



КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ У ДЗЕРКАЛІ СУЧАСНОСТІ

I Міжнародна науково-практична конференція
24-25 жовтня 2025, Україна, Київ

Збірник матеріалів



Гданський університет, Польща | Медична школа Гамбурга, Німеччина
Техаський університет в Ель-Пасо, США
Українська психологічна асоціація



*Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна
Факультет психології. Кафедра психодіагностики та клінічної психології*

Серія «Клінічна психологія: виклики та інновації»

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ У ДЗЕРКАЛІ СУЧАСНОСТІ

I МІЖНАРОДНА НАУКОВА-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
24-25 жовтня 2025, Україна, Київ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

Київ
ГО «МНГ»
2025



Uniwersytet Gdański | Medical School Hamburg
UTEP University of Texas at El Paso, USA
Ukrainian Psychological Association



Taras Shevchenko National University of Kyiv, Ukraine
Faculty of Psychology Department of Psychodiagnostics and Clinical Psychology

Series "Clinical Psychology: Challenges and Innovations"

CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY IN THE MIRROR OF MODERNITY

I INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
24-25 October 2025, Kyiv, Ukraine

PROCEEDINGS

Kyiv
NGO "ISG"
2025

УДК=UDK 159.97/.98+615.851(082)

К 49

DOI <https://doi.org/10.56287/8285-48-7>



Київський національний університет ім. Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Taras Shevchenko National University of Kyiv
Faculty of Psychology
Department of Psychodiagnostics and Clinical Psychology

Серія «Клінічна психологія: виклики та інновації» започаткована у 2025 році
The series "Clinical Psychology: Challenges and Innovations" was launched in 2025

Рекомендовано до публікації Вченою радою факультету психології
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(протокол № 4 від 30.09.2025 року)

*Recommended for publication by the Academic Council of the
Faculty of Psychology, Taras Shevchenko National University
of Kyiv (Minutes No. 4 of 30.09.2025)*

К 49

Клінічна психологія та психотерапія у дзеркалі сучасності. І Міжнародна науково-практична конференція, 24-25 жовтня 2025, Україна, Київ : зб. матер. / Ф-т психол. Каф. психодіаг. та клініч. псих. Київ. нац. ун-ту ім. Т. Шевченка — Електрон. дан. — Київ : ГО «МНГ», 2025. — 350 с. : рис., табл., графіки — Серія «Клінічна психологія: виклики та інновації» — on-line. = **Clinical psychology and psychotherapy in the mirror of modernity. I International scientific and practical conference, 24-25 October 2025, Kyiv, Ukraine : proceedings / Fac. Psychol. Dep. psychodiagn. & clin. psychol. T. Shevchenko Nat. Uni. Kyiv — Eelectron. Data — Kyiv : NGO "ISG", 2025. — 350 p. : illustr., tab., graph(s) — The Series "Clinical Psychology: Challenges and Innovations" — on-line.**

ISBN 978-617-8285-48-7 (on-line)

У збірнику матеріалів висвітлено емпіричні засади клінічної психології, інноваційні підходи та методи психотерапевтичної роботи, а також клінічні й культурні аспекти суспільних криз. Матеріали доповідей подано в авторській редакції. Збірник рекомендовано здобувачам вищої освіти, психологам-практикам та науковцям різного фаху, що зацікавлені у напрямі клінічної психології чи психотерапії.

The collection highlights the empirical foundations of clinical psychology, innovative approaches and methods of psychotherapeutic practice, as well as clinical and cultural dimensions of societal crises. The papers are presented in the authors' original version. The proceedings are recommended for higher education applicants, practicing psychologists, and researchers from related fields who are interested in clinical psychology or psychotherapy.

УДК=UDK 159.97/.98+615.851(082)

ISBN 978-617-8285-47-0 (серія)
ISBN 978-617-8285-48-7 (on-line)

© Авторський колектив, 2025
© КНУ імені Тараса Шевченка, 2025
© ГО «МНГ», 2025

Міжнародна редакційна колегія збірника матеріалів конференції

International Editorial Board of the International Scientific-practical Conference

Голова:

Людмила Крупельницька (Київ, Україна)

Заступник голови:

Назар Яценко (Київ, Україна)

Члени:

Аннетт Лотцін (Гамбург, Німеччина)

Магдалена Хшан-Деткощ (Гданськ, Польща)

Євгеній Осін (Нантер, Франція)

Мік Купер (Лондон, Сполучене Королівство)

Пол Каррола (Ель-Пасо, США)

Дафна Шарон-Максимов (Хайфа, Ізраїль)

Артем Баратиук (Київ, Україна)

Ольга Морозова-Ларіна (Київ, Україна)

Світлана Пащенко (Київ, Україна)

Альона Вавілова (Київ, Україна)

Юлія Вакулєнко (Київ, Україна)

Наріман Дарвішов (Київ, Україна)

Chairman:

Liudmyla Krupelnytska (Kyiv, Ukraine)

Vice-Chairman:

Nazar Yatsenko (Kyiv, Ukraine)

Members:

Annett Lotzin (Hamburg, Germany)

Magdalena Chrzan-Dętkoś (Gdansk, Poland)

Eugeny Osin (Nanterre, France)

Mick Cooper (London, UK)

Paul Carrola (El Paso, USA)

Dafna Sharon-Maksimov (Haifa, Israel)

Artem Baratiuk (Kyiv, Ukraine)

Olha Morozova-Larina (Kyiv, Ukraine)

Svitlana Paschenko (Kyiv, Ukraine)

Aliona Vavilova (Kyiv, Ukraine)

Yuliia Vakulenko (Kyiv, Ukraine)

Nariman Darvishov (Kyiv, Ukraine)

Організаційний комітет

Голова: проф. Людмила Крупельницька

Співголова: Артем Баратюк

Члени оргкомітету:

доц. Світлана Пащенко

доц. Ольга Морозова-Ларіна

Альона Вавілова

Юлія Вакуленко

Наріман Дарвішов

Назар Яценко (*секретар*)

Organising Committee

General Chairman: Prof Liudmyla Krupelnytska

Co-Chairman: Mr Artem Baratiuk

Members:

Dr Svitlana Paschenko

Dr Olha Morozova-Larina

Dr Aliona Vavilova

Dr Yuliia Vakulenko

Dr Nariman Darvishov

Mx Nazar Yatsenko (*secretary*)

