявність діагнозу, а спектральність і варіативність проявів, які значно ускладнюють постановку точного діагнозу та вибір ефективної стратегії психологічної підтримки. Зокрема, DSM-5 пропонує кластерну систему (А, В, С), що дозволяє групувати розлади за схожістю проявів. Водночас МКХ-11 відмовляється від фіксованих категорій на користь дименсійного підходу, що передбачає оцінку ступеня порушення особистісного функціонування та

наявність домінуючих рис. За даними АРА (2013), цей підхід підвищує клінічну гнучкість, однак вимагає від психолога глибшої інтерпретаційної компетентності.

Особливу увагу вивченню СРО приділяють і в контексті їх коморбідності. Згідно з результатами дослідження Grant et al. (2008), близько 85% пацієнтів із СРО мають супутні психічні порушення — найчастіше це депресія, тривожні розлади, залежності. Така взаємозалежність значно впливає на прогноз та вибір психотерапевтичної стратегії. Адже неможливо впоратись із глибинними особистісними порушеннями, не враховуючи супутньої симптоматики, яка, як правило, маскує або підсилює основні патерни поведінки.

Симптоматика СРО, попри уявну різноманітність, має спільну основу — порушення ідентичності, емоційної регуляції та міжособистісного функціонування. Наприклад, при межовому розладі особистості провідними є нестабільність емоційного стану, страх покинутості, імпульсивна поведінка [6]. Антисоціальний розлад, навпаки, виявляється у відсутності емпатії, агресивності, порушенні соціальних норм [5]. Унікаючий розлад — у гіперчутливості до критики, низькій самооцінці, соціальному уникненні.

Зважаючи на складність і варіативність проявів, психодіагностика СРО вимагає комплексного підходу. Найбільш обґрунтованими є комбінації структурованих інтерв'ю (SCID-5-PD), психометричних тестів (MMPI-2, MCMI-IV), а також поведінкового спостереження. Згідно з Morey (2007), застосування кількох інструментів дозволяє уникнути хибнопозитивних або хибнонегативних результатів, що особливо важливо в умовах коморбідності.

Щодо терапевтичної інтервенції, сучасна практика дедалі частіше орієнтується на інтегративні моделі. Когнітивно-поведінкова терапія [4] ефективна при obsесивно-компульсивному та унікаючому розладах. Межовий тип — це домен діалектичної поведінкової терапії [7], яка навчає пацієнтів навичок саморегуляції, утримання від самопошкодження та формування стабільної ідентичності. У разі нарцисичного чи шизотипового розладу ефективним вважається підхід менталізаційної терапії [8], що дозволяє налагодити механізми розуміння психічних станів інших людей.

На цьому етапі розвитку психологічної науки гостро стоїть потреба у нових міждисциплінарних дослідженнях. Недостатньо дослідженим залишається вплив ранніх травм на формування патологічних патернів, особливості СРО у ветеранів бойових дій, адаптація існуючих моделей до українського культурного середовища. Перспективним напрямом є також розробка цифрових інструментів моніторингу СРО, зокрема у форматі мобільних застосунків для самооцінки і зворотного зв'язку.

У підсумку варто наголосити: проблема специфічних розладів особистості не може бути зведена лише до клінічної діагностики. Це — питання

гуманістичного підходу, професійної етики, готовності системи охорони психічного здоров'я працювати з тривалими й непростими процесами корекції. Психолог, що стикається з цією категорією пацієнтів, має бути не лише інтерпретатором симптомів, а й гнучким навігатором у складному світі міжособистісних і внутрішніх конфліктів клієнта.

Література:

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC. World Health Organization. (2022). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.
2. Grant, B.F. et al. (2008). Prevalence and co-occurrence of personality disorders in the NESARC study. *J Clin Psychiatry*.
3. McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis*. Guilford Press.
4. Beck, A.T., Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford.
5. Millon, T., Davis, R. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*.
6. Zanarini, M.C. et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*.
7. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford.
8. Fonagy, P., Bateman, A. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. *J Clin Psychol*.
9. Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M. (2015). Classification and diagnosis of personality disorders. *Lancet Psychiatry*.
10. Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory*. PAR.
11. Young, J. (2005). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
12. Widiger, T.A., Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. *Clin Psychol Sci Pract*.
13. NIMH. (2022). Personality Disorders Statistics. <https://www.nimh.nih.gov>
14. APA. (2022). *Personality Disorders. Diagnostic Guide and Practice Manual*.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В ЕКСТРИМАЛЬНИХ УМОВАХ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Гіда А.С., Мельничук І.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема вивчення особливостей переживання травматичних подій під час екстремальних ситуацій цивільним населенням є актуальною проблемою у сучасній психологічній науці. Воєнні дії в Україні стали не лише геополітичною катастрофою, а й масштабним психологічним викликом для дорослого населення. Тривале перебування в умовах екстремального середовища — бомбардування, втрати, евакуації, окупація — залишають глибокі психотравматичні наслідки. Дослідження доводять, що дорослі українці масово переживають посттравматичний стрес, депресивні розлади, психосоматичні прояви. У цій статті акцентовано увагу на формах психотравматизації саме серед дорослого населення, проаналізовано ризики, чинники стійкості та методи допомоги.

Актуальність теми бере початок з 2014 року, коли почалося АТО, але з початку повномасштабної війни в Україні, яка триває з 24 лютого 2022 року, спричинила різке зростання потреб у психологічній підтримці дорослого

населення. За даними Міністерства охорони здоров'я України, понад 70% дорослих українців відчують наслідки психологічного стресу, а 15–20% демонструють симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [4]. За даними ООН, понад 14 мільйонів людей стали вимушеними переселенцями, втративши не лише домівки, але й соціальні зв'язки та звичний спосіб життя [11]. Актуальність проблеми зумовлена масштабністю травматизації дорослих, а також потребою в системному підході до психосоціального відновлення нації.

Мета статті виявлення особливостей психотравмівних наслідків у дорослого населення, яке перебувало в екстремальних умовах воєнного стану, а також обґрунтування психологічних механізмів реагування на травму.

Об'єктом дослідження є психічний стан дорослих осіб, які зазнали впливу екстремальних ситуацій під час війни.

Предметом дослідження є психотравмівні наслідки, психологічні реакції та механізми подолання стресу дорослими людьми в умовах воєнного стану.

Ключові слова: психологічна травма, дорослі, воєнний стан, посттравматичний стресовий розлад, психічне здоров'я, екстремальні ситуації, адаптація, психотерапевтична допомога.

Отже, війна створює комплексне травмуюче середовище, що руйнує відчуття безпеки, довіри до світу й упевненості в завтрашньому дні. Дорослі часто стикаються з втратою родичів, роботи, стабільного доходу, ідентичності як громадянина мирної країни. Додатковим чинником є хронічний стрес від повітряних тривог, обстрілів, необхідності тривалого перебування в укриттях, прийняття життєво важливих рішень у стані страху [3]. Ці фактори впливають не лише на психоемоційний стан, але й на загальний життєвий тонус, що, своєю чергою, впливає на соціальну адаптацію.

Психологічна травма — це не лише реакція на подію, а глибокий розрив між особистісною цілісністю та екстремальним досвідом. У дорослих війна викликає явища повторної травматизації, хронічного стресу та втрати життєвих орієнтирів [12]. Часто спостерігається внутрішній конфлікт між соціальними ролями (батько, мати, професіонал) та реальністю виживання. Суттєвим є і вплив колективної травми, яка проявляється через загальнонаціональну тривогу, гнів, безсилля.

Слід зазначити, що серед дорослих ПТСР виявляється у близько 30–35% осіб, що пережили бойові дії, насильство або втрату дому [1]. Характерними є флешбеки, нічні кошмари, гіперпильність, уникнення тригерів, емоційне оціпіння. Часто пацієнти описують себе як «відключених» від реальності або «заморожених» у минулому.

Отже, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, рівень депресії серед дорослого населення України у прифронтових зонах зріс вдвічі, порівняно з довоєнними показниками [13]. Багато дорослих повідомляють про втрату життєвого сенсу, байдужість, дратівливість, розлади сну та апетиту. У дорослих, особливо тих, хто пережив тортури, полон або сексуальне насильство, трапляються дисоціативні розлади. Дисоціація може проявлятися як відчуття «нереальності» навколишнього світу, амнезія чи автоматизовані дії [7]. Це часто зустрічається у жінок, які пережили втрату дітей або зґвалтування [6].

Можемо зазначити, що тривожні стани у дорослих часто знаходять вихід у соматичних симптомах — серцебиття, біль у грудях, шлунково-кишкові порушення, втота [9]. Психосоматичні реакції є типовими для дорослих, які не мають можливості звернутися по психологічну допомогу, натомість пригнічують емоції. Війна провокує суїцидальні настрої особливо серед дорослих чоловіків, ветеранів, осіб, які втратили роботу або близьких. За офіційними даними Державної служби статистики, в Україні у 2023 році зареєстровано понад 4000 спроб самогубств, що вважаються наслідками психотравматичного досвіду війни [14].

Тому, дорослі частіше проявляють пригнічення, емоційну скутость, прагнення уникати проблеми через втечу у роботу, алкоголь, ізоляцію. Чоловіки рідше звертаються по допомогу, що ускладнює виявлення ПТСР на ранніх етапах. Жінки частіше демонструють тривожність, перепади настрою, більшу готовність говорити про свій стан [6].

Зверенно увагу, до основних факторів ризику психотравматизації належать: попередні травми в анамнезі; втрата роботи, родичів, майна; соціальна ізоляція; зловживання психоактивними речовинами. З іншого боку, чинники резилієнтності включають: наявність соціальної підтримки (родина, громада); участь у волонтерських ініціативах [5]; особистісна віра, духовність; досвід саморегуляції та навички виживання [2, 10].

Незважаючи на глибоку травматизацію, українське суспільство демонструє значну психологічну мобілізацію. Понад 80% дорослих громадян долучилися до волонтерських, донорських або захисних ініціатив [8]. Це свідчить про високий рівень колективної резилієнтності та здатність до адаптації через включення в активну соціальну позицію.

Війна завдає складної психотравми дорослому населенню, що проявляється у широкому спектрі психологічних реакцій — від тривоги та депресії до соматичних розладів і суїцидальних спроб. Розробка ефективної системи підтримки дорослих осіб має базуватись на науково обґрунтованих моделях, що враховують і травматичний досвід, і адаптаційний потенціал особистості. Важливою умовою є також розвиток культури ментального здоров'я, зниження стигми психотерапії та інтеграція міжнародного досвіду в систему психічної допомоги в Україні.

Література:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). 2022. 541.
2. Bonanno, G. A.. Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*. 2004. 20-21.
3. Hobfoll, S. E. et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention. *Psychiatry*. 2007. 516-517.
4. Ministry of Health of Ukraine. Annual Mental Health Report. 2023.
5. Murthy, V. Together: The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World. 2021.
6. Putnam, F. W. Dissociation in Children and Adolescents. 1997. 200-308.
7. Van der Kolk, B. The Body Keeps the Score. 2014. 215-217.
8. Razumkov Centre. Ukrainian Society and War: A Sociological Portrait. 2023.
9. Scaer, R. The Body Bears the Burden: Trauma, Dissociation, and Disease. 2007.

10. Shapiro, F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. 2018. 228-229.
11. UNHCR. Ukraine Situation Report. 2024. June.
12. Pynoos, R. et al. Trauma and Development in Children and Adolescents. 2009.
13. WHO. Mental Health Data in Emergencies. 2023.
14. Державна служба статистики України. Статистичний щорічник України. 2024.

ПОЗИТУМ-ПІДХІД ЯК ДІЄВА ТЕХНІКА ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Дєдх Л.Г., Савенкова І. І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Позитивне мислення – одна з найцінніших людських рис, яка допомагає долати кризові і травматичні події життя. Значний внесок у розвиток позитивної психології, а згодом – психотерапії здійснили А. Бандура, А. Маслоу, Г. Олпорт, Н. Пезешкіан, К. Роджерс, М. Селігман, В. Франкл, І. Ялом та ін.

У якості прикладу для нашої статті ми обрали «Балансну модель» німецького вченого Н. Пезешкіана. Таку ідею слід застосувати, зважаючи на те, що психіка, яка спрямована на позитивне мислення, коригує систему цінностей у трьох взаємопов'язаних сферах: особистій, сімейній і професійній. Перед нею купа виборів, і вона бажає пройти щасливо свій життєвий шлях. Отже, «Балансна модель щастя», яка враховує 4 якості життя, видається нам актуальною. Модель передбачає 4 шляхи до щастя, для досягнення якого слід рівномірно розподілити свою життєву активність [2, с. 33].

«Балансна модель» Н. Пезешкіана базується на позитивному підході в психології та передбачає гармонійне поєднання чотирьох основних компонентів:

Фізичний аспект – включає турботу про здоров'я через належне харчування, режим дня, гігієну, самопочуття та догляд за собою.

Життєвий сенс – охоплює мрії, плани, особисті цінності, вірування, цілі та внутрішні настанови.

Діяльність – стосується професійної реалізації, досягнень, фінансової стабільності та соціального статусу.

Соціальні зв'язки – передбачають стосунки з рідними, друзями, здатність до емпатії, спілкування та формування впевненості в собі.

Ця модель стане у пригоді не лише фахівцям з психології, а й кожному, хто прагне розвинути позитивне мислення, подолати страхи й комплекси, підвищити самооцінку, навчитися контролювати тривожність і зважено реагувати на зовнішні впливи в повсякденному житті. Вона сприяє кращому розумінню власного стану: що саме зараз відбувається, які сфери потребують уваги, що змінилося – та як можна це відкоригувати на краще.

Тобто, «Балансна модель» Н. Пезешкіана виступає одночасно і засобом діагностики психоемоційного стану, і критеріальною базою дослідження.

Н. Пезешкіан запропонував розглядати 4 типи втечі, коли людина відчуває психологічну травму, а саме: втеча від реальності у фантазії (сенси), втеча від реальності у хворобу (тіло); втеча у роботу (діяльність) і втеча у спілкування (контакти). Відтак, свідомі, що конструктивний шлях – це будь-яка втеча, окрім

хвороби. Для того, щоб не скотитися в хворобу і не отримати психосоматичні розлади, варто пам'ятати про так звану «фантастичну реальність», яка допомагає уяві «йти дорогою добра», уявляти красиве і світле майбутнє, вдаватися до оптимістичного прогнозування і ефекту «Пігмаліона».

В. Франкл, аналізуючи реакції в'язнів на травматичні події у концтаборах, звертав увагу на те, що пережитий шок через потрапляння в табір, загрозу смерті, газові камери та постійну близькість загибелі викликав у них так звані «аномальні переживання». За його спостереженнями, лише завдяки активації психологічного захисту у вигляді розщеплення особистості багатьом вдалося зберегти психічну цілісність у перші дні й тижні перебування. Дисоціативна форма захисту давала змогу прийняти факт необхідності «поставити крапку» в попередньому житті [3].

Це, у свою чергу, запускало інші несвідомі захисні механізми: відчуття емоційної заціпенілості, зниження чутливості, зменшення емоційної активності. Усе, що відбувалося навколо, сприймалося немов крізь туман – притуплено й віддалено від реального емоційного переживання [1, с. 35].

Як відомо, символи та асоціації роблять складні психологічні концепції більш зрозумілими для усвідомлення, а уява та абстрактна форма допомагає дистанціюватися від стресової події, що полегшує обробку травматичних спогадів [5, с. 6]. Як підхід К. Юнга до роботи з метафорою, через казку, пісочницю, мандалу, до тлумачення архетипів, так і метафора більш пізнього напряму позитивної психології Н. Пезешкіана, через притчі, позитивну реінтеграцію, крос-культурний підхід – усі ідеї спрямовані на зцілюючу силу метафори, на безмежний ресурс уяви, на потужний потенціал людської психіки.

Розглянемо більш розлого «Позитум-підхід» як дієву техніку позитивної психотерапії. Позитум-підхід – унікальний феномен, який довів свою ефективність тим, що кожна людина здатна подолати будь-які життєві колізії, з опертям на власні ресурси. У позитум-підході існують три ключові техніки, які вважаються універсальними завдяки своїй широкій сфері застосування:

1. Позитивне переосмислення;
2. Міжкультурний підхід;
3. Використання розповідей, притч та метафор.

Позитивне переосмислення різноманітних станів, труднощів, життєвих обставин, поведінки або хвороб дає змогу побачити ситуацію з нової перспективи. Цей підхід допомагає відшукати позитив у негативі, можливості – у проблемах, здорові елементи – у патологічному, а в кризових моментах – нові шанси для розвитку.

Важливо акцентувати минулий досвід і «по крихтам» опиратися на нього, щоб клієнт метафорично відчув стан «наче світло увімкнули в темній кімнаті».

Наприклад: традиційне відчуття страху інтерпретується, як здатність уникати загрозливих ситуацій, обережність, обачність. Натомість, фрустрація стосунків або платонічних почуттів убачається як шанс почати спочатку, стати іншим (більш зрілим і усвідомленим). У свою чергу, недоліки перетворюються на можливості та позитивні якості клієнта, які допоможуть у вирішенні проблемних питань.

Питання на позитивну реінтерпретацію:

1. Які можливості відкриває перед Вами ця ситуація?
2. Чому Вас учить ця ситуація?
3. Що Вам дає ця ситуація?
4. Від чого Вас звільняє ця ситуація?
5. Від чого Вас вберігає ця ситуація?

Крос-культурний підхід надає консультанту та клієнту можливість розв'язувати психологічні труднощі, спираючись на досвід представників інших культур. Такий підхід сприяє зміні погляду клієнта на ситуацію, розширенню його світогляду та відкриттю нових шляхів для вирішення власних питань. Відзначають два основні варіанти цього методу: горизонтальний (власне крос-культурний), який порівнює різні культури, та вертикальний (транскультурний), що інтегрує цінності культур на глибшому рівні.

Типові запитання, які застосовуються в межах крос-культурного підходу, можуть звучати так:

1. Чи знайомі вам люди, які переживали подібні труднощі?
2. Яким чином вони з ними впоралися?
3. Яке ставлення до цього питання в інших культурах?
4. Що б Вам сказала про Вашу ситуацію ...?
5. Наприклад, найспокійніша людина в світі.
6. Наймудріша людина в світі.

Використання притч, афоризмів, історій, мудрих висловлювань і прислів'їв у якості метафор проблемних ситуацій – ще одна дієва техніка Позитум-підходу. За допомогою метафори ми включаємо образне сприйняття у клієнта, впливаючи не тільки на його розум, але і на його серце. Метафора також, як і дві попередні техніки, розширює бачення клієнта, допомагає йому віднайти нові можливості для вирішення проблемних ситуацій.

Питання:

1. Що нагадує Вам ця ситуація?
2. На що вона схожа?
3. Про що говорять Вам ці слова?