Адреса

Організаційний комітет

Міжнародної науково-практичної конференції **CPPMM-25**

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Факультет психології

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

кім. 210, просп. Академіка Глушкова, 2а, 03680, Київ, Україна

Електронна пошта: clinicalpsy.conference@gmail.com

Вебсторінка: clinicpsy.knu.ua

Address

Organising Committee

International Scientific and Practical Conference **CPPMM-25**

Department of Psychodiagnostics and Clinical Psychology

Faculty of Psychology

Taras Shevchenko National University of Kyiv

room 210, 2a Akademika Hlushkova Ave., 03680 Kyiv, Ukraine

E-mail: clinicalpsy.conference@gmail.com

Webpage: clinicpsy.knu.ua

ЗМІСТ

<i>Секція 1. Емпіричні засади клінічної психології</i>	15
<i>Оригінальні емпіричні дослідження</i>	15
Крупельницька Людмила Францівна.....	15
ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЧИННИКИ СИМПТОМІВ ПТСР ТА КІПТСР СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ	
Найдюнова Ганна Олександрівна / Сушко Світлана Вікторівна	19
САМОСПІВЧУТТЯ ТА ТІЛЕСНА УСВІДОМЛЕНІСТЬ ЯК ЧИННИКИ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я	
Садова Мирослава Анатоліївна / Гіда Анастасія Сергіївна.....	23
ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОТРАВМІВНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ: МЕТОДИ ОЦІНКИ ТА ІНТЕРВЕНЦІЇ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	
Толмачева Марина Анатоліївна	26
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ УКРАЇНЦІВ У СЛОВЕНІЇ	
Шварц Лідія Ігорівна	30
МЕХАНІЗМИ ЗМІН ПТСР: РОЛЬ КОГНІЦІЙ, РУМІНАЦІЙ ТА СНУ	
Яблонська Тетяна Миколаївна / Ільчук Тетяна Вадимівна	31
ЧИННИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ	
<i>Методологічні та концептуальні роботи</i>	35
Вавілова Альона Сергіївна.....	35
НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: ЕТИЧНІ ПИТАННЯ СЬОГОДЕННЯ	
Ковальська Руслана Сергіївна	39
ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ УЧАСНИКА БУЛІНГУ ТА КІБЕРБУЛІНГУ: РОЗРОБКА ПСИХОДІАГНОСТИЧНОЇ МЕТОДИКИ	
Проскурня Аліна Сергіївна / Вакуленко Олександр Леонідович.....	42
ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ ТА ІНСТРУМЕНТИ ОЦІНКИ МОРАЛЬНОЇ ШКОДИ У СУДОВО-ЕКСПЕРТНІЙ ПРАКТИЦІ	
Яценко Назар Вячеславович	45
ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ЯК АНАЛІТИЧНА ОДИНИЦЯ ТРАНСДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	45
<i>Оглядові та аналітичні роботи</i>	48
Вакуленко Юлія Віталіївна	48
ФЕНОМЕН АУТИСТИЧНОГО МАСКІНГУ У ОСІБ З РАС	
Волинець Володимир Олегович	51
СЛУХОВА АГНОЗИЯ: ПРОБЛЕМА РОЗПІЗНАВАННЯ ЗВУКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	

Горбаненко Каріна Андріївна / Дударек Надія Геннадіївна.....	58
ДИСОЦІАТИВНИЙ КОНТИНУУМ ЯК ТЕОРЕТИЧНА РАМКА ДЛЯ РОЗУМІННЯ ТРАВМА-ІНДУКОВАНИХ РОЗЛАДІВ	
<i>Первинні звіти емпіричних досліджень.....</i>	<i>62</i>
Дарвішов Наріман Рафік огли.....	62
РЕЛЯЦІЙНІ РЕСУРСИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ: САМОСПВЧУТТЯ І СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА	
Капсамун Анастасія Анатоліївна	64
ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ НА ПРОЯВИ ПСИХОСОМАТОЗІВ ТА ШЛЯХИ ПСИХОТЕРАПІЇ	
Панкова Галина Шавкатівна	67
КОЛЕКТИВНА ТРАВМА ТА СУСПІЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД УКРАЇНСЬКИХ ГРОМАД У ПРИФРОНТОВІЙ ЗОНІ	
Підручна Ангеліна Володимирівна.....	69
ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ САМОСТАВЛЕННЯ В УМОВАХ КРИЗИ	
Путнокі Ірина Олександрівна	71
МОДУЛЯЦІЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТИПОМ ОСОБИСТОСТІ	
Спіцина Лариса Валеріївна	74
ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ І ВИМУШЕНОЇ МІГРАЦІЇ	
Сульдїна Людмила Михайлівна / Савенкова Ірина Іванівна.....	77
ЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРИВОЖНІСТЮ, ДЕПРЕСІЄЮ ТА ЯКІСТЮ СНУ У ЛЮДЕЙ З ІНСОМНІЄЮ	
<i>Оглядово-реферативні матеріали</i>	<i>79</i>
Бабешко Юлія Сергіївна / Коробанова Олена Леонідівна.....	79
ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ	
Коваленко Алла Борисівна / Радчук Валентина Миколаївна.....	81
СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА	
Логвиненко Лідія Ігорівна / Венгер Анна Сергіївна	84
ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПТСР В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ІНТЕГРАЦІЯ ДОКАЗОВИХ ПІДХОДІВ	
Лопотова Марія Ігорівна	87
ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ АГРЕСИВНОСТІ З СЕКСУАЛЬНИМИ ВПОДОБАННЯМИ В ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ	
Молчановська Наталія Василівна.....	89
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПІДВИЩЕННЯ СТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ	

Палатна Дарія Сергіївна	92
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ВПЛИВ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ ІНТРУЗІЙ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ДИНАМІКИ ПЕРЕБІГУ ПТСР	
Пахлеванзаде Юлія Сергіївна	96
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ ТА ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
Рубаненко Віктор Анатолійович	99
АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОГО ПОДОЛАННЯ	
Тараненко Оксана Петрівна / Савенкова Ірина Іванівна.....	101
СПЕЦИФІКА ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ	101
Трофимова Ірина Олександрівна.....	104
ОСОБИСТІСНІ РИСИ ЯК ЧИННИКИ ПАТЕРНІВ ТРИВОГИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	
Федорчук Михайло Олександрович.....	107
ПОРУШЕННЯ РОБОТИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА ПОТЕНЦІАЛ ЦИФРОВИХ ВТРУЧАНЬ	
Шварцман Яна Валеріївна / Савенкова Ірина Іванівна	110
РОЗЛАДИ СНУ НЕОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ ТА ШЛЯХИ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
 Секція 2. Інновації у практиці психотерапії	
<i>Оглядові та аналітичні роботи</i>	<i>113</i>
Annett Lotzin	113
FROM STRESS AND TRAUMA TO STRENGTH: INNOVATIVE APPROACHES TO PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT IN GLOBAL CRISES	
Буряк Остап Ярославович	115
ТІЛЕСНИЙ ПРОЦЕС У ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ	
Васьківська Світлана Василівна	119
ПСИХОЛОГІЧНИЙ БІЛЬ ЯК ФОКУС ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ	
Вербило Тетяна Олександрівна	123
ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ ТЕРАПЕВТА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АЛЬЯНС	
Копилова Єва Сергіївна.....	126
ТРАНСФОРМАЦІЯ ДЕПРЕСІЇ: ЯК РОБОТА З ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНОЮ ТРАВМОЮ ВІДНОВЛЮЄ КУЛЬТУРУ ЖИТТЯ	
Крутова Ірина Вікторівна / Курішко Олена Вікторівна Литвин Сергій Віталійович / Малишева Каріне Олегівна	138
НЕЙРОЕВОЛЮЦІЙНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ	
Шевчук Ольга Сергіївна.....	142
КОНСТРУЮВАННЯ РЕАЛЬНОСТІ: ЦЕНТРОВАНА НА ОСОБИСТОСТІ ПЕРСПЕКТИВА	

<i>Матеріали за проблемною темою: Інновації, технології та онлайн-практика</i>	145
Evgeny Osin.....	145
AI AND HUMAN PERSONALITY: CAN THE NEW TECHNOLOGY HELP US ADDRESS THE INDIVIDUAL DIFFERENCES?	
Веберова Анна Олександрівна.....	146
«ЦИФРОВІ ЛІКИ»: ЧИ МАЮТЬ ВІДЕОІГРИ ПОТЕНЦІАЛ СТАТИ ЗДОРОВИМ МЕХАНІЗМОМ КОПІНГУ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО ЧАСУ?	
Коробейнікова Надія Олексіївна	149
ПСИХОТЕРАПІЯ ОНЛАЙН У РОБОТІ З ВІЙСЬКОВИМИ ТА ВЕТЕРАНАМИ: ЕФЕКТИВНІСТЬ І СПЕЦИФІКА ВЗАЄМОДІЇ	
Кулябко Олександра Вадимівна	152
ТЕХНОЛОГІЇ: VR ТА AR, ІМЕРСІЯ, НЕЙРОФІДБЕК, БІОСЕНСОРНІ ПРАКТИКИ	
Мельник Катерина Юріївна	156
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА ЗМІН ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ОЦІНКИ ПІД ВПЛИВОМ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	
Руденко Тетяна Богданівна / Дроботько Ірина Дмитрівна	159
АВТОМАТИЗАЦІЯ РАЦІОНАЛЬНО-ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ШІ	
Саєнко Олександра Валеріївна	161
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА РОБОТА З ОСОБАМИ ДОРОСЛОГО ВІКУ СЕРЕД ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО ЧАСУ У ДИСТАНЦІЙНОМУ ФОРМАТІ ГРУПОВОЇ ПІДТРИМКИ	
Сороченко Оксана.....	163
ТЕХНОЛОГІЇ: VR ТА AR, ІМЕРСІЯ, НЕЙРОФІДБЕК, БІОСЕНСОРНІ ПРАКТИКИ	
Пшеніцина Олена Віталіївна.....	166
МОЖЛИВОСТІ ТА ОБМЕЖЕННЯ ОНЛАЙН-КОНСУЛЬТУВАННЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З СДУГ В УКРАЇНІ	
<i>Оглядово-реферативні матеріали</i>	169
Butska Lidia Volodymyrivna / Drevitska Oksana Ostapivna.....	169
INNOVATIONS IN PSYCHOTHERAPY: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN CONTEMPORARY PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY OF PAIN SYNDROMES	
Адамова Олена Семенівна	171
МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ПСИХОСОМАТИЦІ: КОГЕРЕНТНІСТЬ ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНИХ, ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ	
Атаманюк Юлія-Олександра Мар'янівна.....	174
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРИЙОМИ ПОЛЕГШЕННЯ ПРОЯВІВ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ	
Боровська Софія Ігорівна	177
РОЗРИВ МІЖ НАУКОЮ ТА ПРАКТИКОЮ В ПСИХОТЕРАПІЇ: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ, ПРИЧИНИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ (SCOPING REVIEW)	

Вергун Поліна Дмитрівна / Венгер Ганна Сергіївна	180
ТИПОВІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПОМИЛКИ У РОБОТІ З ЛГБТК+ КЛІЄНТАМИ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ	
Воробей Мар'яна Вікторівна	183
ЗВ'ЯЗОК ЛІТЕРАТУРНОЇ ТВОРЧОСТІ В САМОРЕФЛЕКСІЇ ТА ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ	
Денісієвська Анна Євгенівна	185
ВНЕСОК ШАНДОРА ФЕРЕНЦІ У ПРОЦЕС ПСИХОАНАЛІТИЧНИХ СТОСУНКІВ	
Денищук Світлана Олександрівна	189
ІННОВАЦІЙНЕ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ, ЗАСНОВАНОЇ НА ПРАКТИКАХ УСВІДОМЛЕНOSTІ, У РОБОТІ ЗІ СТУДЕНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ	
Ладигіна Олена Віталіївна	192
СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ КОРЕКЦІЙНИХ ПІДХОДІВ	
Лукавий Артем Андрійович.....	195
ІННОВАЦІЙНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ПРАКТИЦІ ПСИХОТЕРАПІЇ: ОГЛЯД ДЖЕРЕЛ	
Мошек Тетяна Леонідівна.....	198
ІНТЕГРАЦІЯ MINDFULNESS-ПРАКТИК У КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВУ ТЕРАПІЮ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ	
Нікуліна Світлана Євгеніївна	201
КОНСУЛЬТУВАННЯ У КРИЗОВИХ СТАНАХ: ЕТИЧНІ ТА ПРОФЕСІЙНІ АСПЕКТИ	
Овчаренко Світлана Юріївна / Шеховцов Василь Семенович.....	204
ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ ЗАСОБАМИ ЕМОЦІЙНО - ОБРАЗНОГО ПРОЦЕСІНГУ	
Потоцька Марина.....	208
НОВІТНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ. ПЕРСПЕКТИВИ ТА ОБМЕЖЕННЯ	
Регульська Вероніка Дмитрівна	211
ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІДЕОІГОР ЯК НАПРЯМУ РОБОТИ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА	
Сафощина Ксенія Андріївна / Волович Олександр Олегович.....	214
ЛІКУВАННЯ ДИСОЦІАТИВНОГО ПІДТИПУ ПТСР ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ	
Сіваченко Аюна Юріївна	216
СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ	
Сідак Володимир Миколайович	219
ПАРАДОКС КОНТРОЛЮ: ЧОМУ СПРОБИ КОНТРОЛЮВАТИ ЕМОЦІЇ ПРИЗВОДЯТЬ ДО ЇХ ДИСРЕГУЛЯЦІЇ	

Смирнов В'ячеслав Володимирович.....	222
ВИКОРИСТАННЯ ТІЛЕСНИХ ПРАКТИК У КОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	
Струкова Катерина Вікторівна	225
КІНЕЗІОЛОГІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ІНСТРУМЕНТ ПСИХОТЕРАПІЇ ЕМОЦІЙНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ТА ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	
Хатнюк Наталія Сергіївна.....	228
ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ (ТРИВОЖНОСТІ) У СТУДЕНТІВ	
Ческідова Ірина Олегівна / Чугуєва Інна Євгеніївна.....	231
РОЛЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ	
Яремчук Аліна Миколаївна	234
ДИСПОЗИЦІЙНИЙ ОПТИМІЗМ У ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОНСУЛЬТУВАННІ: ЗВ'ЯЗОК ІЗ КОПІНГОМ	
 Секція 3. Клінічні та культурні аспекти суспільних криз	
<i>Психічне здоров'я фахівців допомагаючих професій</i>	<i>237</i>
Бабаян Юлія Олександрівна / Томашевська Юлія Борисівна	237
ВПЛИВ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ДИТИНСТВА НА РОЗВИТОК ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ	237
Захарова Надія Миколаївна	240
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ ДОПОМІЖНИХ ПРОФЕСІЙ В УМОВАХ ВІЙНИ	
Лихно Максим Михайлович / Хоменко-Семенова Леся Олексіївна.....	243
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
Маркіна Софія Ігорівна / Кременчуцька Маргарита Костянтинівна.....	247
РЕСУРСНІСТЬ І САМОДОПОМОГА ПСИХОЛОГІВ У ВОЄННИЙ ЧАС: РОЛЬ ЖИВИХ ЗУСТРІЧЕЙ ТА ВЛАСНОЇ ТЕРАПІЇ	
 <i>Психічне здоров'я військовослужбовців та ветеранів</i>	<i>250</i>
Shofolova Natalia.....	250
PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF MILITARY PERSONNEL: CLINICAL PROTOCOLS AND CHALLENGES	
Кравчук Світлана Леонтіївна.....	252
ЗВ'ЯЗОК ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРУЖНОСТІ З ПОЗИТИВНИМ РЕЛІГІЙНИМ КОПІНГОМ У ДОБРОВОЛЬЦІВ-ВЕТЕРАНІВ	
Кудріна Тетяна Семенівна / Козловська Олександра Євгенівна.....	255
ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: КОГНІТИВНО- КОНСТРУКТИВІСТСЬКИЙ ПІДХІД ДО ОСМИСЛЕННЯ БОЙОВОГО ДОСВІДУ	