Пропонуємо нашу авторську розробку «Поїзд, що пішов».

Ми часто жалкуємо за тим, що вже минуло. Можемо годинами, днями, роками аналізувати: що було б, якби... Ідеалізуємо людей і ситуації, і по-суті живемо минулим. Для тих, хто важко відпускає, створена ця медитація.

Уявіть перон, ви стоїте і розумієте, що спізналися на потяг. Він уже пішов. Не повернеться ніколи. Тож, краще швидко взяти квиток на інший, або піти на автобус. Але ж ні. Ми шукаємо причину. В собі. В інших. Крутимо одну й ту саму історію, замість того, щоб шукати вихід, замість того, щоб жити далі.

Послухайте притчу, яка допоможе вам відпустити людину, ситуацію, проблему, стосунки... Двоє монахів чотири роки були в паломництві, в мандрах, тримаючи сувору обітницю. Особливо, згідно з уставом, не можна торкатися жіночого тіла. І ось настав час повертатися до рідного храму. Біля підніжжя гори на березі річки вони помітили дівчину, яка сиділа й гірко плакала. Монахи підійшли до дівчини. Вона почала благати про допомогу, мовляв: послизнулася,

зламала ногу, і просить перенести її на інший берег. Там є її віслук, і він доведе її додому.

Перший монах одразу здогадався, що це випробування Вищих сил, і відмовився допомогти. Пішов далі. Другий – вислухав дівчину, взяв на руки і переніс на інший берег. Коли другий монах наздогнав першого, то на нього посипалися докори і звинувачення. На що той усміхнувся і тихо сказав: «я залишив дівчину на березі, а ти ще й досі несеш її в своїх думках» [4].

Не наділяйте події супер-силою і важливістю. Зменшуйте пріоритет деяких ситуацій. Учїться відпускати те, що вже пішло, або те, що ми не в змозі змінити. Приймайте життя. Довіряйте світу. І тоді можливості і шанси займуть місце страхів і розчарувань.

Отже, Позитум-підхід – дієва техніка позитивної психотерапії, оскільки розлад переосмислюється в «позитивному» ключі, що призводить до позитивних інтерпретацій. Здійснюється «екологічна» допомога клієнтам зрозуміти і сприйняти сенс і мету, що стоять за їхнім розладом.

Література:

1. Луппо С. Стратегії подолання психічної травми. *Соціальна психологія*. 2004. № 5 (7). С. 25-35.
2. Пезешкіан Н. У пошуках сенсу. Психотерапія маленькими кроками. Харків. Макросвіт. 2020. 320 с.
3. Fromm E. S. Über Methode und Aufgaben einer analytischen Sozialpsychologie. Bemerkungen über Psychoanalyse und historischen Materialismus. *Zeitschrift für Sozialforschung*. Франкфурт-на-Майні: Institut für Sozialforschung, 1932.Nr. 1. S. 28-54.
4. Maslow A. Motivation and Personality [Електронний ресурс] / Abraham H. Maslow. 2nd ed. N. Y.: Harper & Row, 1970. Режим доступу : <http://www.psylib.org.ua/books/masla01/index.htm>.
5. Seligman M. E. P. Positive psychology / M.E.P. Seligman & M. Csikszentmihalyi. *American psychologist*. 2000. Vol. 55. N 1. P. 5 – 10.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ БАЗОВИХ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

Комарова А.І., Савенкова І.І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Вступ

Інсульт є однією з провідних причин інвалідизації дорослого населення в усьому світі. За даними сучасних досліджень, приблизно 80% осіб після інсульту мають ті чи інші когнітивні порушення [1]. Базові когнітивні функції, такі як пам'ять, увага, сприйняття, мислення та мовлення, зазнають змін, що ускладнює адаптацію особи до повсякденного життя [2]. Актуальність теми зумовлена необхідністю глибокого розуміння характеру цих порушень і розробки ефективних програм реабілітації [3].

Порушення базових когнітивних функцій після інсульту

Після інсульту найбільш поширеними є порушення уваги (гіпопрозекція), пам'яті (гіпомнезія або амнезія), мислення (зниження критичності, абстрактного

мислення), мовлення (афазії), сприйняття (агнозії), просторової орієнтації та виконавчих функцій [4].

Увага. Постінсультні зміни проявляються у зниженні концентрації, труднощах з переключенням уваги та утриманням інформації [5].

Пам'ять. Найчастіше виникає зниження обсягу короткочасної та оперативної пам'яті, труднощі у запам'ятовуванні нової інформації, а також порушення відтворення вже наявної [6].

Мислення. Характеризується сповільненням темпу розумових операцій, труднощами в абстрагуванні, узагальненні, зниженням гнучкості мислення [1].

Мовлення. Афазії можуть мати різний характер залежно від локалізації ураження: моторна, сенсорна, амнестична, або тотальна [2].

Сприйняття. Агнозії різного типу: зорові, слухові, тактильні, що призводить до труднощів у впізнаванні об'єктів або осіб [4].

Виконавчі функції. Страждає здатність планувати, організовувати та контролювати діяльність [5].

Механізми виникнення когнітивних порушень

Порушення виникають внаслідок ішемічного або геморагічного ушкодження ділянок мозку, відповідальних за конкретні когнітивні функції. Важливу роль відіграють також супутні фактори: вік пацієнта, обсяг ураження, наявність судинних, метаболічних або нейродегенеративних змін [6].

Особливості реабілітації когнітивних функцій

Реабілітація когнітивних функцій є невід'ємною складовою комплексної терапії після інсульту. Вона має бути ранньою, систематичною та індивідуалізованою [3].

Основні напрямки реабілітації:

- **Нейропсихологічна корекція:** вправи на відновлення уваги, пам'яті, мислення, мовлення [7].
- **Фізична реабілітація:** оскільки рухова активність позитивно впливає на нейропластичність мозку [5].
- **Медикаментозна підтримка:** використання ноотропів, антидепресантів за показами [4].
- **Психотерапія:** для подолання емоційних розладів (депресії, тривоги), які часто супроводжують когнітивні порушення [1].
- **Соціальна реадптація:** навчання побутових навичок, тренування соціальної комунікації [2].

Методи нейропсихологічної реабілітації

До найбільш ефективних методів відновлення когнітивних функцій належать:

- **Тренування уваги:** вправи на концентрацію (наприклад, пошук об'єктів за певними ознаками) [5].
- **Робота над пам'яттю:** мнемонічні прийоми, повторення матеріалу, робота з картками [6].
- **Розвиток мислення:** рішення логічних завдань, аналогій, тренування категоризації [3].
- **Відновлення мовлення:** логопедичні заняття, артикуляційна гімнастика, вправи на розуміння мови [7].

- **Стимуляція сприйняття:** вправи на розрізнення форм, кольорів, звуків [5].

Фактори, що впливають на успішність реабілітації

- Час початку реабілітації (ранній старт — кращий прогноз) [1];
- Інтенсивність занять [4];
- Індивідуальний підхід, урахування локалізації та обсягу ураження [6];
- Мотивація пацієнта та підтримка родичів [2];
- Супровід емоційного стану пацієнта [3].

Перспективи і сучасні підходи до реабілітації

Сьогодні активно впроваджуються новітні технології у реабілітацію когнітивних функцій після інсульту:

- Використання віртуальної реальності (VR) [7];
- Комп'ютерні програми для когнітивного тренування [5];
- Біофідбек-технології [6];
- Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) [3];
- Нейроадаптивні тренажери [2].

Розробка індивідуальних програм на основі нейропсихологічного обстеження дозволяє досягати більш значущих результатів у відновленні базових когнітивних функцій [1].

Висновки

Порушення базових когнітивних функцій після інсульту є серйозною проблемою, що суттєво погіршує якість життя пацієнтів. Ефективна реабілітація потребує комплексного підходу із застосуванням традиційних і сучасних методик. Рання діагностика когнітивних розладів і своєчасне втручання значно покращують прогнози відновлення функціональної активності мозку [4].

Література:

1. Іванова Г. О. Когнітивна реабілітація після інсульту: сучасні підходи. Київ. Видавництво Ліра-К. 2022.
2. Петренко Л. В. Нейропсихологія: основи клінічної практики. Харків. Фоліо. 2021.
3. Гурова С. М. Когнітивні порушення у неврологічній практиці: керівництво для лікарів. Львів. Сполом. 2023.
4. Дьяків О. Б., Ковальчук Н. І. Нейрореабілітація після інсульту: практичний посібник. Тернопіль. Укрмедкнига. 2020.
5. Ostrowska K. Cognitive Disorders after Stroke and Their Rehabilitation. Journal of Neurology Research. 2023.
6. Smith E. et al. Advances in Cognitive Rehabilitation Post-Stroke. Neuropsychology Review. 2022.
7. Jackson C., Wu C. Cognitive Recovery after Stroke: New Perspectives. Stroke Rehabilitation Journal. 2021.

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА СПОСОБИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Коротушенко Б.М., Книш А. Є.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Психосоматика — це галузь знань на перетині психології та медицини, що вивчає вплив психічного стану людини на фізичне здоров'я. Згідно з сучасними уявленнями, хронічний стрес, емоційне перенапруження, невирішені внутрішні конфлікти можуть спричиняти або посилювати соматичні (тілесні) хвороби [1]. У багатьох випадках саме тіло сигналізує про психологічний дискомфорт раніше, ніж сама людина усвідомлює проблему.

Психосоматичні розлади трактуються як спосіб несвідомої реалізації внутрішнього напруження, коли психіка "виводить" емоції на фізичний рівень через тілесні симптоми [4]. Відомо, що особливо вразливою до психоемоційних чинників є система травлення.

Органи шлунково-кишкового тракту тісно пов'язані з центральною нервовою системою. Це підтверджує наявність так званої "кишкової осі мозок–кишечник", через яку емоційні реакції впливають на перистальтику, секрецію, тонус шлунково-кишкового тракту.

Найчастіше серед психосоматичних порушень ШКТ трапляються:

- **Синдром подразненого кишечника (СПК)** — функціональний розлад, що супроводжується болем у животі, метеоризмом, запорами або діареєю. Часто виникає або загострюється на тлі стресу, тривожних станів або депресії.
- **Функціональна диспепсія** — порушення травлення без органічної причини, з симптомами нудоти, печії, відчуття переповнення після їжі.
- **Гастрити та виразкова хвороба** — хоч ці захворювання мають інфекційний компонент (наприклад, *Helicobacter pylori*), однак психоемоційні фактори часто спричиняють загострення, уповільнення загоєння, стійкий перебіг [3].

Студентська молодь, як показують дослідження, належить до групи підвищеного ризику через поєднання високого рівня навчального навантаження, нестабільного режиму харчування і сну, а також постійного емоційного напруження [2].

Ефективна допомога при психосоматичних порушеннях органів травлення потребує поєднання медичних і психологічних підходів. Медикаментозне лікування має бути доповнене психотерапією та змінами способу життя.

До основних напрямів психологічної допомоги відносять:

- **Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ)** — допомагає виявити й змінити автоматичні негативні думки, пов'язані зі станом здоров'я, а також навчитися керувати тривожністю.

- **Тілесно-орієнтовані техніки** — дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, йога та інші методики сприяють зниженню напруги в тілі, зменшенню симптомів.
- **Психоосвіта** — формування у пацієнта усвідомлення психосоматичної природи його скарг, що зменшує тривогу і сприяє активнішій участі в лікуванні.
- **Модифікація способу життя** — включає покращення режиму харчування, нормалізацію сну, регулярну фізичну активність.

Дослідники наголошують, що найкращі результати дає мультидисциплінарний підхід, коли психолог, гастроентеролог та сімейний лікар працюють спільно [5].

Психосоматичні розлади органів травлення є складним і поширеним явищем, що вимагає комплексного підходу до діагностики й лікування. Ігнорування психологічного аспекту може призводити до хронізації захворювання та неефективності традиційного лікування. Саме тому важливо інтегрувати психотерапевтичні методи в загальний план корекції, з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

Література:

1. Братусь Б. С. Психосоматика: сучасне розуміння й практичні аспекти // Вісник психології. — 2020. — № 4. — С. 5–11.
2. Дьяченко О. В. Психосоматичні порушення у студентської молоді: проблеми, причини, шляхи вирішення // Психологічний часопис. — 2021. — № 3. — С. 45–50.
3. Кочарян Л. М. Взаємозв'язок стресу та гастроентерологічної патології // Медичні перспективи. — 2020. — Т. 25, № 1. — С. 56–59.
4. Лапіна С. Ю. Психосоматичні прояви як форма комунікації внутрішніх конфліктів // Психологія і суспільство. — 2019. — № 2. — С. 46–53.
5. Пархоменко І. В. Мультидисциплінарний підхід у лікуванні психосоматичних розладів: досвід сімейного лікаря // Сучасна медицина. — 2023. — № 2. — С. 37–40.

РОЗЛАДИ СНУ НЕОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ ТА ШЛЯХИ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Шварцман Я.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Порушення сну неорганічного походження є однією з найпоширеніших проблем психічного здоров'я серед осіб, які пережили психотравмуючі події. Особливо ця проблема загострюється у військовослужбовців, які тривалий час перебували у зоні бойових дій. Неорганічні розлади сну мають психогенну природу і зазвичай зумовлені хронічним стресом, тривожністю, депресією або посттравматичним стресовим розладом [6].

Актуальність цієї теми зумовлена високою поширеністю неорганічних порушень сну внаслідок воєнних дій, а також тим, що тривале безсоння значно погіршує психоемоційний стан, знижує ефективність реабілітації, посилює ризик суїцидальності та соматичних захворювань [1].

Мета нашої статті полягала у аналізі психологічних аспектів неорганічних розладів сну та розробки ефективних психореабілітаційних підходів до їх подолання серед військовослужбовців.

Об'єкт дослідження — неорганічні розлади сну.

Предмет дослідження — психологічні та психофізіологічні чинники, що зумовлюють неорганічні порушення сну, та ефективні методи їхньої реабілітації.

Ключові слова: неорганічні розлади сну, інсомнія, тривожність, військовослужбовці, психореабілітація, когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, арттерапія.

Неорганічна інсомнія класифікується згідно МКХ-10 як розлад, що не має органічного підґрунтя. Порушення сну можуть проявлятися як утруднене засинання, часті нічні пробудження, раннє пробудження, фрагментованість сну або його повна відсутність. Такі симптоми знижують здатність до адаптації, провокують емоційну нестабільність, когнітивні порушення та загальне виснаження.

У клінічній практиці нерідко спостерігаються випадки хронічної інсомнії у військовослужбовців, які не сплять по кілька діб або прокидаються щоночі з відчуттям тривоги, напруження або паніки. Один із прикладів – пацієнт, 52 років, військовослужбовець, який протягом трьох років брав участь у бойових діях. Наразі він перебуває на реабілітації після операції з видалення грижі. Основні скарги: труднощі із засинанням, часті нічні пробудження, відчуття виснаження вранці. Супутні симптоми: підвищена тривожність, напруга в тілі, уникання тиші, підвищена чутливість до звуків [2].

Ефективна психореабілітація включає мультидисциплінарний підхід. Основні етапи можуть включати:

1. Психосвіта — роз'яснення природи сну, тривожності, впливу стресу на психофізіологію.
2. Когнітивно-поведінкова терапія — виявлення й корекція деструктивних переконань щодо сну, поведінкова стабілізація режиму.
3. Майндфулнес-практики — розвиток навичок уваги «тут і тепер», зниження гіперактивації нервової системи.
4. Дихальні техніки, релаксація, тілесно-орієнтована терапія — для зниження напруги.
5. Арттерапія та гештальт-підходи — для емоційного розвантаження, роботи з внутрішніми образами тривоги.

Успішність лікування залежить від мотивації пацієнта, підтримки середовища, кваліфікації спеціаліста та своєчасного виявлення порушень. Військовослужбовці потребують особливої уваги в умовах реабілітації, де психотерапія має бути адаптована до специфіки бойового досвіду.

Неорганічні розлади сну є серйозною психофізіологічною проблемою, що потребує комплексного підходу. Ефективна реабілітація повинна включати когнітивно-поведінкову терапію, практики усвідомлення, тілоорієнтовану роботу та стабілізацію емоційного фону [4].

Неорганічні розлади сну охоплюють широке коло порушень, які виникають на фоні психологічних, психоемоційних або соціальних чинників без наявної

органічної патології. Згідно з МКХ-10, їх класифікують як F51, включаючи інсомнію, гіперсомнію, порушення ритму сну й неспання, парасомнії тощо. Найчастіше у практиці зустрічається неорганічна інсомнія — порушення сну без соматичного чи неврологічного підґрунтя [3].

Психоаналітичний підхід розглядає безсоння як результат внутрішнього конфлікту або витісненої тривоги. У гештальт-підході труднощі зі сном пов'язують із незавершеними гештальтами (незавершеними емоційними ситуаціями), що не дають психіці «відпустити» день. Когнітивно-поведінковий підхід пояснює безсоння формуванням дезадаптивних поведінкових шаблонів, як-от занепокоєння через неможливість заснути або хибні переконання щодо тривалості та якості сну.

З клінічної точки зору неорганічне безсоння часто розвивається на фоні стресових життєвих подій або в осіб із підвищеним рівнем нейротизму. У військових це пов'язано з хронічним емоційним напруженням, відсутністю відпочинку, нічними тривогами, порушенням циркадного ритму.

Крім описаного вище пацієнта, варто згадати ще один типовий приклад: жінка, 45 років, медик-волонтер, яка евакуювала поранених із гарячих точок. Після повернення до мирного життя скаржиться на фрагментарний сон, постійне раннє пробудження з тремтінням і напругою в грудях. Нічні спогади про реанімаційні ситуації викликають паніку. Її стан супроводжується тривожно-депресивним фоном і високим рівнем емоційного вигорання. У цьому випадку поєднувалися КПТ, EMDR та арттерапія для поступового зниження емоційної насиченості травматичних спогадів.

Серед ефективних методів також варто виділити сенсомоторну терапію, що спрямована на відновлення відчуття безпеки через тілесну регуляцію; використання біофідбеку, який допомагає пацієнтам навчитися контролювати фізіологічні реакції (частоту серцебиття, дихання); та стабілізуючі вправи з практик соматики (як-от Feldenkrais або TRE).

Значну роль відіграє також психоосвіта для родичів військовослужбовців, які часто не розуміють природи тривожності чи безсоння і можуть несвідомо поглиблювати ізоляцію. Включення родини в психотерапевтичний процес покращує результати реабілітації та знижує стигму щодо звернення по допомогу [5].

Таким чином, ефективна модель допомоги при неорганічних розладах сну має бути цілісною, мультидисциплінарною та адаптивною. Вона повинна враховувати тип розладу, особливості травматичного досвіду, рівень мотивації, доступ до ресурсів і потребу в довготривалому супроводі.