Поляков Роман Віталійович.....	258
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ДІЙ	
Шилюк Галина Валеріївна	261
ЗВ'ЯЗОК БОЙОВОГО СТРЕСУ З РЕЛІГІЙНІСТЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: РЕСУРС ЧИ ДОДАТКОВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ?	
<i>Психічне здоров'я жінок.....</i>	<i>264</i>
Magdalena Chrzan-Dejkoś.....	264
NEXT STOP: MUM – IMPLEMENTATION OF A NATIONAL PPD PREVENTIVE PROGRAM IN POLAND	
Баратюк Артем Юрійович.....	265
ПОТЕНЦІАЛ VR-ІНТЕРВЕНЦІЙ У ФОРМУВАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА	
Власюк Денис Анатолійович / Блінов Олег Анатолійович	269
ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ЯКІ ВТРАТИЛИ ЧОЛОВІКІВ НА ВІЙНІ	
Гарбарук Галина Юріївна / Савенкова Ірина Іванівна	272
ДЕПРЕСИВНО-ТРИВОЖНИЙ ДИСТРЕС ЯК ПРЕДИКАТОР ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ	
Гуменна Зоряна Тарасівна.....	275
ПСИХОЛОГІЧНА КАРТИНА ПСИХОСОМАТИЧНОГО ХВОРОГО ТА ШЛЯХИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОДОЛАННЯ У ЖІНОК, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСИЛЬСТВА	
Денно Наталія.....	279
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ АДАПТОВАНІСТЮ, РЕЗИЛЬЄНТНІСТЮ ТА СУБ'ЄКТИВНИМ БЛАГОПОЛУЧЧЯМ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ	
Іманова Віра Олегівна	282
ЗВ'ЯЗОК ГЛИБИННИХ ПЕРЕКОНАНЬ ТА СИМПТОМІВ ПТСР У ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	
<i>Дитяча психопатологія та функціонування сім'ї.....</i>	<i>285</i>
Вдовиченко Надія Юріївна	285
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	
Вівчарук Дар'я Анатоліївна	288
ЗВ'ЯЗОК ТРИВОЖНОСТІ БАТЬКІВ ІЗ ХАРАКТЕРОМ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКОЇ ВЗАЄМОДІЇ У СІМ'ЯХ, ДЕ ДИТИНА ХВОРИЄ НА АСТМУ	
Войчишена Марина Вадимівна / Кравчук Світлана Леонтіївна.....	292
ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ	

Гарбажій Катерина Станіславівна	295
ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОЯВ ПСИХОЗІВ У ПІДЛІТКІВ	
Гелеішвілі Юлія Юріївна / Венгер Ганна Сергіївна	297
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ РАННЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ: ЕТІОЛОГІЯ ТА МЕТОДИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ	
Дроботько Ірина Дмитрівна	300
СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАР, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ КРИЗУ ПОДРУЖНЬОГО ЖИТТЯ	
Дуднік Алла Олександрівна / Венгер Ганна Сергіївна	303
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НЕЙРОКОРЕКЦІЇ СЕНСОРНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА	
Корнієцька Анна Олександрівна	306
ХРОНІЧНИЙ ВОЄННИЙ СТРЕС ЯК МАКРОСОЦІАЛЬНИЙ ФОН СІМЕЙНОЇ ДИСФУНКЦІЇ	
Кучер Злата Станіславівна / Мельничук Ірина Валентинівна	309
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ	
Розвад Анастасія Сергіївна	312
КОНФЛЮЕНЦІЯ У СИСТЕМІ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН СУЧАСНОСТІ	
Пестерева Катерина Сергіївна / Чугуєва Інна Євгенівна	315
ВПЛИВ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ	
Турчина Софія Тарасівна	317
СЕЛФХАРМ У ПІДЛІТКІВ ЯК ФОРМА ПСИХОЛОГІЧНОГО САМОРЕГУЛЮВАННЯ В УМОВАХ ЕМОЦІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	
Федоренко Ніна Василівна / Савенкова Ірина Іванівна	320
КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО ОНТОГЕНЕЗУ	
Шевардіна Олена Георгіївна / Бєлавіна Тетяна Іванівна	322
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА БАТЬКАМ ШКОЛЯРІВ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ РОЗЛУЧЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ	
<i>Оглядово-реферативні матеріали</i>	<i>325</i>
Peter Wilhelm / Larysa Spitsyna.....	325
MENTAL HEALTH AND LIFE-SATISFACTION OF UKRAINIAN WOMEN DURING TIMES OF WAR AND FORCED MIGRATION	

Tetiiana Pankratova.....	326
PSYCHOLOGICAL RESILIENCE OF UKRAINIANS IN THE CONTEXT OF WAR TRAUMA: PROTECTIVE FACTORS AND THE ROLE OF TRAUMA- INFORMED SUPPORT	
Блошко Ірина Адамівна.....	328
МІГРАЦІЙНА ТА ДЕМОГРАФІЧНА КРИЗА В УКРАЇНІ: КЛІНІЧНІ ТРАВМИ ТА КУЛЬТУРНА ТРАНСФОРМАЦІЯ З 2022 РОКУ	
Давидюк Олена Ярославівна.....	331
СУЧАСНЕ СЕРЕДОВИЩЕ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ФРУСТРАЦІЙ: ОСОБИСТІСНО-ПОВЕДІНКОВІ ПРОЯВИ ТА НАСЛІДКИ	
Івченко Любов Іванівна.....	334
РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА ПОДОЛАННЯ ВАЖКОГО СТРЕСУ ТА ПОРУШЕНЬ АДАПТАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ	
Келеш Тетяна Олександрівна	337
ВЕКТОРИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ	
Кузнецова Уляна Віталіївна.....	341
КОЛЕКТИВНА ТРАВМА ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН СУСПІЛЬСТВА	
Лисенко Анастасія Сергіївна	344
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	
Панкова Галина Шавкатівна.....	348
ПСИХОЛОГІЧНИЙ РЕЗИЛІЄНС ДОРΟΣЛОЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ВИМІРИ	

Секція 1. Емпіричні засади клінічної психології

Оригінальні емпіричні дослідження

УДК 159.944.4:616.89-057.875"36"

Крупельницька Людмила Францівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ЧИННИКИ СИМПТОМІВ ПТСР ТА КПТСР СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Навчання на тлі війни має свої особливості. Навчальне навантаження, обтяжене необхідністю реагування на повітряні тривоги, недосипанням, невизначеністю навіть найближчого майбутнього відображаються на соматичному та психічному здоров'ї, виявляючи себе у різних формах (Prokopenko, 2025).

У 2022 році у співробітництві з Медичною школою Гамбурга (англ. – MSH Medical School Hamburg, Germany) було розпочато дослідження психічного здоров'я українських студентів (osf.io/fpyk5). Воно схвалено Комітетом з етики наукових досліджень факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (29 серпня 2022 р.; реєстраційний номер: 08–22/1) та Комітетом з етики Медичної школи Гамбурга (30 серпня 2022 р.; реєстраційний номер: MSH-2022/210).

Дослідження містило три хвили збору з грудня 2022 р. по травень 2023 р. Студенти, яких було залучено через списки розсилки, надані установами, канали соціальних мереж до дослідження тощо, навчались в різних українських університетах. Критеріями включення були: наявність статусу студента, громадянство України, проживання в Україні на

момент оцінювання та інформована згода. Докладно перші отримані результати викладено у двох публікаціях (Lotzin et al., 2023, Lotzin et al., 2025), наразі інші результати перебувають на стадії аналізу.

Спочатку торкнемось результатів, отриманих за підсумками опитування студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка ($N = 563$). Середній вік $M = 24.5$, $SD = 8.2$. 475 з учасників – жінки, 84 – чоловіки. Більшість із них були студентами факультету психології. 59.3 % були студентами бакалаврату, 39.4 % – студентами магістратури.

Стресові чинники, пов'язані з війною, зокрема, травматичні події, виявлялися нами з допомогою Гарвардського опитувальника травм (англ. – Harvard Trauma Questionnaire, НТQ). Було обрано найбільш релевантні для актуальних умов в Україні пункти опитувальника. 9 з 10 студентів (91.5 %, $n = 515$) повідомили про принаймні один стресовий чинник, пов'язаний із війною: 25.6 % ($n = 144$) – про один, 29.1 % ($n = 164$) – про два, 16.0 % ($n = 90$) – про три, а 20.8 % ($n = 117$) – про чотири або більше стресових чинники. Обираючи стресові

чинники, що згідно з рекомендаціями МКХ-11¹ кваліфікуються як травматичні події, студенти найчастіше зазначали, що переживали або були свідками бойових ситуацій, переживали вбивство або смерть внаслідок насильства за участю члена сім'ї або друга, серйозні фізичні травми, отримані ними самими, членом сім'ї або другом унаслідок бойової ситуації або наземної міни (табл. 1).

Таблиця 1. Поширеність травматичних подій

№.	Травматичні події, пов'язані з війною	%
1	Бути свідком бойових ситуацій	59,5
2	Вбивство або смерть внаслідок насильства за участю члена сім'ї або друга	15,6
3	Серйозні фізичні травми, отримані ними самими, членом сім'ї або другом внаслідок бойової ситуації або наземної міни	14,9
4	Переживати або бути свідком побиття, тортур чи вбивства	2,8
5	Переживання бойової ситуації у якості солдата	2,3
6	Переживати чи бути свідком сексуального насильства чи сексуального приниження	1,2

Отже, більше половини усіх опитаних студентів були свідками бойових ситуацій. Приблизно кожен шостий студент також переживав вбивство або смерть внаслідок насильства щодо члена сім'ї або друга або ж серйозні фізичні травми, отримані або ними самими, або близькими людьми, внаслідок бойової ситуації/наземної міни. У табл. 2 показано поширеність стресорів, пов'язаних з війною.

Таблиця 2. Поширеність стресорів, пов'язаних із війною

№.	Стресори, пов'язані з війною	%
1	Вимушене розлучення з членами сім'ї	54,5
2	Недостатність укриттів (сховищ)	53,3

¹ тут і далі – прим. упор. International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11) – одинадцятий перегляд

3	Брак їжі чи води	14,9
4	Конфіскація або руйнування особистого майна	10,0

Як бачимо, найчастішими стресорами були вимушене розлучення з сім'єю та недостатність місць для укриття від небезпек, пов'язаних з військовими подіями. Кожен шостий студент зіштовхнувся з браком їжі чи води, кожен десятий – з конфіскацією або руйнуванням особистого майна.

Нами було оцінено поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного посттравматичного стресового розладу (кПТСР) у відповідності до критеріїв, визначених в МКХ-11. Симптоми ПТСР та кПТСР вимірювалися з допомогою української версії Міжнародного опитувальника травм (англ. – International Trauma Questionnaire, ITQ). Серед популяції студентів випадки відповідності критеріям розладів становили 12.4 % (приблизно кожен та 11.2 % відповідно. Нагадаємо, що порівняно з європейськими показниками у громадах, вільних від конфліктів, такі показники становлять від .6% до 6.7% (Wittchen et al., 2011). Тобто вже в перший рік повномасштабного вторгнення рівень розповсюженості посттравматичних стресових симптомів на вибірці українських студентів багаторазово перевищував відповідні показники в країнах, що не зазнавали подібних негативних впливів.

Щоб дізнатись, чи підвищують певні типи травматичних подій та кумулятивний вплив травми (кількість різних типів травми) ризик розвитку ПТСР та кПТСР, ми використали поліноміальну логістичну регресію для аналізу

Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, МКХ-11

даних підгрупи осіб, які за МКХ-11 відповідали критеріям ПТСР, Параметри статі і віку контролювались. Виявилось, що у студентів, які пережили воєнну травму, такі травматичні події як переживання чи перебування у якості свідка згвалтування, сексуального насильства чи сексуального приниження збільшує ризик розвитку кПТСР ($p = .021$, $CII^2 = 4.8$, 95 % ДІ³ [1.3–18.0]), Також має значення кумулятивний вплив травми: значно збільшує ризик розвитку кПТСР кількість травматичних подій, пов'язаних з війною, ($p = .003$, $CII = 1.6$, 95% ДІ [1.2–2.1]), причому контроль параметру жіночої статі збільшував ризик розвитку ПТСР, але не ризик розвитку кПТСР.

Наступним етапом аналізу результатів дослідження було встановлення ролі резильєнтності у зв'язку між кумулятивним впливом травми, пов'язаної з війною, ПТСР та порушеннями самоорганізації (ПСО)⁴ українських студентів. Нами було проаналізовано результати, отримані за всією вибіркою ($N = 851$). Середній вік $M = 23.9$, $SD = 8.18$.

Серед учасників 693 – жінки, 153 – чоловіки. 518 досліджуваних були студентами бакалаврату, 308 – студентами магістратури. Для оцінювання стресових чинників та травматичних подій, пов'язаних з війною, використовувався Гарвардський опитувальник травми; для вимірювання симптомів ПТСР та ПСО відповідно до МКХ-11 – українська версія Міжнародного опитувальника травми; для оцінювання резильєнтності як копінгової

стратегії – Коротка шкала копінгу, оснований на резильєнтності (англ. – Brief Resilient Coping Scale, BRCS).

Моделювання структурними рівняннями у середовищі R (версія 4.2.3) дозволило підтвердити зв'язок кількості різних типів травми з симптомами ПТСР: кумулятивний вплив травми під час війни мав позитивну кореляцію з рівнем симптомів ПТСР ($B = .254$, $SE = .038$, $z = 6.652$, $p < .001$). При цьому вищий рівень копінгу, оснований на резильєнтності, виявився пов'язаним із нижчим рівнем симптомів ПТСР ($B = -.170$, $SE = .066$, $z = -2.580$, $p = .010$). Тим не менш, наша гіпотеза щодо істотного пом'якшення кумулятивного впливу травми на симптоми ПТСР вищим рівнем копінгу, оснований на резильєнтності, не підтвердилась.

З вищим рівнем симптомів ПТСР була пов'язана жіноча стать, ($B = .454$, $SE = .084$, $z = 5.425$, $p < .001$), що узгоджується з результатами попередніх досліджень; кількість років навчання (курс) мали, навпаки, негативний зв'язок із симптомами ПТСР ($B = -.26$, $SE = .013$, $z = -2.011$, $p = .044$). Решта потенційних факторів, що впливали на результат (рівень доходу та травматичного досвіду до війни) не мали істотного зв'язку з рівнем симптомів ПТСР..

Також було отримано результати щодо зв'язків між кумулятивним впливом травми, копінгом, оснований на резильєнтності, та ПСО. Кумулятивний вплив травми під час війни виявився пов'язаним позитивно ($B = .072$,

² Odds ratio (OR) – співвідношення шансів, СШ

³ Confidence interval (CI) – довірчий інтервал, ДІ

⁴ Disturbances in self-organisation (DSO) – порушення самоорганізації (ПСО); симптоми, як-от: афективна дисрегуляція, негативна самооцінка та труднощі у стосунках, що характерні для кПТСР

$SE = 0.034$, $z = 2.101$, $p = .036$), а копінг, оснований на резильєнтності – негативно ($B = -0.283$, $SE = .063$, $z = -4.514$, $p < .001$) – з ознаками ПСО.

Копінг, оснований на резильєнтності, не слугував "буфером" зв'язку між кумулятивним впливом травми під час війни та симптомами ПСО, так само, як він не виявив себе "пом'якшувачем" зв'язку між кумулятивним впливом травми під час війни та симптомами ПТСР. Цей аналіз контролювався за параметром впливу травми до війни: він, на відміну від кумулятивного впливу травми під час війни, впевнено прогнозував симптоми ПСО ($B = .177$, $SE = .059$, $z = 3.020$, $p = .003$). Роки навчання були негативно пов'язані із симптомами ПСО ($B =$

$-.030$, $SE = .010$, $z = -3.110$, $p = .002$), як і з симптомами ПТСР, як показано вище. Стат'я та дохід не виявили зв'язку з ПСО.

В цьому дослідженні гіпотеза щодо "буферної" ролі копіngu, оснований на резильєнтності, у зв'язку між кумулятивним впливом травми, пов'язаної з війною, та рівнем симптомів ПТСР, а також ПСО не підтвердилась, незважаючи на свідчення щодо такої його ролі, наявних в багатьох джерелах. Це можна пояснити опорою інших дослідників на відмінне від нашого теоретичне розуміння конструкта резильєнтності, залученням інших вибірок, використанням іншого дизайну дослідження та стратегії аналізу даних.