Неорганічні розлади сну становлять важливу проблему у сфері психічного здоров'я, особливо серед військовослужбовців та осіб, які зазнали дії травматичних подій. Ефективна реабілітація має бути комплексною, поєднувати когнітивно-поведінковий підхід, майндфулнес, арттерапію, тілесні методи та підтримку соціального середовища. Врахування індивідуальних особливостей, психоемоційного стану та специфіки травматичного досвіду дозволяє досягти значних позитивних результатів у покращенні якості сну та загального функціонування пацієнтів.

Література:

1. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів DSM-5. Вашингтон: APA Publishing, 2013.
2. Beck A. T., Davis D. D., Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Press, 2015.
3. Вознесенська О.Ф. Посттравматичний стресовий розлад: клінічні прояви та підходи до лікування. Київ: Укрмедкнига, 2020.
4. Van der Kolk B. A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking, 2014.
5. Юр'єва Л.М. (ред.). Невротичні, соматоформні розлади та стрес: Навчальний посібник. Київ: ТОВ ММК, 2005.
6. Карпенко О.М. Психологічна реабілітація військовослужбовців: Когнітивно-поведінкові та інтегративні підходи. Психологічний вісник, 2022, 2(15), 45–52.

ІНСОМНІЯ ЯК ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЯВИЩЕ: СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ

Сульдїна Л. М. Фрунзе О. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність проблеми порушення сну у світі і нашій країні зростає з року в рік так, як сон є важливішою частиною нашого життя. У сучасному світі навколо дуже багато стресових подій, які мають вплив не тільки на ритм життя, але й на режим сну. Порушення сну має різну етіологію, але на наш погляд воно пов'язане з психологічними проблемами людини. В нашій роботі ми розглянемо інсомнію — одне з найбільш поширених порушень сну, яке супроводжується труднощами із засинанням, частими нічними пробудженнями або відчуттям неякісного сну [1]. Вона трапляється як у загальній популяції, так і в осіб із психічними або соматичними захворюваннями. За даними ВООЗ, від 10 до 30% дорослого населення регулярно стикається з симптомами безсоння [2]. Зважаючи на зростання рівня тривожності, стресу, професійного вигорання та цифрової перевантаженості, інсомнія набуває все більшого значення як медико-психологічна проблема. На нашу думку, вивчення безсоння як психосоматичного явища є вкрай важливим для розуміння глибинного зв'язку між тілом і психікою, а також для розробки ефективних підходів до терапії, що не обмежуються лише фармакологічним втручанням.

Порушення сну в контексті психосоматичних проявів.

Предмет дослідження: Психотерапевтичні підходи до корекції інсомнії як психосоматичного явища.

Мета дослідження: Проаналізувати ефективність сучасних психотерапевтичних підходів (когнітивно-поведінкової терапії, майндфулнес-практик, тілесно-орієнтованої терапії, психоедукації) у подоланні інсомнії, що має психосоматичну природу.

Ключові слова: інсомнія, безсоння, психосоматика, когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, тілесно-орієнтована терапія, гігієна сну, психотерапевтичні підходи, психоемоційна напруга, порушення сну.

Інсомнія в контексті психосоматики Психосоматичний підхід передбачає, що тілесні симптоми можуть бути тілесним вираженням внутрішньої психологічної напруги [3]. Цю ідею глибоко досліджували такі науковці, як Є. Немирівський, В. Пірогова, Р. Sifneos та J. Engel, які вказували на зв'язок між хронічним стресом, алекситимією та порушеннями сну.

На наш погляд, інсомнія часто є способом, яким психіка «говорить» з тілом, коли усвідомлена емоційна переробка виявляється заблокованою.

У випадку інсомнії йдеться про порушення гомеостазу нервової системи, викликане хронічним стресом, тривогою, пригніченою агресією або конфліктними переживаннями [4]. Дослідники зазначають, що у понад 50% випадків інсомнія асоціюється з психоемоційними розладами — депресією, генералізованим тривожним розладом, ПТСР тощо [5]. Цю тему активно вивчали такі науковці, як К. Морін, Д. Тейлор, Є. Немирівський, В. Пірогова та С. Еспі, які вказували на роль психічного перенапруження та емоційних конфліктів у формуванні безсоння.

Серед типових психосоматичних механізмів, що запускають інсомнію:

1. гіперактивація симпатичної нервової системи;
2. дисбаланс між процесами збудження та гальмування в ЦНС;
3. неусвідомлені емоційні конфлікти, що "переносяться" в тіло через сон [6]

Сучасні психотерапевтичні підходи до корекції інсомнії

Психотерапевтичні підходи — це теоретично та методично обґрунтовані системи психотерапевтичної допомоги, кожна з яких має власне бачення природи психологічних проблем та способів їх подолання. У клінічній практиці застосовуються як монотерапевтичні моделі (наприклад, лише когнітивно-поведінкова терапія), так і інтегративні підходи, що поєднують методи з різних шкіл.

У контексті інсомнії ми опираємось на ті напрямки, ефективність яких підтверджено емпіричними дослідженнями, а також клінічним досвідом. Зокрема, обрані підходи (КПТ, майндфулнес, тілесно-орієнтована терапія) мають на меті не лише зменшення симптомів, а й роботу з першопричинами безсоння — тривогою, психоемоційним виснаженням, тілесними блоками.

Ми вважаємо за доцільне спиратися саме на ці моделі, оскільки вони дозволяють поєднати роботу з думками, тілом і емоціями — тобто враховують цілісну природу інсомнії як психосоматичного явища. Такий підхід створює умови для довготривалих змін, не обмежуючись короткостроковим полегшенням симптомів.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ-І) КПТ є "золотим стандартом" лікування хронічного безсоння. Дослідження Моріна, Тейлора та Едінгера підтвердили її довготривалий ефект і вищу ефективність порівняно з медикаментозним лікуванням.

На нашу думку, саме поєднання когнітивної реструктуризації та роботи з поведінковими патернами дозволяє клієнтам відчувати контроль над власним сном.

Її ефективність доведено у численних РКД-дослідженнях [7]. Метод включає:

1. когнітивну реструктуризацію — роботу з ірраціональними переконаннями щодо сну;
2. контроль стимулів — зміна умов, пов'язаних зі сном;
3. обмеження сну — нормалізація режиму;
4. техніки релаксації — дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація.

Дослідження показали, що КПТ покращує якість сну у 70–80% пацієнтів з хронічною інсомнією [8].

Майндфулнес та медитативні практики Практики усвідомленості (mindfulness-based therapy for insomnia — MBTI) дозволяють зменшити тривожність, покращити здатність “відпускати” думки перед сном [9]. Усвідомлена увага до тіла, дихання та теперішнього моменту сприяє переключенню з гіперзбудження на стан релаксації [10]. Цей підхід ґрунтується на роботах Джона Кабат-Зінна, Дж. Онг та С. Шапіро, які довели позитивний вплив усвідомленості на зниження рівня фізіологічного збудження.

З нашого клінічного досвіду, саме розвиток навичок присутності допомагає клієнтам «відпустити контроль» і створити внутрішній простір для відпочинку.

Тілесно-орієнтована терапія (ТОТ) ТОТ працює з психосоматичними симптомами шляхом розпізнавання й вивільнення тілесної напруги, відновлення дихання, руху, вивчення зв'язку між емоціями та фізичними реакціями [11]. Для осіб із «затиснутим тілом» або пригніченою агресією цей підхід є особливо ефективним [12]. О. Кочеткова та П. Огден є ключовими дослідниками цього напрямку, які наголошують на важливості «мови тіла» у процесі терапії.

На нашу думку, ТОТ є незамінною для тих клієнтів, чия тривожність «осідає» у м'язах або проявляється через хронічну напругу, що блокує сон.

Психоедукація та гігієна сну

Психоедукація включає навчання клієнта базовим знанням про фази сну, роль режиму, вплив гаджетів, кофеїну та освітлення на якість відпочинку. Вона виступає фоном до будь-якої терапії та значно підвищує її ефективність [13]. Цінність цього підходу підтверджують Перліс та Юнгквіст, які підкреслюють, що просвітницька робота є основою ефективної терапії інсомнії.

На наш погляд, розуміння фізіології сну знижує тривожність клієнта й формує усвідомлене ставлення до власного способу життя.

Інтегративний підхід

Сучасна психотерапевтична практика все частіше схиляється до використання мультикомпонентних програм — комбінації КПТ, майндфулнесу, ТОТ і психоедукації. Такий підхід дозволяє адресувати як поведінкові, так і емоційно-соматичні аспекти інсомнії, формуючи стійкий ефект без медикаментів [14]. Цей підхід розробляли та підтримували такі дослідники, як Ю. Савчук, С. Еспі та D. Posner.

Саме індивідуальне поєднання методик дає можливість не лише зменшити симптоматику, а й досягти стабільного покращення загального психоемоційного стану.

Висновки

Інсомнія — це не лише фізіологічне порушення, а й глибоке психосоматичне явище, яке вимагає цілісного підходу до діагностики та терапії. Сучасні психотерапевтичні стратегії — насамперед КПТ, майндфулнес, тілесно-орієнтована терапія — показують високу ефективність у подоланні хронічної інсомнії. Комплексне втручання, що поєднує психоедукацію, тілесну роботу та когнітивну перебудову, сприяє довготривалому покращенню якості сну та психічного здоров'я загалом. Отже, ефективна допомога при інсомнії починається з поваги до індивідуального досвіду клієнта — його тіла, переживань, історії. Саме уважне й гнучке поєднання методів дозволяє досягти глибших змін, ніж будь-яка уніфікована схема.

Література:

1. Американська академія медицини сну. Клінічні критерії діагностики інсомнії [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://aasm.org>
2. World Health Organization. Sleep disorders and public health. Geneva: WHO, 2023. 47 p.
3. Пірогова В.І. Психосоматична медицина: психологічні аспекти. Київ: Університетська книга, 2019. 224 с.
4. Немирівський Є.І. Психосоматика: теорія і практика. Харків: Психотерапія, 2021. 188 с.
5. Morin C.M., Benca R. Chronic insomnia. The Lancet. 2012. Vol. 379(9821). P. 1129–1141. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60750-2
6. Taylor D.J., Pruiksma K.E. Cognitive and behavioral therapy for insomnia (CBT-I). Psychiatric Clinics. 2014. Vol. 37(4). P. 805–819.
7. Edinger J.D., Means M.K. Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. Clinical Psychology Review. 2005. Vol. 25(5). P. 539–558.
8. Espie C.A., Kyle S.D. et al. A randomized clinical trial of online CBT for insomnia. Sleep. 2012. Vol. 35(6). P. 769–781.
9. Ong J.C., Shapiro S.L., Manber R. Mindfulness meditation and CBT for insomnia. Journal of Clinical Psychology. 2008. Vol. 64(4). P. 449–460.
10. Черниш І.І. Використання усвідомленої уваги у терапії тривожних розладів. Психологічна перспектива. 2021. № 37. С. 84–90.
11. Ogden P., Minton K., Pain C. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton, 2006. 328 p.
12. Кочеткова О.М. Тілесна психотерапія: методологія і практика. Львів: Спадщина, 2020. 176 с.
13. Perlis M.L., Jungquist C., Smith M.T., Posner D. Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide. Springer, 2005. 168 p.
14. Савчук Ю.М. Інтегративні моделі психотерапії: сучасні підходи. Актуальні проблеми психології. 2022. № 19. С. 121–129.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ УКРАЇНИ

Табунчик О.Д., Шевченко Р. П.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність теми. У зв'язку зі зростанням кількості дітей з особливими освітніми потребами в Україні, зокрема із затримкою психічного розвитку (ЗПР),

особливої важливості набуває розробка та впровадження ефективних методів нейрореабілітації. За даними Міністерства охорони здоров'я України, за останні п'ять років кількість дітей із порушеннями психічного розвитку зросла майже на 30 %, що обумовлено як погіршенням екологічної ситуації, соціально-економічними викликами, так і наслідками війни: масовим внутрішнім переміщенням, пережитими психотравмами, втратами та руйнуванням звичного середовища. У таких умовах роль реабілітаційних центрів суттєво зростає — вони виконують функцію опори в процесі медико-психолого-педагогічної допомоги, адаптації та розвитку дитини.

Особливої актуальності набуває впровадження в практику реабілітації саме сучасних, науково обґрунтованих методів, що ґрунтуються на нейропсихології, нейропластичності, принципах індивідуального розвитку та мультидисциплінарного підходу. Такі методи сприяють формуванню ключових когнітивних функцій, стабілізації емоційного стану, розвитку мовлення та соціальної взаємодії. Досвід українських реабілітаційних центрів підтверджує, що своєчасне і комплексне втручання на основі сучасних нейрореабілітаційних технологій значно покращує якість життя дітей із ЗПР та полегшує їхню інтеграцію в освітнє середовище. Застосування науково обґрунтованих нейропсихологічних, психолого-педагогічних та медичних методів сприяє покращенню стану таких дітей і підвищенню їхньої якості життя (Калашник О.М., Полякова Н.Г, 2023 [4]; МОЗ України, 2022 [7]).

Зважаючи на виклики воєнного часу та необхідність створення ефективної системи допомоги дітям з особливими потребами, тема дослідження є не лише актуальною, а й стратегічно важливою для освітньої, медичної та соціальної політики України.

Мета дослідження — проаналізувати сучасні підходи до нейрореабілітації дітей із затримкою психічного розвитку, що використовуються в реабілітаційних центрах України.

Об'єкт дослідження — нейрореабілітація дітей із затримкою психічного розвитку в реабілітаційних закладах України.

Предмет дослідження — сучасні методи та підходи до нейрореабілітації дітей із ЗПР у практиці українських реабілітаційних центрів.

Попри зростаючий інтерес науковців до тематики нейрореабілітації, досі бракує комплексних міждисциплінарних досліджень, лонгітюдних спостережень та єдиних методологічних засад щодо практичного впровадження ефективних методик у систему реабілітації дітей із ЗПР. Додатковим бар'єром є недостатня доступність сучасної доказової літератури, низький рівень міжвідомчої координації та обмежене фінансування галузевих досліджень.

Теоретичною основою дослідження стали праці О.Л. Сіделковського (2022) [9], О.Г. Малиної (2021) [6], В.В. Кучера (2022) [5], І.Я. Терещенко (2021) [10], С.О. Гнатюка (2025) [1], О. Задорожної (2021) [2], Н.М. Ільїної (2020) [3], а також аналітичні матеріали МОЗ України (2022) [7] та регіональні програми розвитку (2023) [8]. Важливу роль відіграла концепція нейропластичності та нейропсихологічного підходу до корекції психічного розвитку дитини.

Затримка психічного розвитку — складне порушення, яке охоплює пізнавальну, мовленнєву, емоційно-вольову та моторну сфери. Реабілітація дітей із ЗПР потребує індивідуального підходу та системної роботи команди фахівців. Серед ефективних методів, що застосовуються в реабілітаційних центрах України, варто виділити:

1. Нейропсихологічну корекцію, яка передбачає виявлення дисфункцій мозкових структур та розвиток вищих психічних функцій (Малина О.Г., 2021 [6]). Наприклад, у Центрі розвитку дитини «Промінь» (м. Харків), БФ «Майбутнє» (м. Одеса) впроваджено спеціальні заняття з тренування слухової та зорової уваги, логічного мислення і моторного контролю для дітей із ЗПР віком 5–9 років.
2. Нейрофункціональний підхід за О.Л. Сіделковським, що включає мультисенсорну стимуляцію, вправи на міжпівкульну взаємодію, нейроконтроль і когнітивно-поведінкові стратегії. У практиці Центру «Крок за Кроком» (м. Київ) використовуються спеціальні комплекси із вправами для синхронізації роботи півкуль мозку та тренування саморегуляції.
3. Ейдетику як технологію розвитку образної пам'яті, уваги та мовлення (Задорожна О, 2021 [2]). У деяких дошкільних закладах інклюзивного типу (м. Львів) проводяться заняття з ейдетичних таблиць і візуалізацій, що сприяють активізації мовлення у дітей із труднощами засвоєння слів.
4. Сенсорну інтеграцію як методику стабілізації роботи сенсорних систем (Терещенко І.Я., 2021 [10]). Наприклад, у сенсорній кімнаті Центру реабілітації «Інсайт» (м. Львів), БФ «Майбутнє» (м. Одеса) застосовуються балансувальні доріжки, вагові жилети, світлові панелі для адаптації дітей до сенсорних подразників.
5. Кінезіотерапію та корекційну ритміку для розвитку моторики та саморегуляції (Кучер В.В, 2022 [5]). У практиці логоритміки Центру «Добробут» (м. Дніпро) поєднуються музичні ритми з фізичними вправами для покращення моторного планування та зниження рівня тривожності.
6. Фізіотерапевтичні методи: ЛФК, масаж, магнітотерапія, мікрополяризація.
7. Інтерактивні цифрові технології, зокрема нейрофідбек, доповнену реальність, тренажери для керованого розвитку уваги (Гнатюк С.О, 2025 [1]).

У таких містах як Київ, Львів, Харків, Одеса активно функціонують центри («Крок за Кроком», «Промінь», «Інсайт», «Майбутнє», ім. Януша Корчака), які впроваджують вказані підходи в індивідуалізованих програмах для дітей із ЗПР. Особливо ефективною є командна робота мультидисциплінарних спеціалістів: нейропсихолога, логопеда, фізичного терапевта, психолога.

Висновки. Застосування сучасних методів нейрореабілітації в реабілітаційних центрах України демонструє високу ефективність у роботі з дітьми із ЗПР. Поєднання нейропсихологічного підходу, сенсорних та когнітивних технологій сприяє гармонійному розвитку дитини, покращенню її навчального потенціалу та соціальної адаптації.

Рекомендується поширювати успішні практики мультидисциплінарного підходу, забезпечити підвищення кваліфікації спеціалістів реабілітаційних центрів, а також створювати умови для наукового моніторингу ефективності програм. Важливим напрямом подальших досліджень є розробка національних

стандартів нейрореабілітації для дітей із ЗПР, впровадження цифрових технологій у діагностику та корекцію, а також аналіз впливу воєнних факторів на психічний розвиток дітей з особливими потребами.

Окрім цього, слід зазначити, що нейрореабілітація дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) в Україні стикається з низкою актуальних проблем, які обумовлюють нерівний доступ до якісної допомоги, фрагментарність послуг і недостатнє впровадження доказових методик, а саме:

1. Недосконалість державної політики у сфері нейрореабілітації. Незважаючи на наявність окремих стратегій і регіональних програм, в Україні немає єдиного національного стандарту з нейрореабілітації дітей із ЗПР. Це призводить до розбіжностей у методах, якості послуг та доступності підтримки в різних регіонах країни.

2. Нестача підготовлених фахівців мультидисциплінарного профілю. Ефективна нейрореабілітація вимагає командної роботи нейропсихолога, логопеда, дефектолога, фізіотерапевта, лікаря, але в багатьох установах бракує кваліфікованих кадрів із сучасною підготовкою. Особливо відчутна потреба у фахівцях, що володіють інструментами функціональної нейропсиходіагностики.

3. Недостатнє фінансування та технічне забезпечення реабілітаційних центрів.

У багатьох державних закладах відсутнє сучасне обладнання для сенсорної інтеграції, нейрофідбеку, біоадаптивних методів, а приватні послуги залишаються недоступними для значної частини населення.

4. Фрагментарність науково-практичних підходів. Як зазначає О.Л. Сіделковський, відсутність системного аналізу призводить до неефективної або надмірно навантаженої реабілітації, яка не враховує механізми нейропластичності.

5. Недостатня поінформованість батьків та педагогів. Батьки часто не мають доступу до достовірної інформації про сучасні методи реабілітації, а педагоги у звичайних школах не володіють знаннями для адаптації навчання дітей із ЗПР.

6. Потреба в адаптації реабілітації до умов війни. Реабілітаційні послуги значно постраждали через повномасштабну війну в Україні. Частина центрів зруйнована або евакуйована, а нові запити пов'язані з психотравмою, втратами, переселенням, що ускладнює класичну модель нейрореабілітації.

Ключові слова: нейрореабілітація, затримка психічного розвитку, діти, реабілітаційний центр, нейропсихологічні методи, сенсорна інтеграція.

Література:

1. Гнатюк С.О. AR-методи в корекції та навчанні. // *Інформаційні технології в освіті*. – 2025. – №2(18). – С. 69–76.
2. Задорожня О. Ейдетика у корекційній роботі з дітьми із затримкою психічного розвитку. // *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. – 2021. – №13. – С. 91–97.
3. Ільїна Н.М. *Нейропсихологічні механізми розвитку дитини з порушенням вищих психічних функцій*. – Київ: Університетська книга, 2020. – 160 с.

4. Калашник О.М., Полякова Н.Г. Стан та перспективи розвитку системи надання реабілітаційної допомоги дітям в Україні. // *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. – 2023. – №2. – С. 37–41.
5. Кучер В.В. Кінезіотерапія як нейрокорекційна методика у дітей з особливими потребами. // *Проблеми сучасної корекційної освіти*. – 2022. – Вип. 17. – С. 58–66.
6. Малина О.Г. Особливості нейропсихологічного супроводу дитини із затримкою психомовленнєвого розвитку. // *Психологія та соціальна робота*. – 2021. – №2(54). – С. 23–28.
7. Міністерство охорони здоров'я України. *Національна стратегія розвитку реабілітації в Україні на період до 2030 року*. – Київ, 2022.
8. Регіональний стратегічний план розвитку системи реабілітації дітей у Волинській області на 2023–2026 роки. – Луцьк: Волинська ОДА, 2023. – С. 14–21.
9. Сіделковський О.Л. *Нейрореабілітація: основи теорії і практики*. – Київ: Наукова думка, 2022. – С. 48–102.
10. Терещенко І.Я. Сенсорна інтеграція в роботі з дітьми із ЗПР. // *Корекційна педагогіка*. – 2021. – №3. – С. 41–47.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Гільман А. Ю., Кулеша Н. П.

Національний університет «Острозька академія»

В умовах тривалої та виснажливої війни Україна потребує постійної психологічної допомоги та проведення психологічної реабілітації населення, яке зазнало фізичної та психічної травматизації. У зв'язку з цим постає потреба у підготовці відповідних фахівців (психологів, психотерапевтів), які зможуть грамотно та структуровано надавати психологічну допомогу та впроваджувати психологічну реабілітацію. В цьому процесі варто враховувати низку психологічних, соціальних та інших особливостей.

Питаннями щодо вивчення соціальних особливостей у проведенні психологічної реабілітації займалися зарубіжні та вітчизняні вчені. Зокрема Дюркгейм Е. досліджував важливість соціальних зв'язків для стабільності особистості, що є релевантними для розуміння процесу реабілітації, Левіс А. Козер та Зіммель Г. вивчали соціальні конфлікти, групову динаміку та роль соціальних зв'язків, що є важливим для розуміння соціальної підтримки та інтеграції в процесі відновлення, Коен Ш. аналізував вплив соціальної підтримки на подолання стресу, травм та психічних розладів, демонструючи зв'язок між соціальною підтримкою та стійкістю до захворювань та психологічних проблем, Гоффман Е. та його послідовники розглядали вплив соціальної стигми, пов'язаної з психічними розладами, на самооцінку, соціальну інтеграцію та звернення за допомогою. Серед українських науковців, які працюють у цій галузі, можна відзначити Березовця В., який досліджував соціально-психологічну реабілітацію ветеранів бойових дій, Бойко О., Гребінь Л. та Левченко Н. вивчали технології соціально-педагогічної роботи з військовослужбовцями та їхніми сім'ями, Алаликіну Н., яка досліджувала ефективність психолого-акмеологічної реабілітації військовослужбовців та ін. **Куцало О., Руденко М., Бачинська Л.** вивчали роль соціального житла в психологічній та соціальній адаптації внутрішньо переміщених осіб тощо [1;5;10].

Предметом вивчення психологічних особливостей у проведенні психологічної реабілітації були праці Ковальчук О. та **Невмержицького В.**, які розглядали питання психологічної реабілітації учасників міжнародних миротворчих місій та профілактику стресових розладів у військового персоналу, Титаренко Т., яка досліджувала проблеми психологічного благополуччя, кризових станів та психологічної допомоги, що є важливим для розуміння процесу реабілітації, Пророк Н., котра разом з колегами вивчала теоретичні та практичні аспекти психологічної реабілітації різних категорій населення, Бريدнікова Ю., який розглядав теоретико-практичні аспекти реабілітації військових, які зазнали психологічних травм унаслідок бойових дій, в т.ч. у контексті системи соціальних служб, Гульбс О. та Кобець О., котрі вивчали соціально-психологічну реабілітацію учасників бойових дій, Дигун І., яка досліджувала соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів та низки інших. Серед зарубіжних науковців помічаємо дослідження **Колк Б., Герман Дж., Бек А., Елліс А., Фoa Е.** та інші, чий роботи глибоко досліджують психологічні наслідки травми та розробляють травмо-фокусовані підходи до реабілітації. **Вернер Е. та Бонанно Дж.** вивчали **психологічну стійкість** та чинники, що сприяють відновленню після стресу та травм тощо [6;8-11].

Аналізуючи праці більшості цих авторів (зокрема Березовця В., Бойко О., Гребінь Л., Алаликіної Н., Бريدнікова Ю., Ковальчук О., **Невмержицького В.**, Титаренко Т., Пророк Н., Гульбс О., Кобець О., Дигун І., Заверухи О., Осьодла В., Романовської Л., Кулеші Н., Гільман А., Коена Ш., **Герман Дж.**, Гоффмана Е., Дюркгейма Е. та ін.), ми визначали основні соціально-психологічні особливості у проведенні психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок війни [1-11].

До *соціальних особливостей проведення психологічної реабілітації* можна віднести: створення безпечного та підтримуючого середовища, надання соціальної підтримки, врахування соціальних ролей та соціальної ідентичності, розвиток соціальних навичок, робота з проявом соціальної ізоляції та ризиком самотності після травми, стигматизацією та соціальним неприйняттям (упереджене ставлення суспільства до людей, які пережили травматичні події або мають психологічні проблеми, може створювати значні бар'єри для звернення за допомогою та соціальної інтеграції), забезпечення соціальної справедливості та рівності (зокрема забезпечення рівного доступу до реабілітаційних послуг, адвокації прав постраждалих), врахування культурних та етнічних особливості (в т.ч. опора на культурно-чутливий підхід до реабілітації, урахуванням культурних особливостей постраждалих, їхніх традицій та цінностей, впливу культури на розуміння та переживання травми, залучення представників різних культур до процесу реабілітації, які розуміють культурний контекст постраждалих і це дозволить підвищити ефективність реабілітаційних заходів), доступ до соціальних ресурсів, врахування залученості громади та соціальних інститутів, можливість впровадження соціального навчання (спостереження за іншими та їхнім досвідом подолання труднощів може бути потужним механізмом навчання та відновлення), врахування впливу мікро- та макросередовища, залученість до

груп підтримки або терапевтичних груп для забезпечення відчуття приналежності, можливість обміну досвідом та отримання взаємної підтримки, сприяння соціальній інтеграції, розробка та впровадження державних програм, спрямованих на психологічну підтримку та соціальну адаптацію постраждалих тощо [2;4;7;9].

Психологічні особливості проведення психологічної реабілітації включають: індивідуально-психологічні властивості особи, розуміння специфіки віку та статі особи, його особистих ресурсів, наявність супутніх проблем (фізичних травм, інвалідності, залежностей), досвід психологічної травми в минулому (наприклад, насильства, втрати, ДТП, нещасного випадку), орієнтованість на виражену травму клієнта, з якою працюємо зараз, її вид та індивідуальну специфіку перебігу, врахування обізнаності особи про психологічні наслідки війни та важливість психологічної підтримки, врахування різноманітності травм, впровадження комплексного та водночас індивідуального підходу в опрацюванні травматичного досвіду, врахування емоційного стану та індивідуального реагування на психотравматичний досвід, фокус на стан когнітивних процесів та врахування когнітивних технік для відновлення або компенсації порушених функцій, врахування неадаптивних моделей поведінки та їх зміну, робота із соціальною тривожністю та уникненням, з підвищеною агресивністю та конфліктністю у соціальних взаємодіях, робота з емпатією та здатністю співпереживати іншим, розвиток адаптивних та ефективних стратегій копінгу подоланні стресу та опрацюванні психотравми, робота із соромом та провинною вцілілого, підвищення мотивації клієнта до змін та підтримкою його активної участі в процесі, відновленням почуття контролю та безпеки, розвиток самосвідомості та розуміння своїх емоцій, думок та поведінки, робота над покращенням комунікації, встановленням здорових особистих кордонів та розв'язанням конфліктів у міжособистісних взаєминах, врахування стратегій, спрямованих на зміцнення стійкості (резильєнтності), врахування труднощів у встановленні довіри та підтримці довірливих взаємин, врахування можливої діагностованої депресії, тривожних та психосоматичних розладів, посттравматичного стресового розладу, розладів адаптації тощо під час опрацювання психотравми, промоція підтримки віри в можливість одужання та плекання надії у подоланні наслідків психотравми, а також профілактика вторинної травматизації та ін. [3;9].

Отже, враховуючи ці соціально-психологічні особливості, можна комплексно проаналізувати специфіку побудови психореабілітаційних сесій, а також розробити ефективні та структуровані програми психологічної реабілітації, які допоможуть особам, постраждалим від війни, опрацювати травматичний досвід, відновити своє психічне здоров'я та повернутися до повноцінного життя.

Література:

1. Гульбс О., Кобець О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. Психологічний журнал. 2021. № 7. С. 100-106.

2. Дигун І.С. Соціально-психологічні умови реабілітації постраждалих внаслідок дії екстремальних стрес-факторів: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. Київ, 2023. 218 с.
3. Заверуха О.Я. Психологічна реабілітація особистості в умовах дії стресових факторів та її соціальна мобільність / Психологічні основи соціальної мобільності особистості в період криз: монографія / за ред. Ю.А. Завацького та ін. К.: ПВТП «LAT&K», 264 с. 2023. С. 112-135.
4. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
5. Пилипенко Н. М. Психологічна допомога та підтримка постраждалим внаслідок війни в Україні. *Вісник Національного університету оборони України*, 6 (70). 2022. С. 142–148.
6. Романовська Л. Особливості психологічної реабілітації осіб, які пережили травматичні події. *Науковий журнал «Психологічні травелогі»*. 2024. Вип. 3. С. 251-260.
7. Сандал О. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Випуск 2. 2021 С.49-62.
8. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. Василя Осьодла. Київ : НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. 484 с.
9. Царенко Л. Г. Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту. *Психологія: теорія і практика*. 2019. Вип. 1 (3). С. 158-170.
10. Bryndikov, Y. The characteristic of stress-factors that cause the emerging of the post traumatic stress disorders in servicemen the combatants. *Social Work and Education*. Vol. 4, No 1. 2017. P. 112–118.
11. Kulesha, N. & Hilman, A. The Psychological Rehabilitation of Youth in War Conditions: Cognitive Dimension, *Youth Voice Journal*, 14(3), 2024. P. 107-119.

**ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ
ОСОБИСТОСТІ ЗАСОБАМИ АНАЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ К. Г. ЮНГА
Овчаренко С. Ю., Савенкова І. І.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Основою проблематики нашої статті є дослідження проблеми стресу, яка актуалізувалася в Україні під час жорстокої війни на території країни, що триває вже понад три роки. У цей час питання усвідомлення важливості психологічної реабілітації стресових розладів нації стає одним із найбільш гострих, оскільки аналізована проблема може викликати тяжкі психічні порушення, що в майбутньому можуть заважати жити повноцінним життям, адже стрес набуває все більшої актуальності не лише в медичному аспекті, а й у соціально-психологічному.

Різноманітність наукових підходів до тлумачення природи стресу зумовлює неоднозначність його розуміння. У межах соціономічного дискурсу науковці зосереджують увагу, зокрема на психологічному, соціальному та професійно-орієнтованому підходах [2, с. 49].

Проблемам вивчення та збереження ментального здоров'я, зокрема у контексті вивчення проблеми стресу, присвячено праці сучасних вітчизняних науковців: Т.Андрійченко, Ю.Бойка, О.Вакуленко, Н.Дзюби, Л.Карамушки, Т.Карамушки, В.Климчука, О.Кокуна, М.Корольчука, О.Креденцер, Б.Лазоренка, С.Миронця, Є.Потапчука, В.Панка, І.Савенкової, А.Сипливого, Т.Титаренко, М.Ткалич, Т.Хомуленко та ін.

Стрес набуває травматичного характеру тоді, коли вплив стресового чинника призводить до психічних порушень, подібних до фізичних ушкоджень. Відповідно до сучасних теорій у таких випадках зазнають змін структура «Я», когнітивне сприйняття світу, емоційна сфера, нейрофізіологічні механізми, що відповідають за навчання, а також системи пам'яті й емоційного засвоєння досвіду.

У ролі стресових факторів зазвичай виступають травматичні події - кризові ситуації екстремального характеру, які несуть серйозні негативні наслідки та становлять загрозу життю як самого індивіда, так і його близьких. Такі обставини істотно порушують відчуття безпеки людини, спричиняючи розвиток травматичного стресу з різноманітними психологічними наслідками. Для частини людей пережите може стати підґрунтям для формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Серед найбільш поширених причин стресу ми виокремлюємо такі:

1. Смерть рідної людини.
2. Великі борги та кредити.
3. Підліткова криза, втеча з дому, сварки з батьками.
4. Розлучення батьків.
5. Післяпологова депресія.
6. Втрата роботи.
7. Розлучення.
8. Кохання без взаємності.
9. Зрада коханої людини.
10. Переїзд на ПМП до іншої країни, ностальгія.

На сьогодні війна поєднує в собі майже всі типи психотравм, утворюючи потужну сукупну психотравму. Воєнні дії стають причиною масових проявів посттравматичного стресового розладу. Кожна людина перебуває у власному виді травматичного досвіду, що так чи інакше впливає на її психоемоційний стан. Частина громадян, які залишили країну у пошуках безпеки та спокою, переживають глибоке почуття провини й обов'язку. У них часто спостерігаються глибокі депресивні стани, емоційні зриви, що чергуються з апатією, втратою сенсу життя, суїцидальними намірами або діями як формою самопокарання за власне виживання. Це явище відоме як «синдром уцілілого».

Як зазначає І. Савенкова, реактивні психози, які згідно з класифікацією МКХ-10 входять до категорії «Реакції на сильний стрес і порушення адаптації», є психотичними реакціями на глибокі психічні травми або важкі життєві обставини, що провокують страх, тривожність, образу, печаль та інші негативні переживання [1, с. 47].

Серед типових симптомів такого стану часто фіксують соматичний дистрес. До нього належать напади фізичного дискомфорту тривалістю до години, тілесні скарги (відчуття здавленості в горлі, порушене дихання, глибокі зітхання, внутрішня порожнеча в області шлунка, відсутність апетиту, зміни смакових відчуттів), загальна слабкість, інтенсивний фізичний або емоційний біль.

І. Савенкова також підкреслює ефективність таких підходів до подолання стресу, як вчасне застосування психофармакологічного лікування та психотерапевтичних інтервенцій, усунення або переосмислення стресових чинників, а також переорієнтація особистості на конструктивну реакцію в умовах стресу чи фрустрації. Серед актуальних напрямів допомоги також важливе місце посідають індивідуальні соціально-реабілітаційні програми та широке впровадження відновлювального лікування в умовах санаторно-курортних закладів [1, с. 142].

Ми пропонуємо більш детально проаналізувати психоаналітичну спадщину Карла Юнга, що багата метафорикою й афористичністю та належить до найвищих взірців класики глибинної психології. Зважаючи на її екологічність і універсальність, ми переконані, що ідеї Юнга можуть стати вдалим засобом боротьби зі стресом. На нашу думку, арт-терапевтичні техніки та вправи швейцарського психотерапевта, а згодом і його послідовників (С.Шпільрейн, М.Фон Франц, Е.Нойманн), пронизані таїнством, містерією, що неминуче ведуть до духовної трансформації, подолання екзистенційних криз, а також – до зцілення від стресу.

На думку К. Юнга, ключем до розуміння несвідомого виступає символічна функція психіки, яка закорінена в архетипах. Саме вони справляють глибокий вплив на становлення особистості, визначаючи її емоції, світогляд та систему цінностей. Архетип як загальнолюдський феномен акумулює в собі архаїчні культурні коди, досвід минулих поколінь, а також ірраціональні й трансцендентні форми мислення, що формують підсвідомі образи та спосіб сприйняття світу [3, с. 372].

Концепція колективного несвідомого, запропонована Юнгом, залишається неперевершеною завдяки своїй здатності поєднувати в собі філософські, культурологічні та психологічні підходи. Універсальність аналітичної психології полягає в тому, що вона ефективна незалежно від культурного контексту чи тематики звернення клієнта, зокрема у випадках неврозів, тривожних станів та емоційного виснаження.

Одним із практичних виявів цієї теорії є метод терапевтичної казки, що базується на юнґіанській структурі особистості. Сюжетна схема таких казок доволі проста: «Жив-був...», «Одного разу...», «І з тих пір...». Хоча на перший погляд текст може здатися наївним, глибинний зміст розкривається через аналіз образів, пов'язаних з архетипами Аніми, Анімуса, Тіні чи Персони. Такий підхід здатен викликати внутрішнє зцілення.

Українці, переживаючи глибокі колективні потрясіння, відчують надпотужні емоції – від героїчних і жертвних, до тривожних і болісних. Ефективним способом їх усвідомлення та опрацювання є метод вільних асоціацій за Юнгом. Він дозволяє знайти «ключове слово», що відгукується внутрішнім резонансом і має терапевтичну силу.