Список використаних джерел: 1. Prokopenko, O. A. (2025). Students' Emotional Exhaust and Fatigue During War. *Problems of Modern Transformations. Series: Pedagogy and Psychology*, (7). 10.54929/2786-9199-2025-7-10-01; 2. Lotzin, A., et al. (2023). War-related stressors and ICD-11 (complex) post-traumatic stress disorders in Ukrainian students living in Kyiv during the Russian-Ukrainian war. *Psychiatry Res*, 330, Article 115561. 10.1016/j.psychres.2023.115561; 3. Lotzin, A., et al. (2025). Resilient coping during the Russian-Ukrainian war: Does it buffer the effects of cumulative trauma on ICD-11 posttraumatic stress disorder symptoms? *Compr Psychiatry*, 140, Article 152592. j.comppsy.2025.152592; 4. Wittchen, H. U., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(9), 655–679, 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.

Найдьонова Ганна Олександрівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Сушко Світлана Вікторівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

САМОСПІВЧУТТЯ ТА ТІЛЕСНА УСВІДОМЛЕНІСТЬ ЯК ЧИННИКИ ТУРБОТИ ПРО ЗДОРОВ'Я

Турбота про здоров'я є одним із ключових аспектів психологічного благополуччя людини. Сучасні підходи до збереження здоров'я розглядають його не лише як відсутність хвороби, а як активний процес самопідтримки, що включає усвідомлене ставлення до власного тіла, емоцій та потреб. Попри поширеність знань про здоровий спосіб життя, не всі люди реалізують ці знання на практиці, що вказує на роль глибінніших психологічних чинників у формуванні здорової поведінки.

Одним із таких чинників може бути самоспівчуття – здатність та вибір виявляти співчуття та доброту до себе, які були б запропоновані комусь іншому в аналогічній ситуації. Самоспівчуття має перспективи як спосіб посилення поведінки, що сприяє здоров'ю, не лише для людей із захворюваннями, але й серед здорового населення. Основні переваги самоспівчуття пов'язані з адаптивними стратегіями подолання труднощів, методами управління стресом, а також зі здатністю саморегулюватися, проживати та збалансовувати спектр як позитивних, так і негативних емоцій. Попередні дослідження показують, що вищий рівень

самоспівчуття асоціюється з більш здоровими стратегіями саморегуляції, турботою про фізичне й емоційне благополуччя (Holden et al., 2020).

Іншим важливим чинником може бути тілесна усвідомленість – здатність уважно спостерігати за внутрішніми тілесними відчуттями та відповідно реагувати на них. Усвідомлення тіла передбачає спрямування уваги на інтероцептивний⁵ та тілесний досвід та пов'язані з ними почуття з метою самоцілення та досягнення здоров'я. Розуміння того, що відчуває наше тіло, може допомогти нам краще задовольняти власні потреби, що призводить до більшого фізичного, психічного та емоційного благополуччя та задоволення. Згідно з дослідженнями Prabhakar & Sharma (2021), високий рівень тілесної усвідомленості сприяє більш відповідальному ставленню до власного здоров'я та формуванню корисних звичок.

Метою нашого дослідження є виявлення зв'язку між рівнем самоспівчуття (Self-Compassion Scale – SCS) (Neff, 2003), тілесної усвідомленості (Body Perception Questionnaire – Short Form – BPQ) (Денісієвська, 2020) та показниками турботи про здоров'я (Health-

⁵ Інтероцепція – здатність відчувати внутрішні фізіологічні сигнали тіла

Promoting Lifestyle Profile – HPLP) (Мельник & Стаднік, 2025) у респондентів 18-45 років (66 осіб).

Передбачається, що вищий рівень самоспівчуття та тілесної усвідомленості пов'язаний із більш вираженою турботою про здоров'я.

Вікова група 18-45 років була обрана з метою підвищення внутрішньої валідності дослідження та контролю стороннього впливу віку. Обмеження вікового діапазону дорослих дозволяє мінімізувати конфаундерний ефект значних вікових фізіологічних змін, які могли б виступати домінуючою причиною змін у схильності турбуватися про здоров'я, незалежно від психологічних чинників. Таким чином, вибір даного діапазону дозволив зосередити аналіз на психологічних предикторах, оцінюючи їхній вплив на турботу про здоров'я.

Для перевірки психометричних характеристик використаних методик було здійснено розрахунок коефіцієнтів внутрішньої узгодженості та описових статистик. Це дозволило оцінити надійність обраних інструментів і загальні тенденції у вибірці за рівнями самоспівчуття, тілесної усвідомленості та турботи про здоров'я (табл. 1).

Таблиця 1. Показники надійності та описових статистик застосованих методик

Методика	α Кронбаха	M	SD	Діапазон балів
Self-Compassion Scale (SCS)	0,909	3,309	0,654	1-5
Body Perception Questionnaire (BPQ) (загальна шкала)	0,937	2,691	0,594	1-5
BPQ – тілесна усвідомленість (підшкала)	0,956	3,307	0,927	1-5

BPQ – реактивність автономної нервової системи (АНС) (підшкала)	0,830	1,891	0,420	1-5
Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP)	0,934	2,448	0,399	1-4

Отримані значення α Кронбаха для всіх методик перевищують значення 0,8, що свідчить про високу внутрішню узгодженість шкал та їх надійність для подальшого аналізу.

Середнє значення показника самоспівчуття є дещо вищим за нейтральну точку шкали (3,309), що свідчить про загальну тенденцію до доброзичливого та підтримуючого ставлення до себе, але з можливими труднощами у стабільному самоспівчутті. Помірна дисперсія вказує на те, що більшість респондентів демонструє сприятливий рівень самоспівчуття, хоча й існують індивідуальні відмінності.

Середній бал підшкали тілесної усвідомленості є дещо вищим за нейтральну точку, що характеризує вибірку як таку, що має розвинену здатність до свідомого моніторингу внутрішніх тілесних сигналів. Водночас, за цією підшкалою зафіксовано найбільшу дисперсію (0,927), що підкреслює значні індивідуальні відмінності у здатності респондентів свідомо помічати та ідентифікувати сигнали власного тіла.

Середнє значення підшкали реактивності автономної нервової системи є значно нижчим за середину шкали (1,891), що вказує на низьку вираженість та частоту неприємних соматичних симптомів. Низьке значення відхилення підкреслює однорідність вибірки за цим показником, свідчаючи про добрий фізичний стан, що є очікуваним для цього вікового діапазону.

Середнє шкали HPLP розташоване практично на нейтральній точці, що характеризує дотримання здорових практик як помірно і свідчить про наявність значного потенціалу для покращення. При цьому відхилення є найнижчим серед усіх шкал (0,399), що вказує на високу однорідність вибірки щодо їхньої поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, і підтверджує, що більшість респондентів перебуває на середньому рівні дотримання здорового способу життя.

Для перевірки висунутих гіпотез щодо зв'язку психологічних чинників із турботою про здоров'я було проведено кореляційний аналіз Пірсона (табл. 2).

Таблиця 2. Показники кореляції самоспівчуття та тілесної усвідомленості з HPLP

Чинник	Коефіцієнт Пірсона (r)	Значущість (p)
SCS – Самоспівчуття	0,532	<0,001
BPQ – Загальна шкала	0,208	0,093
BPQ – Тілесна усвідомленість (підшкала)	0,313	0,010
BPQ – Реактивність АНС (підшкала)	-0,221	0,074

Коефіцієнт кореляції демонструє сильний, прямий та високо значущий позитивний зв'язок самоспівчуття із профілем здорового способу життя (0,532). Це дозволяє стверджувати, що чим вищий рівень самопідтримки та доброзичливого ставлення до себе демонструє особа, тим активніше вона дотримується здорового способу життя (включаючи фізичну активність, управління стресом, харчування). Показник значущості означає високу статистичну надійність цього зв'язку. Ймовірність того, що такий зв'язок виник випадково, становить менше 0,1%.