У «Червоній книзі» – своєрідній духовній автобіографії – Карл Юнг занурюється в аналіз власного життя, ілюструючи свої роздуми малюнками. Згодом ці образи він осмислює як Мандали – символи внутрішнього порядку.

Малювання Мандали розглядається як трансформаційна практика, яка сприяє глибокому самопізнанню, відкриттю інсайтів та життєвих переосмислень.

Юнгіанська аналітична психологія нерозривно пов'язана з арт-терапевтичними методами. Її основна мета – допомога в емоційному самовираженні. Твори, створені під час терапевтичного процесу, виконують роль інструментів пізнання глибинних переживань. Арт-терапія охоплює широкий спектр творчих методик, постійно доповнюючись новими напрямками, які дозволяють кожному підібрати власний «ключ» до самовираження.

Особливої актуальності арт-терапія набуває у роботі з людьми, що переживають психоемоційні кризи чи стани стресу. Вона охоплює такі види мистецтва, як малювання, живопис, скульптура, графіка, а також доповнюється ігровою, пісочною, театральною, музичною, танцювально-руховою, фототерапією, казкотерапією.

Окремо варто виділити ізотерапію – один із базових методів арт-терапії, що полягає у створенні спонтанних або тематичних зображень. Малюнок у цьому контексті стає інструментом вираження глибинних емоцій, думок та переживань через символи, форми та кольори. Це допомагає позбутися негативу й трансформувати ставлення до світу. Ізотерапія допускає використання різноманітних матеріалів – від фарб, пастелі та олівців до фломастерів і крейди, і може здійснюватися на різних поверхнях: папері, тканині, дереві, склі тощо.

Цей вид терапії стимулює мову, сприйняття, координацію рухів і мислення, сприяючи гармонійному взаємозв'язку між психічними процесами. Крім того, ізотерапія допомагає глибше дослідити власні емоції, події, стосунки та підвищити рівень самосприйняття.

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу:

1. Які емоції та почуття у вас викликає створений малюнок?
2. Які кольори ви переважно використовували?
3. Яке значення ці кольори мають особисто для вас?
4. Чи виник у процесі образ, що привернув вашу увагу?
5. Як ви можете його інтерпретувати?
6. Чи зазнав змін ваш емоційний стан після завершення роботи?

Під час аналізу абстрактного малюнка доцільно звернутися до символіки кольорів і співвіднести її з емоційним станом та домінуючими внутрішніми переживаннями клієнта. Розуміння глибинної сутності створеного образу часто розкриває приховані сенси, витіснені емоції та несвідомі переживання.

У роботі з малюнками існує кілька ефективних методик, які умовно класифікує С. Кратохвіл. До них належать:

1. Вільне малювання – учасник створює зображення за власним бажанням, без вказівок, що дозволяє проявитися автентичним переживанням.
2. Комунікативне малювання – пара учасників спілкується виключно через образи та символи, створюючи діалог без слів.
3. Спільне малювання – група працює мовчки над одним зображенням, що сприяє відчуттю єдності, інтеграції та взаємодії.

4. Доповнююче малювання – учасники по черзі доповнюють загальний малюнок власними елементами, що сприяє розвитку креативності, гнучкості мислення та прийняття різних поглядів [4].

Глибинне опрацювання таких образів можливе за допомогою аналітичної психології Карла Густава Юнга. Саме її духовна складова, зокрема концепція колективного несвідомого та архетипів, дає змогу спрямувати пошук символічного сенсу у потрібному напрямку. Юнгіанський підхід в арт-терапії відкриває простір для трансформації – від усвідомлення до зцілення.

Література:

1. Савенкова І.І. Навчально-методичний посібник «Патопсихологія». Миколаїв, 2017. 160 с.
2. Савенкова І.І. Психологічні особливості професійного стресу у вчителів. І.І. Савенкова, В.Г. Косенчук. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського. Психологічні науки*. 2020. № 1. С. 48-53.
3. Юнг К. Г. Архетипи і колективне несвідоме. Київ «Аста». 2021. 230 с.
4. Яценко Т.С. Арт-терапевтичні технології в роботі психолога / серія «Психологічний інструментарій». Київ: Марич, 2019. 68 с.

СУЧАСНІ ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ

Спиридонова Т.В., Савенкова І.І.,

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Війна стала надзвичайно потужним зовнішнім стресогенним чинником, що глибоко вплинув на психологічний стан людей, спричинивши крайні емоційні реакції: страх, який набував форм неконтрольованого жаху та паніки; гнів, що переростав у всепоглинаючу агресію; а також відчуття безпорадності, яке нерідко трансформувалося у стан депресії.

Також наявний фактор індивідуальних емоційних реакцій на війну. У кожної людини вони різні. Є люди, які впадають у депресію чи важкі панічні стани, хтось активно агресує, хтось, навпаки, емоційно завмирає. У когось реакція паніки та надмірної активності, а хтось реагує ступором. На деякий час особистість втрачає розуміння тих цінностей, які були до воєнного часу, змінюється соціальний статус та соціальні ролі, збільшується рівень тривоги, депресії тощо. Кожна особистість проходить певні стадії адаптації до тих подій, що вплинули на звичайний процес життя. Відбувається нове усвідомлення себе, часу, інформації, сенсу, людської дійсності тощо. Людина потрапляє до нового середовища. Тому депресія є нормальною реакцією на ненормальні умови.

Депресія є психічним розладом, що характеризується безліччю симптомів, які зачіпають когнітивну, емоційну, фізіологічну та поведінкову сфери. Цей стан не обмежується тільки почуттям смутку або пригніченості, а являє собою складний комплекс переживань, що ускладнює повсякденне функціонування. Люди, які страждають на депресію, часто відчують глибоке почуття безнадійності та відчаю, що робить їх нездатними відчувати радість або задоволення, навіть від тих занять, які раніше приносили задоволення. У їхній свідомості переважає негативний погляд на себе, навколишній світ і майбутнє,

що формує так звану депресивну тріаду, запропоновану Аароном Беком [4]. Це проявляється в самозвинуваченні, відчутті власної нікчемності та нездатності впоратися з будь-якими життєвими труднощами. Песимістичні думки можуть переростати в ідеї самозвинувачення, а потім трансформуватися в суїцидальні роздуми, що робить депресію смертельно небезпечним захворюванням.

Емоційні симптоми депресії включають відчуття пригніченості, туги, тривоги і внутрішньої порожнечі. Іноді хворі описують цей стан як відсутність будь-яких почуттів, немов вони емоційно спустошені.

У своїй статті «Печаль і меланхолія» Зигмунд Фрейд проводить тонкий психологічний аналіз двох станів, які зовні здаються схожими, але в основі мають кардинальні відмінності. Печаль і меланхолія – це своєрідні складники депресивного синдрому. Фрейд пояснює, що печаль (переживання горя) – це нормальний і природний процес, що супроводжує втрату, тоді як меланхолія – це більш складний стан, що включає несвідомий конфлікт, нарцисичне страждання і саморуйнівну агресію. З. Фрейд показує, що печаль і меланхолія – це не просто «сум» різної інтенсивності, а два принципово різних процесу. Він пояснює меланхолію через психоаналітичну концепцію: нарцисична ідентифікація з об'єктом, перенаправлення агресії всередину та боротьбу частин психіки. Цей стан включає елементи як нормальної печалі, і патологічних процесів, що пов'язані з регресією лібідо [3].

У навчально-методичному посібнику «Патопсихологія» І. Савенкова зазначає, що депресивні розлади (F 32) представляють собою групу клінічних станів, що проявляються у порушенні настрою, втраті здатності контролювати свої емоції та суб'єктивному переживанні значних страждань. Виокремлюються три ступені депресивних розладів: легкий (F 32.0), помірний (F 32.1) і важкий (F 32.2 і F 32.3) депресивний епізод, які застосовуються у випадку першого депресивного епізоду. Повторні депресивні епізоди класифікуються в межах рекурентного депресивного розладу. Легкий (F 32.0), помірний (F 32.1) та важкий (F 32.2 і F 32.3) депресивний епізоди характеризуються тривалим пригніченим настроєм, втратою інтересу до навколишнього світу та відсутністю задоволення від звичних діяльностей. Важливо, щоб ці симптоми не були спричинені прийомом медикаментів, наркотичних засобів, соматичними хворобами чи реакціями на втрати. Вони повинні супроводжуватися суттєвими змінами в стані хворого та викликати різного ступеня суб'єктивні переживання і соціальну дезадаптацію [1, с. 22].

В умовах війни та невизначеності особливо тривожними є випадки, коли матері, що переживають ознаки депресії, припиняють свою активність і наче «завмирають». Спостереження за такими родинами протягом останніх трьох років показують, що такі ситуації є надзвичайно небезпечними і потребують тривалої реабілітації. Діти таких матерів, в залежності від віку, виявляють підвищену фрустрацію, емоційну напругу, схильність до депресії, а також проблеми з емоційним регулюванням. Вони часто мають поганий апетит, можуть гризти нігті, ставати агресивними або, навпаки, замкнутими, і в деяких випадках виникають енурез чи логоневроз. Такі діти також мають високий рівень базової тривоги. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш науково

обґрунтованих і ефективних методів лікування депресії. Вона відрізняється від інших психотерапевтичних підходів своєю структурованістю, орієнтацією на теперішнє та акцентом на конкретних навичках, які допомагають людині змінити своє життя [2, с. 10].

План КПТ при депресії базується на поетапному опрацюванні ключових механізмів, що підтримують депресивний стан. Він не просто допомагає пацієнту тимчасово відчувати себе краще, а дає йому інструменти для тривалого відновлення та профілактики рецидивів.

1. Оцінка стану та формування терапевтичних цілей

Перший етап терапії – це не просто знайомство пацієнта з терапевтом, а глибокий аналіз того, як депресія проявляється в конкретному випадку. Люди з депресією часто мають відчуття хаосу, втрачають здатність критично оцінювати свій стан і не усвідомлюють, які саме механізми підтримують їхній розлад.

На цьому етапі терапевт допомагає пацієнту чітко сформулювати проблему, виявити основні тригери та оцінити ступінь тяжкості депресії. Оцінка включає:

Когнітивні фактори (наприклад, переконання «Я нікчемний», «Життя не має сенсу»).

1. Поведінкові особливості (ізоляція, уникнення активності).
2. Фізичний стан (втома, порушення сну, зміни в апетиті).

Головним завданням є визначення реалістичних і вимірюваних цілей. Важливо, щоб пацієнт не просто хотів «бути щасливим», а розумів конкретні зміни, які можуть покращити його стан.

2. Навчання пацієнта розумінню депресії та механізмів її підтримки

Людина, яка перебуває у депресії, часто вважає, що цей стан є незмінною частиною її особистості або результатом зовнішніх обставин, на які вона не має впливу. КПТ допомагає розірвати цю віру, показуючи, що депресія – це динамічний процес, а не фіксований стан.

Терапевт знайомить пацієнта з моделлю «Думки – Емоції – Поведінка», пояснюючи, як негативне мислення провокує почуття безнадії, а це, своєю чергою, призводить до бездіяльності, яка лише посилює депресивний стан.

Це усвідомлення стає першим кроком до змін, оскільки пацієнт починає розуміти, що впливає на його стан, а отже, він може його змінити [2].

3. Робота з негативними думками (когнітивна реструктуризація)

Центральним компонентом КПТ є навчання пацієнта аналізувати свої думки та знаходити більш реалістичні інтерпретації подій. Люди з депресією схильні до когнітивних викривлень, таких як: чорно-біле мислення, надмірна узагальненість, фільтрація позитивного.

Пацієнт веде щоденник думок, у якому фіксує негативні думки, аналізує їхню правдивість і шукає альтернативні інтерпретації. Це допомагає поступово змінити внутрішній діалог і зменшити вплив деструктивного мислення.

4. Поведінкова активація: повернення до активності

Однією з найбільших проблем при депресії є втрата інтересу до життя. Поведінкова активація допомагає розірвати цей цикл, навчаючи пацієнта поступово повертатися до дій, які приносять задоволення.

Пацієнт складає список активностей, які колись приносили йому радість, навіть якщо зараз вони здаються безглуздими. Наприклад:

1. Поїздка до сусіднього міста.
2. Спілкування з домашнім улюбленцем.
3. Написання віршів.
4. Рухливі танці.

Ці дії починають виконуватися поступово, щоб не перевантажити людину, яка ще не має енергії для великих змін [2, с. 43].

5. Робота з фізичними аспектами депресії

Депресія впливає на тіло: людина відчуває хронічну втому, проблеми зі сном, зміну апетиту. КПТ працює з цими аспектами через:

1. Нормалізацію сну (режим засинання, обмеження гаджетів перед сном).
2. Фізичну активність (навіть короткі прогулянки підвищують рівень енергії).
3. Дихальні та релаксаційні техніки для зниження стресу.

6. Соціальна реінтеграція та розвиток комунікативних навичок

Депресія змушує людей ізолюватися, що лише посилює проблему. Тому частиною терапії є поступове повернення до соціального життя.

Пацієнт навчається:

1. Як просити про підтримку.
2. Як встановлювати здорові межі у спілкуванні.
3. Як долати страх соціальних контактів.

Цей етап допомагає людині відчути зв'язок зі світом і повернути віру в себе.

7. Профілактика рецидиву та закріплення навичок

Останній етап терапії спрямований на формування стратегії самопідтримки. Пацієнт вчиться розпізнавати перші ознаки повернення депресії та розробляє власний «план дій» на випадок загострення. Він продовжує використовувати техніки КПТ, щоб не допустити повернення до старих моделей мислення і поведінки [2, с. 48].

План терапії КПТ побудований таким чином, щоб поступово змінювати депресивний стан, розбиваючи його на окремі складові й працюючи з кожною з них. Головне в КПТ – активна участь пацієнта, оскільки саме він стає ключовою фігурою у своєму одужанні. Отже, методика КПТ не тільки допомагає подолати депресію, а й дає людині навички, які можуть зберегти її психологічну стійкість надалі.

Література:

1. Савенкова І. І. Навчально-методичний посібник «Патопсихологія». Миколаїв, 2017. 160 с.
2. Тарасова Т. В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: принципи і техніки. Київ, 2021. 192 с.
3. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Вид-во «Навчальна книга Богдан». 2024. 590 с.
4. Beck A. Beck Anxiety Inventory. Manual. New-York, 1988. 380 p.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В РОБОТІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

Бондарева К. Г., Савенкова І.І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

У сучасних умовах повномасштабної війни в Україні питання психологічного здоров'я військовослужбовців набуло особливої актуальності. Бойові дії, постійне перебування у стані небезпеки, втрата побратимів та інші екстремальні обставини значною мірою впливають на психіку бійців, що нерідко призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Посттравматичний стресовий розлад є одним із найпоширеніших наслідків перебування у зоні бойових дій. Він проявляється у вигляді повторюваних спогадів про травматичні події, емоційної відчуженості, підвищеної тривожності, депресії, проблем із контролем агресії, а також у вигляді соматичних симптомів. Вчасна та ефективна психологічна реабілітація військовослужбовців відіграє важливу роль у зменшенні негативних наслідків ПТСР, сприяє відновленню психоемоційного стану та забезпечує успішну інтеграцію у мирне життя.

Серед сучасних науковців, які досліджують проблему впливу бойового стресу на психічний стан військовослужбовців та особливості застосування психологічної реабілітації в роботі з ПТС розладами військовослужбовців зони бойових дій, варто виділити: Ключко А., Молчанову О., Теслюк В., Ткачова В., Філоненко Л., Щирук І. та ін..

Актуальність дослідження особливостей застосування психологічної реабілітації в роботі з військовослужбовцями, які мають ПТСР, зумовлена необхідністю вдосконалення існуючих підходів та розробки ефективних методів корекції посттравматичних станів.

Військовослужбовці є однією з найбільш уразливих категорій щодо розвитку ПТСР, оскільки перебувають у хронічному стані стресу та небезпеки. В. І. Алещенко аналізує психологічні аспекти розвитку ПТСР у ветеранів бойових дій, вказуючи на ключові тригерні фактори, такі як переживання бойових дій, втрата товаришів, фізичне та психологічне виснаження [1]. Ці фактори спричиняють розвиток складного посттравматичного синдрому, що може супроводжуватися депресією, соціальною ізоляцією та зловживанням психоактивними речовинами. Крім того, внаслідок довготривалого перебування в умовах бойових дій у військових формується специфічний адаптивний стиль поведінки, який може бути дисфункціональним у мирному житті. Наприклад, підвищена пильність та агресивність, необхідні для виживання на війні, можуть створювати труднощі в інтеграції до цивільного суспільства та ускладнювати міжособистісні стосунки [1].

За даними Журавльової Н. Ю., ПТСР у військових часто супроводжується вторинною травматизацією членів їхніх сімей, що потребує комплексного підходу до реабілітації [4]. Дружини та діти ветеранів часто переживають

психоемоційне напруження, спричинене агресивністю, емоційною закритістю та схильністю до уникнення соціальних контактів з боку військовослужбовців.

Діагностика ПТСР у військовослужбовців здійснюється за допомогою клінічних опитувальників, зокрема PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), а також інтерв'ю, спрямованих на виявлення симптомів [37]. PCL-5 є одним із найпоширеніших інструментів для виявлення ПТСР, оскільки дозволяє оцінити рівень вираженості симптомів за критеріями DSM-5. Дослідження показують, що цей опитувальник має високу чутливість і специфічність, що робить його ефективним методом скринінгу [6].

Психологічна реабілітація в роботі з посттравматичними стресовими розладами військовослужбовців передбачає застосування психологічних та медикаментозних методів лікування, причому сучасний підхід передбачає комплексне використання обох напрямків залежно від індивідуальних особливостей пацієнта, ступеня тяжкості розладу та наявності супутніх психічних станів.

Розглянемо детальніше психологічні методи лікування, серед яких:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – один із найбільш ефективних підходів до лікування ПТСР. Вона дозволяє пацієнту навчитися розпізнавати та змінювати негативні переконання, пов'язані з травматичним досвідом. КПТ включає техніки когнітивного реструктурування, експозиційну терапію (поступове занурення у травматичні спогади для зменшення їхнього впливу) та розвиток навичок саморегуляції [49]. Дослідження показують, що КПТ має довготривалий позитивний ефект, допомагаючи пацієнтам адаптуватися до життя після травми та знизити ризик рецидивів.

- Травмофокусована терапія – спеціалізований метод психотерапії, що спрямований на глибоке опрацювання травматичних спогадів та їхню інтеграцію в особистий досвід пацієнта. Основні техніки включають десенсибілізацію за допомогою повторного переживання травматичних ситуацій у безпечному середовищі, а також методи емоційної регуляції та навчання адаптивних стратегій подолання стресу [3]. Травмофокусована терапія може бути ефективною як у дорослих, так і у дітей, які пережили значні психотравматичні події.

- Експозиційна терапія – метод, що базується на поступовому та контрольованому зануренні пацієнта у травматичні спогади з метою зниження інтенсивності їхнього емоційного впливу. Завдяки повторним сеансам експозиції пацієнт може поступово зменшити рівень тривожності, навчитися контролювати свої реакції та сформувати нові когнітивні моделі сприйняття минулого досвіду.

- Діалектична поведінкова терапія (ДПТ) – метод, що ефективно застосовується у випадках ПТСР, які супроводжуються емоційною дисрегуляцією та ризикованою поведінкою. Вона включає навчання навичкам емоційної стійкості, толерантності до стресу, міжособистісного спілкування та усвідомленості.

Медикаментозна терапія передбачає призначення таких медичних засобів:

- Антидепресанти – препарати, що впливають на рівень серотоніну та норадреналіну у головному мозку. Найчастіше використовуються селективні

інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), такі як флуоксетин, сертралін, пароксетин, які допомагають зменшити симптоми тривожності, депресії та емоційної нестабільності [7].

- Анкісіолітики та транквілізатори – препарати, що знижують рівень тривожності та сприяють розслабленню. Вони можуть бути корисними у короткостроковій перспективі, але їхнє тривале застосування може призводити до звикання.

- Протиепілептичні препарати – у деяких випадках застосовуються для регуляції емоційної нестабільності та контролю імпульсивної поведінки, що часто спостерігається у пацієнтів із ПТСР.

- Атипові антипсихотики – використовуються у випадках, коли ПТСР супроводжується психотичними симптомами або важкими формами деперсоналізації та дисоціації [8].

Окрім медикаментозного та психотерапевтичного лікування, важливим аспектом у відновленні військовослужбовців, які страждають на ПТСР, є психосоціальна підтримка. Вона включає:

- Групові терапії – сприяють соціалізації, дозволяють пацієнтам ділитися досвідом та отримувати підтримку від людей, які мають подібні переживання.

- Арт-терапію – використання творчості для вираження емоцій та опрацювання травматичних спогадів. Метод може бути особливо ефективним для людей, яким важко вербалізувати свій травматичний досвід [5].

- Психоедукацію – надання пацієнтам та їхнім близьким інформації про природу ПТСР, його симптоматику, методи лікування та способи запобігання загостренням. Це сприяє підвищенню рівня розуміння та зниженню стигматизації розладу серед суспільства.

- Соціальну реабілітацію – допомога в адаптації до звичайного життя після пережитої травми. Включає професійну реабілітацію, навчання навичкам спілкування та управління стресом.

У підсумку важливо зазначити, що у сучасних умовах повномасштабної війни в Україні проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців набула особливої гостроти та вимагає системного підходу до психолого-медичної допомоги. ПТСР є серйозним викликом для психічного здоров'я бійців, адже його симптоми — від нав'язливих спогадів до емоційної відчуженості й агресії — істотно ускладнюють повернення до мирного життя, порушують соціальну адаптацію та впливають на родини військових.

Комплексна психологічна реабілітація є ключовим елементом у подоланні наслідків бойових психотравм. Ефективність лікування ПТСР значно зростає за умов поєднання когнітивно-поведінкової, травмофокусованої, експозиційної та діалектичної терапії з медикаментозною підтримкою та психосоціальними заходами — зокрема, груповими формами роботи, арт-терапією, психоедукацією та соціальною реінтеграцією. Інтегративний підхід дозволяє враховувати індивідуальні потреби військовослужбовців, рівень тяжкості симптомів і вплив супутніх факторів, таких як вторинна травматизація членів родини.

Психологічна допомога військовим із ПТСР повинна бути не лише професійною й доказовою, а й доступною, своєчасною та підтриманою на державному рівні. Вивчення і впровадження ефективних методів реабілітації, підготовка фахівців із травмотерапії, створення центрів психологічної допомоги — усе це є передумовою для збереження психічного здоров'я тих, хто захищає країну. Надалі актуальним залишається дослідження специфіки ПТСР в умовах українського бойового досвіду та адаптація міжнародних протоколів лікування до національного контексту.

Література:

1. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. Вісник Київського нац. ун-ту ім. Т. Шевченка. Військово-спеціальні науки. 2015. № 1 (32). С. 5–10.
2. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів; Свічадо, 2015. 448 с.
3. Вебер Т. Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем. Х. : вид-во «Літера нова», 2020. 164 с.
4. Журавльова Н. Ю. Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій. Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 21–22 лютого 2020 р.). Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2020. Ч. 2. С. 113–117.
5. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
6. Коширець В. В. Особливості надання першої психологічної допомоги особам з ПТСР. Збірник наукових праць РДГУ. 2017. Випуск 8. С. 128–133.
7. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є.. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник Х. : ХМАПО, 2013. 224 с.
8. Пошук Н. Г., Маркова М. В., Кондратюк А. І., Стукан Л. В. Медична психологія : навч. посіб. Вінниця : Горбачук І. П., 2010. 135 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ

Бабко Ю.В., Штученко І.Є.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним розладом, що виникає у відповідь на надзвичайно сильний травматичний досвід. Для військовослужбовців Збройних сил України (ЗСУ), які беруть участь у бойових діях, ризик розвитку ПТСР є особливо високим через постійне перебування в умовах загрози життю, свідчення жорстокості, втрату побратимів, фізичні та психологічні травми. Розуміння особливостей прояву ПТСР та специфіки нейрореабілітації таких військовослужбовців є надзвичайно важливим у контексті забезпечення їхнього психічного здоров'я та успішної інтеграції в мирне життя.

На думку Ю. Асеевої та її колег, одним із провідних проявів є нав'язливе переживання травматичних подій у формі флешбеків, нічних кошмарів, нав'язливих спогадів. Флешбеки можуть виникати раптово і настільки яскраво, що людина втрачає відчуття часу й простору, ніби знову опиняючись у ситуації бойового зіткнення чи під обстрілом. Уві сні військовослужбовці нерідко бачать сцени загибелі побратимів, поранення, вибухи, що призводить до серйозних порушень сну та виснаження нервової системи. Такі спогади часто супроводжуються сильними емоційними та фізіологічними реакціями: тахікардією (прискореним серцебиттям), підвищеним артеріальним тиском, тремором кінцівок, відчуттям задухи, нудотою або раптовою слабкістю. Іноді симптоми можуть імітувати прояви серцевого нападу або панічної атаки, що ще більше посилює тривожність військовослужбовця [1].

З метою зменшення інтенсивності страждань військовослужбовці намагаються уникати всього, що нагадує їм про травму: місць, людей, розмов, ситуацій. Наприклад, вони можуть уникати святкувань, де використовуються феєрверки, або відмовлятися від перегляду новин, що стосуються бойових дій. Це уникання часто призводить до соціальної ізоляції, відчуження від родини, друзів і громади загалом, поглиблюючи відчуття самотності й відокремлення від мирного життя. В результаті знижується якість життя, руйнуються соціальні зв'язки, погіршується емоційний стан.

Іншою важливою групою симптомів є прояви підвищеної збудливості. Серед них особливо вираженими є порушення сну, зокрема труднощі із засинанням, часті пробудження серед ночі, поверхневий сон, що не приносить відчуття відпочинку. Військовослужбовці часто скаржаться на підвищену дратівливість і навіть агресивні реакції, які виникають через дрібні подразники. Спалахи гніву можуть бути раптовими, неконтрольованими і в деяких випадках призводити до конфліктів у родині або на роботі.

Гіперпильність, на думку О. Кокун, – це ще один типовий симптом, який проявляється постійною настороженістю, очікуванням небезпеки навіть у безпечному середовищі. Військовослужбовці можуть сидати спиною до стіни у приміщенні, пильно оглядати місцевість, надмірно реагувати на гучні звуки, такі як хлопки чи сирени. Труднощі з концентрацією уваги впливають на когнітивні функції: стає важко читати, зосереджуватися на роботі, планувати повсякденні завдання. Це не тільки ускладнює професійне відновлення, але й створює значні труднощі в адаптації до цивільного життя загалом [2].

У сукупності ці симптоми створюють стійкий синдром психологічного дистресу, який без належної підтримки та реабілітації може поглиблюватися, призводячи до розвитку депресії, залежностей та суїцидальних тенденцій. Важливо підкреслити, що своєчасна діагностика і комплексна підтримка військовослужбовців є критично необхідними для попередження хронізації ПТСР і сприяння їхньому психічному одужанню.

Слід також зазначити емоційне оніміння, яке є характерним симптомом ПТСР у військовослужбовців. Воно проявляється у втраті здатності переживати позитивні емоції – таких як радість, любов, задоволення. Т. Ільницька зазначає, що людина стає емоційно відчуженою навіть від найближчих людей: членів

родини, друзів, партнерів. Військовослужбовці можуть описувати свій стан як «порожнечу всередині», «затуманення почуттів», або відсутність будь-яких емоцій, окрім страху, гніву чи тривоги. Байдужість до соціальних зв'язків та взаємодії часто сприймається оточенням як холодність або егоїзм, що ще більше ускладнює міжособистісні стосунки і призводить до самотності. Важливим аспектом емоційного оніміння є також втрата інтересу до раніше значущих занять: хобі, професійної діяльності, спілкування з друзями. Багато військових перестають бачити сенс у тих речах, які раніше надавали їм задоволення та мотивацію [3].

Крім того, військовослужбовці можуть відчувати втрату сенсу життя, що проявляється в загальній апатії, байдужості до власного майбутнього та невірі в можливість позитивних змін. Відчуття провини за пережиті події – надзвичайно поширене явище серед ветеранів бойових дій. Вони можуть відчувати самозвинувачення за свої вчинки під час бойових завдань або за те, що вижили, тоді як їхні побратими загинули. Це призводить до постійного внутрішнього конфлікту, що виснажує психіку і сприяє розвитку депресивних станів. Важливо зазначити, що на тлі таких глибоких емоційних переживань у військовослужбовців нерідко виникають суїцидальні думки, а в окремих випадках – і спроби суїциду. Нерозв'язаний внутрішній біль, відчай та втрата відчуття власної цінності стають серйозним ризиком для життя цих людей.

Особливу увагу слід приділити таким проявам ПТСР, як зміна світогляду військовослужбовця. В. Кердивар із колегами зазначають, що під впливом травматичного досвіду в учасників бойових дій формується переконання, що світ є ворожим, небезпечним і непередбачуваним. Вони втрачають довіру до інших людей, навіть до тих, хто не має жодного стосунку до бойових дій. Це може проявлятися у підозрілості, закритості, униканні нових контактів і спілкування [4].

Крім того, формується загострене почуття небезпеки: військовослужбовець постійно перебуває в стані настороженості, очікує нападу чи зради, навіть у мирному середовищі. Він може відчувати тривогу в натовпі, уникати відкритих просторів або, навпаки, занадто гостро реагувати на дрібні подразники, як-от голосні звуки чи різкі рухи інших людей. Зміни у сприйнятті реальності формують специфічну когнітивно-емоційну картину світу: людина вірить, що навколо панує хаос і насильство, що справедливість і безпека є недосяжними. Це ускладнює процес повернення до цивільного життя, адаптації до мирних умов, побудови стосунків, продовження професійної діяльності.

Таким чином, психічна травма, отримана внаслідок бойового досвіду, кардинально змінює особистість військовослужбовця, його емоційне життя, сприйняття інших людей і світу загалом. Без належної психологічної допомоги ці зміни можуть стати стійкими, значно ускладнюючи соціальну інтеграцію та процес нейрореабілітації після пережитого.

Не менш важливим є врахування нейропсихологічних аспектів ПТСР. Дослідження вказують на те, що у військовослужбовців із ПТСР відбуваються зміни у функціонуванні мозку, зокрема в таких структурах, як мигдалеподібне тіло, гіпокамп та префронтальна кора. Це призводить до порушення регуляції

емоцій, зниження здатності до обробки травматичних спогадів, утруднення планування та прийняття рішень.

Нейрореабілітація військовослужбовців із ПТСР має комплексний характер і включає психологічну, медикаментозну, когнітивно-поведінкову, соціальну та нейропсихологічну підтримку. Одним із базових підходів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає модифікувати дисфункціональні думки та поведінкові патерни, пов'язані з травматичним досвідом. У відповідності до досліджень В. Лавринюк, важливою складовою є експозиційна терапія, яка поступово знижує емоційну реакцію на травматичні спогади. Ефективним методом нейрореабілітації є також використання методик сенсорної інтеграції, спрямованих на відновлення зв'язків між тілесними відчуттями та емоційним реагуванням. Робота із тілом через практики тілесно-орієнтованої терапії (йога, дихальні вправи, соматичні техніки) сприяє зниженню напруги, поліпшенню саморегуляції та стабілізації емоційного стану [5].

Медикаментозна підтримка включає застосування антидепресантів, анксиолітиків та стабілізаторів настрою, що допомагає зменшити симптоми тривоги, депресії, стабілізувати емоційний фон. Водночас важливо підкреслити, що медикаментозне лікування має бути лише частиною комплексної терапії.

Соціальна реабілітація військовослужбовців полягає у відновленні їхніх комунікативних навичок, професійної зайнятості, побудові підтримуючого середовища. Групова терапія, взаємодопомога серед побратимів, залучення до волонтерської діяльності є важливими чинниками соціальної інтеграції та відновлення психологічного благополуччя. Особливу роль у процесі нейрореабілітації відіграє сімейна підтримка. Робота із сім'єю військовослужбовця сприяє налагодженню комунікації, зниженню рівня конфліктності, підвищенню рівня емоційного розуміння та прийняття травматичного досвіду.

Г. Ломакін наголошує на тому, що успішна нейрореабілітація вимагає індивідуалізованого підходу до кожного військовослужбовця, враховуючи особливості його психічного стану, тип пережитої травми, рівень соціальної підтримки та особистісні ресурси. Важливим є також етап психоедукації, під час якого військовослужбовцю надається інформація про природу ПТСР, механізми його розвитку та можливі шляхи подолання симптомів. У контексті реалій війни в Україні надзвичайно важливим є розвиток національної системи підтримки військовослужбовців із ПТСР, створення спеціалізованих центрів нейрореабілітації, підготовка фахівців у галузі військової психології та нейропсихології. Інтеграція наукових підходів, міжнародного досвіду та українських реалій дозволить розробити ефективні моделі допомоги військовим [6].

Таким чином, синдром посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців ЗСУ має свої специфічні прояви, пов'язані з інтенсивністю бойового досвіду, тривалістю перебування у зоні бойових дій, втратами товаришів, постійною загрозою життю та іншими факторами, характерними для умов сучасної війни. Особливості гібридного характеру бойових дій, психологічна напруга від невизначеності ситуацій, а також морально-етичні

дилеми, з якими стикаються військовослужбовці, посилюють глибину психологічної травми. Все це формує складну клінічну картину ПТСР, яка потребує глибокого розуміння та індивідуального підходу у процесі допомоги кожному військовому.

Ефективна нейрореабілітація військовослужбовців із ПТСР має базуватися на комплексному підході, який включає психологічні консультації, психотерапевтичні методики (зокрема когнітивно-поведінкову терапію, EMDR-терапію), медикаментозну підтримку, фізичну реабілітацію, тренування навичок саморегуляції, а також заходи соціальної інтеграції. Важливу роль відіграють нейропсихологічні інтервенції, спрямовані на відновлення когнітивних функцій та зменшення емоційної гіперреактивності. Лише завдяки цілісній системі підтримки можна забезпечити відновлення психічного здоров'я військовослужбовців, сприяти їх поверненню до активного суспільного життя та формуванню стійкої адаптації до умов мирного часу.

Література:

1. Асєєва Ю. А., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. С. 8-17.
2. Кокун О. М. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. № 2.20. С. 84-93.
3. Ільницька Т. Реабілітація військовослужбовців. *НейроNEWS (психоневрологія та нейропсихіатрія)*. 2016. № 1 (75). С. 6-7.
4. Кердивар В. В., Яніна О. О., Бакурідзе Н. Г. Психологічна підтримка військових: посттравматичний синдром та методи його подолання. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/20230>.
5. Лавренюк В. Психологічна та медична реабілітація військовослужбовців: що нового в законодавстві. *Актуальні проблеми соціально-правового статусу осіб, постраждалих під час проведення АТО*. 2017. №7. С. 44-48.
6. Ломакін Г. І. Роль соціальної активності в корекції ПТСР у ветеранів. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. 2012. Вип. 11. С. 109-120.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ЩОДО НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ

Цимбалюк А.Є., Мельничук І.В.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)

Проблема вивчення комплексного підходу щодо нейрореабілітації військовослужбовців полягає у відсутності єдиної системи, щоб інтегрувала медичні, психологічні, соціальні та когнітивні методи відновлення. В Україні нині бракує чітко визначених стандартів, фахівців міждисциплінарного профілю, а також належної ресурсної бази для реалізації повноцінних програм. Реабілітація часто здійснюється фрагментарно, без належної координації між спеціалістами, що значно знижує ефективність втручань.

Крім того, поширеним є недооцінювання когнітивних наслідків бойового стресу, стигматизація психічних порушень, а також недостатнє залучення родин військових до процесу відновлення [1, 2].

Усе це ускладнює як практичне впровадження комплексного підходу, так і його глибоке наукове вивчення. Брак системної підтримки з боку держави, обмежене фінансування та відсутність належного моніторингу результатів реабілітації перешкоджають розробці ефективних моделей допомоги, що б відповідали як індивідуальним потребам військовослужбовців, так і сучасним вимогам нейропсихологічної науки [3].

У вітчизняному науковому просторі тематика нейрореабілітації військовослужбовців активно досліджується протягом останнього десятиліття у зв'язку з актуальністю бойових дій на Сході України. Серед провідних українських дослідників варто відзначити О.Ф. Вознесенську, яка вивчала клініко-психологічні прояви ПТСР у військових та підкреслювала необхідність диференційованого діагностичного підходу. О.Г. Власенко досліджував досвід нейрореабілітації в українських реабілітаційних центрах, акцентуючи увагу на міждисциплінарній моделі допомоги. І.А. Дудник та М.М. Матешко зосередилися на впливі бойового стресу на когнітивні функції та можливостях нейропсихологічної корекції [1, 3]. Важливий внесок зробила також О.М. Карпенко, яка вивчала адаптацію когнітивно-поведінкової терапії до потреб ветеранів, зокрема в контексті соціальної реінтеграції та подолання стигми [2].