Підшкала тілесної усвідомленості має помірний, прямий та статистично значущий позитивний зв'язок із профілем здорового способу життя (0,313). Це підтверджує гіпотезу про те, що здатність свідомо моніторити внутрішні сигнали тіла є важливою основою для проактивної турботи про здоров'я, але має менший вплив, ніж самоспівчуття. Показник значущості цієї підшкали підтверджує, що цей зв'язок є реальним, а не випадковим.

Показники кореляції по загальній шкалі тілесної усвідомленості та підшкалі реактивної АНС показали слабкий та статистично незначущий зв'язок з здоровим способом життя. Значення кореляції реактивної АНС також вказує на обернений зв'язок, що може вказувати на тенденцію до зниження здорової поведінки при зростанні неприємних соматичних симптомів.

Дослідження показало, що вибірка з 66 дорослих 18–45 років характеризується сприятливими психологічними показниками, а саме – рівні самоспівчуття та тілесної усвідомленості є дещо вищими за середні значення. Однак, незважаючи на позитивне внутрішнє ставлення до себе, дотримання здорових практик у вибірці є помірним, що вказує на наявність потенціалу для покращення здорового способу життя.

Результати кореляційного аналізу підтвердили основні гіпотези дослідження. Встановлено сильний та високо значущий прямий зв'язок між самоспівчуттям та профілем здорового способу життя. Це свідчить про те, що підтримуюче ставлення до себе є потужним психологічним предиктором проактивної турботи про здоров'я. Також виявлено помірний та значущий прямий зв'язок між тілесною

усвідомленістю та здоровим способом життя. Це підтверджує, що здатність свідомо розпізнавати внутрішні тілесні сигнали є важливим чинником для формування здорової поведінки.

Отримані результати мають важливе практичне значення. Вони вказують на те, що

інтервенції, спрямовані на розвиток самоспівчуття та тренування навичок тілесної усвідомленості, можуть бути високоефективними стратегіями для формування та підтримки проактивного здорового способу життя у дорослих.

Список використаних джерел: 1. Денісієвська, А. Є. (2020). Адаптація україномовної версії методики "Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма". *Наукові записки Національного університету "Острозька академія"*. 10.25264/2415-7384-2020-10-132-135; 2. Мельник, Ю. Б., & Стаднік, А. В. (2025). Профіль здорового способу життя. ХОГОКЗ. 10.26697/sri.krpoch/melnyk.stadnik.4.2025; 3. Holden, C. L., et al. (2020). Does how you treat yourself affect your health? The relationship between health-promoting behaviors and self-compassion among a community sample. *J Health Psychol*. Advanced online publication. 10.1177/135910532091244; 4. Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*, 2, 223–250; 5. Prabhakar, M., & Sharma, M. (2021). Body awareness: primal in health promotion. *ShodhKosh J Vis Per Arts*, 2(2), 508–513.

ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОТРАВМІВНИХ РОЗЛАДІВ У ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ: МЕТОДИ ОЦІНКИ ТА ІНТЕРВЕНЦІЇ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Актуальність емпіричного вивчення психотравмівних розладів у контексті воєнного стану в Україні обумовлена безпрецедентним масштабом і систематичністю травматичних подій, з якими стикається суспільство, включаючи прямі обстріли житлових районів, трагічні втрати близьких родичів, руйнування домівок і майна, а також вимушену внутрішню міграцію, що супроводжується постійним страхом за життя та невизначеністю майбутнього. Ці фактори не лише провокують гострі психоемоційні реакції, але й сприяють формуванню хронічних психічних порушень, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) з його класичними симптомами нав'язливих спогадів, флешбеків і гіперактивності, а також тривожних розладів, що проявляються у постійному напруженні та панічних атаках, і депресивних станів, які призводять до апатії, безнадії та соціальної ізоляції (Murthy & Lakshminarayana, 2006).

Слід зазначити, що у фокусі відповідного дослідження перебувають внутрішньо переміщені особи (ВПО) — одна з найбільш уразливих соціальних груп, оскільки тривалий воєнний стрес у їхньому випадку не тільки загострює існуючі психоемоційні порушення, перетворюючи їх на стійкі клінічні симптоми, але й суттєво знижує адаптивні можливості,

включаючи здатність до відновлення, соціальної інтеграції та повсякденного функціонування, що робить цю категорію населення пріоритетною для клінічної інтервенції (Hamblen & Schnurr, 2007).

У зв'язку з цим, видається особливо доцільним представити емпіричні дані, отримані в ході безпосереднього дослідження, щодо методів діагностики психотравмівних наслідків, ідентифікації ключових факторів ризику (від індивідуально-психологічних рис до соціально-контекстуальних впливів) та оцінки ефективності спеціально розробленої реабілітаційної програми, яка інтегрує доказові підходи клінічної психології для практичного застосування в умовах обмежених ресурсів і тривалої кризи.

Варто наголосити, що для емпіричного аналізу було сформовано вибірку з 60 представників ВПО (дорослі особи, які пережили екстремальні ситуації в умовах воєнного стану). *Критерії включення:* наявність травматичного досвіду (обстріли, втрата житла чи близьких) та відсутність гострих психічних розладів. Дослідження проводилося в місті Дніпро у 2024–2025 рр.

Застосовано комплексний підхід: теоретичні методи (аналіз літератури), емпіричні (стандартизовані психодіагностичні

інструменти) та статистичні (середньоарифметичні значення, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, критерій Тьюки, множинний регресійний аналіз). Основні інструменти: шкала PCL-5 для діагностики ПТСР, опитувальник Спілбергера-Ханіна для тривожності, шкала депресії Бека (BDI) для депресивних станів, шкала резиліентності Коннора-Девідсона (CD-RISC) та опитувальник копінг-стратегій COPE (Кісарчук et al., 2020). Додатково використано 16-факторний опитувальник Кеттела (16PF) для оцінки особистісних рис та спеціальну анкету для суб'єктивного сприйняття травми.

Так, результати емпіричного дослідження виявили значну поширеність психотравмівних розладів: 22% учасників мали клінічно значущі симптоми ПТСР (середній бал за PCL-5 = 38,2, SD = 9,4), 58% – підвищену ситуативну тривожність (середній бал = 52,3, SD = 8,9) та 35% – депресивні стани (середній бал за BDI = 20,2, SD = 8,1).

Низький рівень резиліентності (середній бал за CD-RISC = 46,3, SD = 10,2) спостерігався у 70% вибірки, що корелює з вираженістю ПТСР ($r = -0,62$, $p < 0,01$ за коефіцієнтом Спірмена). Неадаптивні копінг-стратегії, такі як уникнення (середній бал = 10,8, SD = 2,6), посилювали симптоми, тоді як активне вирішення проблем знижувало їх ($r = -0,49$, $p < 0,05$).

Особистісні фактори, зокрема висока тривожність (фактор O за 16PF) та низька емоційна стабільність (фактор C), були предикторами вразливості до психотравмівних наслідків (Romanchuk, n.d.).

Крім того, для перевірки гіпотези про ефективність інтервенцій було відібрано 20 учасників з клінічно значущими симптомами

(PCL-5 ≥ 33 , тривожність > 46 , BDI ≥ 14) та апробовано 12-тижневу програму реабілітаційних заходів, базовану на травмофокусованій когнітивно-поведінковій терапії (TF-CBT) та концепціях резиліентності (Pfeiffer et al., 2023). Програма включала три етапи: діагностичний (оцінка стану), інтервенційний (когнітивне переосмислення, експозиція, тренінги резиліентності) та стабілізаційний (профілактика рецидивів). Заняття проводилися в груповому (6 сесій по 90 хв) та індивідуальному (4 сесії по 60 хв) форматах.