У зарубіжному науковому просторі важливими є напрацювання Bessel van der Kolk, який запропонував цілісний підхід до лікування ПТСР із залученням тілесних практик, підкреслюючи роль «тілесної пам'яті» у збереженні травматичного досвіду [5]. Judith L. Herman розробила концепцію комплексної травми та етапної терапії для жертв насильства та війни. Edna B. Foa є однією з авторів експозиційної терапії для ПТСР, а також активно досліджує ефективність КПТ при бойовій травмі [4]. David H. Barlow працює над впровадженням уніфікованих протоколів для лікування емоційних розладів, зокрема серед військових. Важливими є й праці Eric Vermetten та Rachel Yehuda, які вивчають нейробіологічні основи ПТСР і розробляють фармакологічні стратегії для доповнення психотерапевтичного впливу [6].

Мета статті: проаналізувати сучасні підходи до нейрореабілітації військовослужбовців, які зазнали бойових психологічних та неврологічних травм, і сформулювати ефективну модель комплексного відновлення з урахуванням психофізіологічних, когнітивних та соціальних чинників.

Об'єкт статті: психоневрологічні наслідки бойової травматизації у військовослужбовців.

Предмет статті: методи нейрореабілітації військовослужбовців із посттравматичними розладами з урахуванням когнітивно-поведінкових, нейропсихологічних та соматичних втручань.

Воєнні дії на території України зумовили безпрецедентну хвилю психічних та неврологічних порушень серед військовослужбовців. Після тривалого перебування в умовах стресу, високої загрози життю та втрат бойових побратимів, учасники бойових дій часто стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), когнітивними дисфункціями, порушеннями сну та соматизаціями [1]. Усе це вимагає глибокої міждисциплінарної взаємодії

фахівців — психологів, психіатрів, неврологів, реабілітологів, соціальних працівників — для розробки ефективних програм нейрореабілітації.

Бойовий досвід військовослужбовців відрізняється від інших форм травматичного досвіду глибиною впливу на нейропсихічне функціонування.

Окрім ПТСР, часто спостерігаються такі явища, як:

- а) порушення короткочасної та довготривалої пам'яті;
- б) зниження здатності до концентрації;
- в) хронічна тривога та гіпервігілантність;
- г) порушення соматичного стану (гіпертонія, біль, порушення сну) [2, 3].

Ці розлади часто не існують окремо, а формують комплексну симптоматику, яка унеможливорює повернення до мирного життя без цілеспрямованої підтримки.

Сучасні моделі нейрореабілітації ґрунтуються на інтеграції підходів: біопсихосоціальної моделі, когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих практик, а також фармакологічної стабілізації [4, 5]. Основна ідея — не лише подолання клінічних симптомів, а й активне відновлення соціального функціонування військовослужбовця.

Міжнародна практика реабілітації після бойової травми, зокрема в Ізраїлі, США та Канаді, підтверджує ефективність мультидисциплінарного підходу [6]. В Україні цей підхід лише формується, однак вже є успішні приклади — діяльність Центру нейропсихологічної реабілітації ветеранів у Львові, клінічні практики при медичних батальйонах, підтримка волонтерських проектів [3].

Етапи нейрореабілітаційної роботи

1. Первинна оцінка та нейродіагностика

На цьому етапі проводиться комплексна оцінка неврологічного стану, рівня тривоги, депресії, когнітивного функціонування (MMSE, MoCA, PTSD Checklist) [7]. Також здійснюється нейрофізіологічна оцінка (ЕЕГ, МРТ), якщо є ознаки органічних уражень мозку.

2. Формування терапевтичної програми

На основі діагностики розробляється індивідуальна програма, що включає:

- а) КПТ для зниження симптомів тривоги та депресії;
- б) елементи EMDR (десенсибілізації та переробки травматичних спогадів);
- в) фармакотерапія (антидепресанти, стабілізатори настрою, ноотропи) [8];
- г) програми фізичної реабілітації та сенсомоторної інтеграції.

3. Когнітивна та нейропсихологічна корекція

Застосовуються методики розвитку пам'яті, уваги, когнітивної гнучкості (BrainHQ, CogniFit, нейропсихологічні тренінги). Важливою є поетапна адаптація до розумових навантажень [9].

4. Тілесно-орієнтовані практики та майндфулнес

Методи тілесної терапії знижують соматичну симптоматику, покращують зв'язок із тілом і відчуття безпеки. Сюди входять:

- а) Практики дихання;
- б) Метод Фельденкрайза;
- в) Сенсомоторна психотерапія [10].

5. Сімейне консультування та соціальна реінтеграція

Реабілітація військовослужбовця без залучення родини рідко дає стабільні результати. Психоосвіта для родичів, підтримка партнерських стосунків та адаптація до цивільного життя — завершальний і надзвичайно важливий етап [2].

Слід зазначити, що успішна нейрореабілітація вимагає злагодженої роботи: психотерапевта, невролога, фізіотерапевта, ерготерапевта, соціального працівника. Такий підхід дозволяє уникнути фрагментованого лікування та підвищує ймовірність повернення військових до повноцінного життя.

Україна стикається з серйозними викликами: нестача фахівців, фрагментарність програм, відсутність системи супроводу ветеранів. Проте на тлі волонтерського руху та підтримки міжнародних партнерів поступово формуються ефективні практики. Необхідним є запровадження державних стандартів нейрореабілітації; розширення освітніх програм для спеціалістів; фінансування стаціонарних і амбулаторних центрів реабілітації [4].

Комплексний підхід до нейрореабілітації військовослужбовців є не лише медичним викликом, а й соціальним завданням національного масштабу. Ефективна програма має включати діагностику, психотерапевтичну стабілізацію, когнітивну корекцію, соматичну реабілітацію та соціальну підтримку. Такий підхід дає змогу значно зменшити наслідки бойового стресу, повернути ветеранів до активного життя та запобігти хронізації травматичних розладів.

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що тема нейрореабілітації військовослужбовців потребує подальшого поглибленого міждисциплінарного вивчення, з урахуванням як психологічних, так і нейрофізіологічних аспектів. Сучасні дослідження підтверджують ефективність комплексного підходу, який поєднує медичну, психотерапевтичну, когнітивну, соціальну та фізичну реабілітацію [1, 4, 5]. Водночас, існує потреба в адаптації міжнародного досвіду до українських реалій, створенні єдиних протоколів допомоги, підвищенні кваліфікації фахівців та розробці індивідуалізованих програм, що враховують унікальні переживання кожного військовослужбовця.

Отже, запровадження комплексного підходу до нейрореабілітації військовослужбовців має стати пріоритетом державної політики в галузі охорони психічного здоров'я. Ефективна реабілітація після бойового досвіду не може обмежуватись лише короткостроковими втручаннями — вона має бути тривалою, системною та підтримувальною. Інтеграція клінічних, психотерапевтичних, соціальних і нейронаукових методів дозволяє створити гнучкі та ефективні програми, що відповідають викликам сучасної війни. Успішна нейрореабілітація не лише відновлює функціонування особистості, але й зміцнює обороноздатність держави через збереження людського потенціалу, досвіду та життєвих історій тих, хто захищає країну.

Література:

1. Антонюк Т. В. Психічне здоров'я ветеранів війни: український контекст. Психологія і сучасність. 2022. № 3(28). С. 11–19.
2. Карпенко О. М. Соціальна адаптація учасників бойових дій після ПТСР. Психологічні студії. 2021. № 4(7). С. 54–63.
3. Гуменюк С. А. Нейропсихологічна реабілітація ветеранів в умовах воєнного стану. Медична психологія. 2023. № 2(10). С. 36–44.

4. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD. Washington, DC: APA Publishing, 2022. 202 p.
5. van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Penguin Books, 2014. 464 p.
6. Vermetten E., Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder: From Neurobiology to Treatment. Cham: Springer, 2018. 240 p.
7. Weathers F. W. et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Washington, DC: National Center for PTSD, 2013. 20 p.
8. Bisson J. I. et al. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015. Vol. 351. Article h6161.
9. Penk W. E., Robinowitz R. Treating PTSD in Military Personnel: A Clinical Handbook. New York: Guilford Press, 2020. 408 p.
10. Ogden P., Fisher J. Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment. New York: Norton, 2015. 360 p.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ДЕПРЕСИВНИМ СИНДРОМОМ ПРИ ПОСТТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ.

Цюпак Н.В., Мельничук І. В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Посттравматичний стресовий розлад є серйозне психоемоційне порушення, що виникає як наслідок переживання екстремальних психотравмуючих подій. З огляду на реалії сьогодення, коли значна частина населення України зазнала воєнних дій, втрати близьких, руйнування житла чи переселення, кількість осіб з посттравматичним стресовим розладом суттєво зростає. Особливої уваги потребує категорія військовослужбовців та ветеранів, серед яких посттравматичний стресовий розлад супроводжується вираженим депресивним синдромом. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 30% осіб із посттравматичним стресовим розладом мають стійкі симптоми депресії, що істотно впливає на їхню здатність до соціального функціонування. У зв'язку з цим особливо актуальним стає пошук і впровадження ефективних психотерапевтичних інтервенцій. Серед різноманітних методів психокорекції особливе місце посідає когнітивно-поведінкова терапія, яка вважається одним із найефективніших напрямів сучасної психотерапії. Її застосування в умовах бойового стресу, гострих та хронічних форм посттравматичного стресового розладу є перспективним з погляду зниження депресивної симптоматики, підвищення емоційної стабільності та соціальної адаптації пацієнтів.

Актуальність зазначеної проблеми обумовлена її теоретичною та практичною значимістю (Бек А., Бек Д., Ваткінс Е., Волошина С., Герман Д., Елерс А., Чабан О. та інші). Серед основних методів дослідження депресивного синдрому при посттравматичному стресовому розладі виділяють когнітивно-поведінкову терапію. В межах когнітивної терапії використовуються структуровані клінічні інтерв'ю, психометричне тестування та поведінкове спостереження. Застосування когнітивних інтерв'ю дає змогу виявити автоматичні думки, когнітивні викривлення та дисфункціональні переконання, які підтримують депресивну симптоматику на тлі травматичного досвіду.

Психодіагностичні методики, зокрема шкала депресії Бека, опитувальник ПТСР (PCL-5) та шкали румінації, дозволяють об'єктивно оцінити рівень симптомів і динаміку стану клієнта під час терапії. Методи поведінкового аналізу та самоспостереження застосовуються для фіксації змін у настрої, рівні активності й унікальній поведінці, що є критичними маркерами депресивного синдрому при ПТСР[4].

Отже, дослідження цієї проблематики набуває особливої ваги в українському контексті, з огляду на високий рівень травматизації населення внаслідок війни, втрати близьких, вимушеного переміщення та тривалого перебування у стані невизначеності й стресу. Вивчення особливостей депресивного синдрому при ПТСР та вдосконалення терапевтичних підходів сприятимуть формуванню ефективної системи психічної допомоги та реабілітації постраждалих в Україні. Аналіз останніх досліджень показує, що теоретичне підґрунтя становлять праці таких дослідників, як О. Вейн [2], Д. Хелл [2], А. Бек [1], М. Л. Шнейдер [3], Д. Зубцов [9], С. Кирилюк [6], О. Романчук [5].

Мета нашої статті: полягала у здійсненні теоретичного аналізу можливостей когнітивно-поведінкової терапії у подоланні депресивного синдрому, що супроводжує посттравматичний стресовий розлад (на прикладі військових, що приймали участь у бойових діях).

Об'єкт дослідження: генеза депресивного синдрому при посттравматичних стресових розладах.

Предмет дослідження: особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з депресивним синдромом при посттравматичних стресових розладах.

Когнітивно-поведінкова терапія – це науково обґрунтований психотерапевтичний напрям, що базується на припущенні про взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Основоположником цього підходу є Аарон Бек, який у 1960-х роках виявив, що пацієнти з депресією демонструють стійкі негативні автоматичні думки, пов'язані з власною особистістю, навколишнім світом та майбутнім. Ці думки виникають швидко, безсвідомлено, мають переконливий характер і сприяють поглибленню емоційного розладу. На основі цього спостереження Бек сформулював когнітивну модель депресії, в якій ключовим є поняття когнітивної тріади[1,2].

У межах когнітивно-поведінкової терапії важливе місце займає виявлення когнітивних викривлень – стійких логічних помилок мислення, які викривлюють сприйняття реальності. До найпоширеніших належать катастрофізація, дихотомічне мислення, персоналізація, надмірне узагальнення. Метою терапевтичного процесу є ідентифікація цих викривлень, їх усвідомлення пацієнтом, а також формування більш адаптивного стилю мислення[6].

Посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок впливу психотравмуючого чинника, що загрожував життю чи безпеці особи. До основних симптомів належать: інтенсивні спогади (флешбеки), уникнення, емоційне оніміння, розлади сну, гіперзбудження, порушення концентрації уваги, дратівливість. Згідно з DSM-5, діагноз посттравматичного стресового розладу

встановлюється, якщо симптоми тривають більше місяця та суттєво порушують повсякденне функціонування. У межах цього розладу часто формуються супутні депресивні стани, які характеризуються пригніченістю, втратою інтересу до життя, безнадійністю, тривогою[9].

Когнітивно-поведінкова терапія довела свою ефективність у лікуванні як посттравматичного стресового розладу, так і депресії окремо, однак особливої уваги заслуговують випадки їх коморбідного перебігу. В таких випадках терапія поєднує інструменти когнітивної реструктуризації, десенсибілізації до травматичних спогадів, навчання емоційної регуляції та формування нових поведінкових стратегій. Важливою частиною роботи є відновлення здатності до переживання позитивних емоцій, що особливо порушується у випадках глибокої депресії[7].

Таким чином, ми бачимо, що когнітивно-поведінкова терапія є ефективним і гнучким методом роботи з депресивними розладами, що супроводжують посттравматичний стресовий розлад. Її теоретичні засади, сформовані на емпіричних дослідженнях, дозволяють адаптувати терапевтичний процес до конкретних потреб пацієнта, враховуючи не лише його симптоматику, але й особистісні характеристики та соціальний контекст. В умовах збройного конфлікту та післявоєнної реабілітації в Україні когнітивно-поведінкова терапія має потенціал стати базовою методикою психологічної допомоги постраждалим [7].

Література:

1. Bisson J. I., Roberts N. P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2013. – Issue 12. – Art. No.: CD003388. – DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
2. Cloitre M., Courtois C. A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B. C., Green B. L. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*. – 2011. – Vol. 24, No. 6. – P. 615–627. – DOI: 10.1002/jts.20697.
3. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. – 2000. – Vol. 38, No. 4. – P. 319–345. – DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
4. Rauch, S. A., & Eftekhari, A. Cognitive-behavioral therapy for military veterans with PTSD: A review of the literature. – *Journal of Traumatic Stress*, 2015, 28(6), 539-549. <https://doi.org/10.1002/jts.22057>
5. Бех, І. Д. Психотерапія при депресивних розладах. – К.: Здоров'я, 2013. – 312 с.
6. Борисова О. О. Психореабілітація військових і членів їхніх сімей: навч. посіб. / Борисова О. О. — Одеса, 2024. — 342 с.
7. Волошина С. О. Когнітивно-поведінкова терапія при посттравматичному стресовому розладі: теоретичні засади та практика застосування. Актуальні проблеми психології. Т. 14. Психологія навчання. Когнітивна психологія. – К.: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2020. – Вип. 3. – С. 85–94.
8. Губаль О. Б. Психологічна допомога особам із посттравматичним стресовим розладом в умовах війни: когнітивно-поведінковий підхід. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. – 2023. – Вип. 4(62). – С. 42–47.
9. Дяченко, М. В. Когнітивно-поведінкова терапія депресивних розладів: методичний посібник. – Харків: ХНУ, 2014. – 168 с.
10. Чабан О. С., Гаврилюк І. О. Актуальні аспекти психотерапії ПТСР в умовах війни в Україні. Медична психологія. – 2023. – Т. 18, № 2. – С. 15–21.

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА НЕЙРОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА ЩОДО ПОДОЛАННЯ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Чепуренко Г.В., Бабаян Ю.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Сучасна психологія розглядає мовлення як спілкування, тобто як складну та специфічно організовану форму свідомої діяльності, в якій бере участь суб'єкт, що формулює мовленнєвий вислів, з одного боку, і суб'єкт, який його сприймає, з іншого боку.

Це є експресивне мовлення, яке починається з мотиву висловлювання, спільної думки, і кодується потім за допомогою внутрішнього мовлення в мовленнєві схеми, що трансформуються в розгорнуте мовлення.

Також це імпресивне мовлення, яке проходить зворотний шлях, від сприйняття потоку чужого мовлення та декодування його через аналіз, виділення суттєвих елементів та скорочення сприйманого мовленнєвого висловлювання до деякої мовленнєвої схеми, що трансформується далі за допомогою внутрішнього мовлення. Цей складний шлях закінчується декодуванням мотиву, що стоїть за висловлюванням. Очевидно, що така мовленнєва діяльність (як експресивна, так і імпресивна) є найскладнішим психологічним утворенням.

Мовлення є найважливіша вища психічна функція, яка організовує та пов'язує інші психічні процеси, такі як сприйняття, пам'ять, мислення, уяву, довільну увагу. Для нормальної мовленнєвої діяльності необхідно узгоджене функціонування мозку і інших відділів нервової системи. У здійсненні мовленнєвої функції, а також письма та читання беруть участь зоровий, слуховий, руховий та кінестетичний аналізатори. Велике значення мають збереження іннервації м'язів язика, гортані, м'якого піднебіння, стан придаткових пазух та порожнини рота, що відіграють роль резонаторних порожнин. Крім того, важлива координація дихання та вимови звуків.

Складність мовних механізмів обумовлює різноманітність мовних порушень. Найбільш поширеними з них є афазії.

Найчастішою причиною афазії є інсульт. Ураження основних мовленнєвих зон кори головного мозку дають часті та стійкі порушення мовлення та ведуть до афатичних розладів.

Також афатичні розлади мовлення спостерігаються при об'ємних утвореннях головного мозку, інфекційних ушкодженнях (абцеси, інцефаліти), черепно - мозковій травмі. Минущі афазії можуть спостерігатися при транзиторних ішемічних атаках, епілепсії, мігрені. Наявність афазії під час транзиторної ішемічної атаки є один із факторів високого ризику розвитку інсульту найближчими днями чи тижнями. Поступово прогресуюча афазія може бути проявом нейродегенеративного захворювання. Найчастіше прогресуюча афазія пов'язана з лобно - скроневою дегенерацією, рідше вона пов'язана з хворобою Альцгеймера або іншими дементуючими захворюваннями.

Афазія є системний набутий розлад вже сформувавшогося мовлення, що виникає при органічних пошкодженнях кори великих півкуль головного мозку; характеризується порушеннями різних мовленнєвих модальностей (експресивне мовлення, імпресивне мовлення, читання та письмо); охоплює різні рівні організації мовлення (фонетику, лексику, граматику, семантику); впливає на її зв'язки й з іншими психічними процесами і призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери людини, порушуючи, передусім комунікативну функцію мовлення.

Таким чином, поняття афазії зводиться до визнання системності мовленнєвого розладу, а також є порушенням процесів як зовнішнього, так і внутрішнього мовлення. Показником системності мовленнєвої функції є те, що вона забезпечується одночасною взаємодією різних функціональних систем мозку, а не послідовною роботою їх ланок.

При афазіях, що мають травматичну або пухлинну етіологію, найбільш значуща тяжкість деструктивного дефекту, а також терміни і характер оперативного втручання. Певне значення мають і преморбідні інтелектуально-характерологічні риси особистості хворого.

Розглянемо основні види афазій:

1. Моторна афазія еферентного типу.
2. Динамічна афазія.
3. Моторна афазія аферентного типу.
4. Сенсорна (акустико-гностична) афазія.
5. Акустико-мнестична афазія.
6. Семантична афазія.

Еферентна моторна афазія обумовлена ураженням нижніх відділів премоторної зони. При осередкових ураженнях премоторної зони виникає патологічна інертність артикуляторних актів, з'являються персеверації, що перешкоджають вільному переключенню з однієї пози артикуляції на іншу. У результаті мовлення хворих стає малопродуктивним, розірваним, супроводжується застряганням на окремих фрагментах висловлювання. Ці дефекти вимовної сторони мовлення викликають системні розлади інших сторін мовленнєвої функції: читання, письма, частково розуміння зверненого мовлення.

При динамічній афазії має місце ураження мозку у заднілобних відділах лівої півкулі, розташованих спереду від «зони Брока». Мовленнєвий дефект проявляється тут головним чином в мовленнєвої аспонтанності та інактивності.

Аферентна моторна афазія обумовлена ураженням нижніх відділів постцентральної зони мозку. Центральним розладом є порушення кінестетичної аферентації довільних оральних рухів. Хворі втрачають здатність здійснювати за завданням ті чи інші рухи язиком, губами та іншими органами артикуляції. Оральна апраксія є основою артикуляційної апраксії, що має безпосереднє відношення до вимови звуків. Вона проявляється у розпаді окремих артикуляційних поз чи, інакше, артикулем. У мовленні хворих, залежно від ступеня грубості апраксії, це проявляється у : відсутності артикульованого

мовлення; спотвореному відтворенні поз; пошуках артикуляції. Вдруге системно порушені інші сторони мовленнєвої функції.

Сенсорна (акустико-гностична) афазія виникає при ураженні верхньоскроневих відділів зони Верніке. Як первинний дефект розглядається мовленнєва слухова агнозія, що лежить в основі порушень фонетичного слуху. Хворі втрачають здатність диференціювати фонеми, тобто виділяти ознаки звуків, що несуть у мовленні смислові функції. Розлади фонематичного слуху, в свою чергу, зумовлюють грубі порушення імпресивного мовлення.

Акустично-мністична афазія обумовлена очагом ураження, розташованим у середніх і задніх відділах скроневої області. Акустичний дефект проявляється тут у сфері слухової діяльності. Хворі втрачають здатність до утримання в пам'яті сприйнятої на слух інформації, виявляючи цим слабкість акустичних слідів. Поряд із цим у них виявляється звуження обсягу запам'ятовування. Ці дефекти призводять до певних труднощів розуміння розгорнутих текстів, які потребують участі слухомовної пам'яті. У хворих з цією формою афазії основним симптомом є словниковий дефіцит, пов'язаний як з вторинним збідненням асоціативних зв'язків слова з іншими словами даного семантичного ряду, так і з недостатністю зорових уявлень про предмет.

Семантична афазія виникає при ураженні тім'яно-потиличних областей лівої домінантної півкулі. Основним проявом цієї афазії є імпресивний аграматизм, тобто нездатність розуміти складні логіко-граматичні конструкції. Цей дефект є, як правило, одним із видів більш загального розладу просторового гнозису, а саме, здатності до симультанного синтезу. Оскільки у фразовому мовленні основними «деталлями», що пов'язують слова в єдине ціле (логіко-граматичну конструкцію), служать граматичні елементи слів, основну складність для хворих представляє виділення цих елементів з тексту та розуміння їх смислової ролі, особливо просторової (просторові прийменники, прислівники тощо). При цьому здатність до уловлювання формально-граматичних спотворень (помилки «погодження») залишається у цих хворих збереженими.

Для діагностики та аналізу особливостей афазії необхідно уважно вислухати мовлення пацієнта, дослідити розуміння зверненого мовлення, читання та письма. Слід звертати увагу на швидкість мовлення, невмотивовані повторення окремих слів і фраз (персеверації), укорочені фрази (менше п'яти слів), помилки в граматичній будові висловлювання (відмінкові закінчення, прийменники, порядок слів у реченні та ін.) та/або труднощі у розумінні граматичних конструкцій.

Крім того, потрібно оцінити здатність керувати рухами м'язів артикуляції (мовленнєвий праксис).

Важлива частина дослідження мовлення є оцінка її номінативної функції. Пацієнту показують ті чи інші предмети і просять їх назвати, починаючи зі звичних (наприклад, ложку, ручку, чашку) слів. Недостатність номінативної функції мовлення відзначається при багатьох видах афазій, іноді стаючи одним із основних її проявів.

Оцінка розуміння усного мовлення проводиться шляхом перевірки виконання усних команд, спочатку простих, а потім складних («заплющте очі», «покажіть мені 2 пальці», «доторкніться правою рукою до лівого вуха»).

Далі можна перейти до дослідження розуміння більш складних граматичних структур.

Також обстежуються функції читання та письма в залежності від важкості неврологічного стану пацієнта.

Таким чином, мовленнєва функція займає особливе місце у ряді інших вищих психічних функцій людини.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НАРКОЗАЛЕЖНИХ: РОЛЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХООСВІТНІХ ПРОГРАМ

Усатенко О.М., Венгер А.С.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Проблема наркозалежності залишається однією з найгостріших не лише в контексті громадського здоров'я, а й у сфері психічного благополуччя суспільства. Вона супроводжується значними психологічними, соціальними, медичними та економічними наслідками як для самої залежної людини, так і для її родини та соціального оточення.

Сучасна психологічна практика демонструє, що для досягнення стійкої ремісії та успішної соціальної адаптації недостатньо лише медикаментозного лікування. Необхідне включення психотерапевтичної допомоги, освітніх та соціальних заходів, що сприяють комплексному відновленню особистості.

У зв'язку з цим зростає потреба у впровадженні ефективних психотерапевтичних моделей, які враховують як емоційно-когнітивні особливості осіб із залежністю, так і соціокультурний контекст їхнього життя.

У контексті дослідження **об'єктом** є психологічна реабілітація наркозалежних осіб, адже саме вона є ключовим етапом у подоланні залежності та досягненні тривалої ремісії.

Предмет дослідження – застосування когнітивно-поведінкової психотерапії та психоосвітніх програм які, за даними сучасних наукових джерел і практичного досвіду, є дієвими методами формування здорової поведінки, підвищення мотивації до змін, розвитку саморегуляції та зниження ризику рецидиву.

Метою є обґрунтування ефективності інтеграції когнітивно-поведінкових методик і психоосвіти в програми психологічної допомоги для осіб із залежністю від ПАР. Акцент робиться на можливостях формування нових поведінкових стратегій, подолання патологічних патернів мислення, а також наданні клієнтам знань і навичок, необхідних для збереження тверезості, стійкості до стресу та адаптації до соціального середовища. Аналізуючи наукову літературу, слід зазначити, що багато дослідників наголошують на важливості інтеграції психотерапевтичних методів у комплексні реабілітаційні програми для осіб із залежністю від психоактивних речовин. Автори підкреслюють, що ефективна

реабілітація повинна поєднувати медичні, психологічні та соціальні підходи, починаючи з ранніх етапів лікування. Вони також зазначають, що кожному етапу реабілітації відповідає певний психотерапевтичний метод, а поєднання індивідуального та групового консультування, зокрема когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), сприяє досягненню стійких результатів у подоланні залежності. [1, 5, 13, 15, 16]

На думку багатьох фахівців, КПТ посідає провідне місце серед методів психологічної допомоги особам із залежністю. Це пояснюється високим ступенем доказової ефективності, широким спектром застосування та відповідністю до специфіки наркологічної практики. Саме когнітивно-поведінковий підхід часто слугує базою, на основі якої формуються комплексні стратегії психотерапевтичної роботи, інтегруючи інші методи в межах реабілітаційного процесу [1, 3, 5, 7].

Когнітивно-поведінкова терапія є одним з найбільш досліджених та ефективних підходів у роботі з наркозалежними. Вона базується на ідеї, що поведінка людини визначається її думками та переконаннями, тому зміна способу мислення веде до змін у поведінці.

Головними завданнями КПТ є:

- Ідентифікація деструктивних когнітивних схем та автоматичних думок;
- Формування нових, адаптивних моделей мислення й поведінки;
- Навчання навичкам емоційної саморегуляції, контролю імпульсів, подолання тригерів;
- Зниження рівня тривожності та підвищення толерантності до фрустрації;
- Зміцнення мотивацій до тривалих змін через усвідомлення причин залежності.

До комплексу методів, які використовуються для корекції поведінки наркозалежних осіб входять: мотиваційне інтерв'ю, техніки самоконтролю, моделювання здорового способу життя, профілактика рецидивів та тренінги соціальних навичок. Зміна поведінки в межах цього підходу відбувається поступово, проходячи через послідовні етапи:

1. Первинний аналіз власної поведінки;
2. Прийняття рішень;
3. Закріплення змін;
4. Запобігання рецидиву.

Застосування методу ґрунтується на тому, що впливаючи на зміст думок, можна трансформувати емоції та поведінку, оскільки когнітивна та емоційна сфери тісно взаємопов'язані. Практика доводить, що пацієнти, які проходять когнітивно-поведінкову терапію, мають вищу ймовірність збереження ремісії та стабілізації емоційного стану [2, 4, 6, 10].

Когнітивно-поведінкова психотерапія спрямована на руйнування патологічних моделей поведінки, підтримку тверезого способу життя та профілактики рецидивів. Цей підхід значною мірою відповідає медичній моделі інтенсивної терапії, оскільки акцентує увагу на розвитку когнітивного контролю над імпульсами та формуванні нових, здорових поведінкових стратегій. Завдяки своїй структурованості й науковій обґрунтованості, методика також успішно

застосовується в рамках програм соціального навчання наркозалежних. [3, 12, 13, 14]. Ряд дослідників наголошують, що одним з ключових завдань когнітивно-поведінкової терапії є формування адекватного уявлення про залежність як про хворобу, а також корекція сприйняття самого процесу одужання. Згідно з їхніми поглядами, саме зміна ставлення до себе як до особи, що може звільнитися від залежності, відіграє важливу роль у стійкості терапевтичного ефекту. Особливо цінним є те, що когнітивно-поведінковий підхід довів свою ефективність не лише в роботі з алкогольною залежністю, але й при лікуванні інших форм хімічної залежності, включаючи наркотичну та медикаментозну. Це підтверджує універсальність методу та його адаптивність до різних категорій клієнтів [1, 7, 12]

Попри високу ефективність когнітивно-поведінкової терапії, її застосування буде неповним без супровідного інформаційного впливу на пацієнта, який сприяє усвідомленню ним природи власної залежності, механізмів її виникнення та шляхів подолання. Саме цю роль виконують психоосвітні програми. Психоосвіта є важливим елементом комплексної психологічної допомоги, що забезпечує пацієнтам розуміння механізмів розвитку залежності та процесу одужання. Інформування сприяє формуванню реалістичного ставлення до себе, своїх можливостей та викликів на шляху одужання.

Зміст психоосвітніх занять полягає в поданні інформації у доступній формі лекцій та охоплює такі теми: «Природа психоактивної залежності, як хронічного захворювання мозку»; «Біопсихосоціальні чинники, що сприяють розвитку адикцій»; «Основні симптоми та стадії залежності»; «Роль емоцій, стресу, мислення та поведінкових патернів»; «Ефективні методи лікування»; «Профілактика зрывів, навички саморегуляції, кризове планування», «Як підтримувати людину в одужанні (роль сім'ї, спільнот, фахівців)». [1, 8, 11, 14]

Психологічне значення психоосвіти полягає в інформуванні пацієнта, що знижує його рівень тривожності, дає відчуття контролю над ситуацією та формує реалістичні очікування щодо лікування. Дає усвідомлення того, що залежність – не «слабкість характеру», а розлад, який піддається лікуванню, що зменшує почуття провини і сорому, які часто блокують процес одужання. Для родичів це можливість краще зрозуміти поведінку близької людини, побачити, як підтримка може допомогти, а критика чи контроль – навпаки, погіршити стан. [12, 13, 14, 16]

Психоосвітній підхід забезпечує низку позитивних змін у процесі одужання, а саме: зменшення ризику рецидивів, підвищення дотримання терапевтичних рекомендацій, покращення стосунків з родиною, розвиток відповідальності за власне одужання, активація внутрішніх мотиваційних змін.

Таким чином, психоосвітній метод не лише доповнює психотерапію, а є її невід'ємною частиною, особливо в роботі з наркозалежними. Його інтеграція в реабілітаційні програми дає змогу формувати усвідомлене ставлення до лікування, підвищувати його ефективність і сприяти стійкому відновленню.

Реабілітація хворих на адитивні розлади значно втрачає свою ефективність без соціальної підтримки, яка включає відновлення попереднього соціального статусу та адаптацію до нового мікросоціального середовища за умови повної відмови від вживання психоактивних речовин. Одним з пріоритетних завдань

реабілітаційної стратегії є створення сприятливого соціального оточення, яке сприятиме стимулюванню особистісного розвитку, формуванню нових моделей поведінки та нормативних соціальних ролей. [2,8,11]

Особливу увагу дослідники приділяють налагодженню взаємодії з родиною та найближчим оточенням, оскільки саме сімейне середовище часто визначає успішність адаптації пацієнта. Роль близьких у підтримці терапевтичного процесу критично важлива на всіх етапах лікування, що сприяє високим результатам у короткостроковій (утримання в програмі), середньостроковій (відсутність зривів і рецидивів) та довгостроковій (стійка та якісна ремісія, повернення до соціально активного життя) реабілітації.[14,15,16] Важливим елементом програми реабілітації є розвиток у залежних навичок самоконтролю, ефективної міжособистісної комунікації, сімейної взаємодії та професійної самореалізації.

Також ефективними в одужанні та підтримці є групи самодопомоги, які сприяють підвищенню впевненості залежних у власних силах, допомагають розвивати адекватні копінг- стратегії.

Узагальнюючи різні наукові дослідження, ми приходим до висновку, що комплексна робота з наркозалежними має ґрунтуватися на цілісному підході, що охоплює психотерапевтичні, освітні та соціальні компоненти. Ефективність втручання значною мірою залежить від здатності фахівців створити для клієнтів умови, у яких можливе не лише усунення симптомів, а й глибоке особистісне відновлення.

Застосування когнітивно-поведінкової терапії дозволяє модифікувати деструктивні переконання та поведінкові патерни, розвивати навички саморегуляції, підвищувати здатність до усвідомленого прийняття рішень.

Психоосвітні програми сприяють підвищенню обізнаності пацієнтів щодо природи залежності, формують відповідальне ставлення до процесу лікування та знижують імовірність рецидиву. Водночас соціальна інтеграція є ключовим фактором успішного повернення особи до активного суспільного життя. Вона забезпечує реалізацію соціальних ролей, відновлення стосунків із родиною, залучення до професійної діяльності, активізацію ресурсів самодопомоги та підтримки з боку спільноти.

Таким чином, ефективність реабілітаційного процесу безпосередньо залежить від глибини опрацювання кожної зі складових, а також від узгодженості дій усіх учасників системи допомоги. Акцент на активну участь самого залежного у власному одужанні створює умови для досягнення не лише короткострокових змін, а й формуванні стійкої ремісії, покращення якості життя та відновлення цілісності особистості.

Література:

1. Маркова М. В., Савіна М. В. Психотерапія та психологічне консультування в програмах реабілітації залежних від психоактивних речовин / М. В. Маркова, М. В. Савіна // Неврологія та медична психологія. – 2019. – №1. – Режим доступу: <https://periodicals.karazin.ua>
2. Старков Д. Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-

3. психологічної реабілітації / Д. Ю. Старков // Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – Київ, 2021. – Режим доступу: <https://psychology-naes-ua.institute> Карачевський А. Б. Когнітивно-поведінкова терапія хворих на алкоголізм та наркоманію / А. Б. Карачевський // Вісник Асоціації психіатрів України. – 2012. – №3–4. – С. 28–34. – Режим доступу: <https://elibrary.ru>
4. Діденко К. І. Психологічні особливості емоційно-вольової сфери осіб, які вживають алкогольні та наркотичні речовини / К. І. Діденко. – 2025. – Режим доступу: <https://dspace.znu.edu.ua>
5. Литвинчук Л. М. Психологічні засади реабілітації наркозалежних осіб: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 – медична психологія / Л. М. Литвинчук. – Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. – 448 с.
6. Міллер В. Р., Ролнік С. Мотиваційне інтерв'ю: як допомогти людям змінитися / В. Р. Міллер, С. Ролнік ; пер. з англ. – Київ: Видавництво УСП, 2013. – 312с.
7. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond / J. S. Beck. – 3rd ed. – New York: Guilford Press, 2020. – 414 p.
8. Науменко І. В. Психосоціальна підтримка залежних осіб: теоретичні та практичні аспекти / І. В. Науменко. – Одеса: ПНПУ, 2021. – 168 с.
9. World Health Organization. Treatment and care for people with drug use disorders: good practices and tools [Electronic resource]. – Geneva: WHO, 2022. – 56 p. – Mode of access: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054804>
10. Савченко Н. С. Мотиваційне інтерв'ю як інструмент роботи з залежними / Н. С. Савченко // Журнал практичної психології і соціальної роботи. – 2022. – №1 (32). – С. 18–25.
11. Yalom I. D. Групова психотерапія: теорія і практика / І. Ялом ; пер. з англ. – Київ: Рідна мова, 2016. – 480 с.
12. Prochaska J. O., DiClemente C. C. The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente. – Malabar, FL: Krieger Publishing, 2005. – 220 p.
13. Психолого-терапевтична реабілітація наркозалежних – ReSens [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.resens.com.ua/reabilitatsiya/> – Назва з екрана.
14. Ефективна психосоціальна реабілітація – Реабілітаційний центр «На грані» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nagrani.com.ua/uk/psiho-sotsialnogo-reabilitatsiya/> – Назва з екрана.
15. Реабілітація наркозалежних – Медичний центр «МЕД-ЗАХІД» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://med-zahid.com.ua/ua/uslugi/reabilitacziya-narkozaleznhih-efektivni-programi-v-ukra%D1%97ni/> – Назва з екрана.
16. Реабілітаційна психологія: конспект лекцій [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.dkpp.com.ua/wp-content/uploads/2020/04/reabilitatsiina_ps_konsp_lekc.docx – Назва з екрана.