Таблиця 1 Порівняння результатів вхідного та вихідного контролю за ключовими показниками (M \pm SD)

Показник	Вхідний контроль	Вихідний контроль	p-значення (критерій Тьюки)
ПТСР (PCL-5)	38,2 \pm 9,4	24,7 \pm 8,1	< 0,01
Ситуативна тривожність	52,3 \pm 8,9	40,1 \pm 7,6	< 0,01
Особистісна тривожність	48,6 \pm 8,3	41,2 \pm 7,4	< 0,05
Депресія (BDI)	20,2 \pm 8,1	12,8 \pm 6,5	< 0,01
Резиліентність (CD-RISC)	46,3 \pm 10,2	58,7 \pm 11,0	< 0,01

Слід наголосити, що дані для $n = 20$ учасників; p -значення вказує на статистичну значущість змін.

Слід акцентувати увагу на тому, що порівняльний аналіз вхідного та вихідного контролю показав значне зниження симптомів: кількість осіб з клінічним ПТСР зменшилася з 100% до 30% ($p < 0,01$), тривожності – з 90% до 35% для ситуативної форми. Множинний регресійний аналіз виявив найбільший внесок травмофокусованої терапії ($\beta = 0,42$, $p < 0,01$) та групової підтримки ($\beta = 0,38$, $p < 0,05$) у зниження психотравмівних наслідків. Якісні дані з інтерв'ю підтвердили суб'єктивне

покращення у 85% учасників, зокрема зменшення ізоляції та підвищення почуття безпеки.

(TF-CBT, а також розвиток резиліентності), забезпечила зниження ПТСР на 70%, тривожності на 65% та депресії на 68,75% у 70%

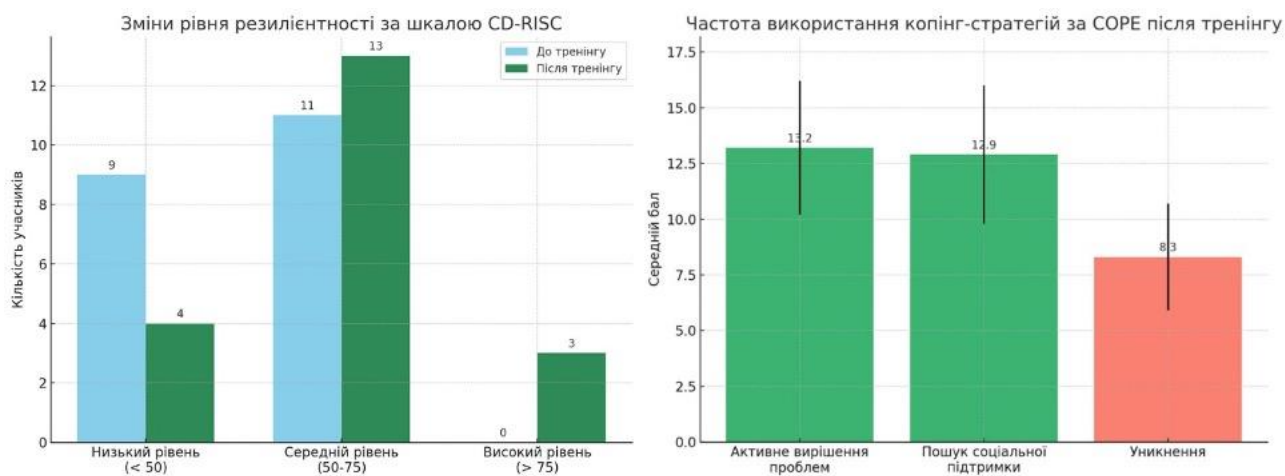


Рисунок 1 Зміни рівня резиліентності та копінг-стратегій після інтервенції (середні бали за CD-RISC та COPE)

Отже, отримані емпіричні дані підтверджують тривалий вплив воєнного стресу на психічне здоров'я цивільних, узгоджуючись з дослідженнями про масові психотравмівні розлади (Murthy & Lakshminarayana, 2006; Hamblen & Schnurr, 2007). Серед ВПО виявлено 22% з ПТСР, 58% з тривогою та 35% з депресією, що корелює з низькою резиліентністю.

Апробована 12-тижнева реабілітаційна програма, адаптована до українського контексту

учасників, з переходом до адаптивних копінг-стратегій. Результати підкреслюють інтеграцію діагностики (PCL-5, CD-RISC) з травмофокусованими інтервенціями для підвищення стійкості (Pfeiffer et al., 2023; Кісарчук та ін., 2020). Теоретична цінність – уточнення факторної моделі; практична – рекомендації для національних програм. Перспективи: розширення вибірки, лонгітюдний моніторинг та адаптація для інших груп.

Список використаних джерел: 1. Hamblen, J., & Schnurr, P. (2025). *Mental health aspects of prolonged combat stress in civilians*. National Center for PTSD. URL; 2. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., & Лазос, Г. П. (2020). *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу*. Слово. 3. Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25–30. URL; 4. Pfeiffer, E., Sachser, C., Rohlmann, F., & Goldbeck, L. (2023). Implementation of an evidence-based trauma-focused treatment for traumatised children and their families during the war in Ukraine: A project description. *Eur J Psychotraumatol*, 14(2), Article 2207422. 10.1080/20008004.2023.2207422; 5. Романчук, О. І. (2017). *Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії*. Нейронews. URL.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВИМУШЕНО ПЕРЕМІЩЕНИХ УКРАЇНЦІВ У СЛОВЕНІЇ

У тезах представлено результати емпіричного дослідження особливостей психологічної адаптації вимушено переміщених українців, які перебувають у Словенії через війну. Проаналізовано рівень стресу, тривожності, депресії, суб'єктивного благополуччя та домінуючі копінг-стратегії. Виявлено високий рівень психоемоційного напруження та визначено фактори, що впливають на процес адаптації.

Повномасштабне вторгнення в Україну спричинило масову вимушену міграцію, що ставить перед мільйонами українців виклик адаптації до нових умов життя. Процес адаптації є складним та багатогранним, а його успішність залежить від низки психологічних чинників (Rachmad, 2022; Miller & Rasmussen, 2024). Дослідження особливостей адаптації українців у Словенії є актуальним для розробки ефективних програм психологічної підтримки.

Враховуючи вищенаведене, мета полягала в емпіричному дослідженні особливостей психологічної адаптації, а саме – рівня стресу, тривожності, депресії, суб'єктивного благополуччя та копінг-стратегій у вимушено переміщених українців у Словенії; та представленні реабілітаційної програми для покращення процесу адаптації.

У дослідженні взяли участь 28 осіб (19 жінок і 9 чоловіків) віком від 20 до 75 років, які перебувають у статусі вимушених переселенців у Словенії понад три роки. З метою досягнення поставлених завдань було використано комплекс

психодіагностичних методик: авторський опитувальник для збору соціально-демографічних та психосоціальних даних; шкала сприйнятого стресу (PSS-10) для оцінки рівня суб'єктивно сприйнятого стресу як індикатора виснаження адаптаційного потенціалу; шкала тривожності Ч. Спілбергера (STAI) для вимірювання як поточних емоційних реакцій на кризові події (воєнна міграція, втрати, невизначеність), так і стійких тривожних тенденцій, що можуть впливати на процес адаптації; шкала депресії Бека (BDI) для виявлення ризику депресивних розладів та оцінки їх інтенсивності з метою подальшого планування психосоціальної підтримки; модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC розглядає суб'єктивне благополуччя як інтегральний показник результативності адаптації; методика "Копінг-поведінка у стресових ситуаціях" (CISS) для визначення провідних стратегій подолання стресу.

Поєднання цих інструментів дозволило дослідити психологічну адаптацію на трьох рівнях: афективному (тривожність, депресія), поведінковому (копінг) та результативному (суб'єктивне благополуччя). Обробка даних проводилась із застосуванням описової статистики, t-тестів, дисперсійного та кореляційного аналізу (коефіцієнти Пірсона і Спірмена).

Більшість респондентів продемонстрували помірні (75%) або високі (11%) рівні сприйнятого стресу (PSS-10). У чоловіків низькі показники не

виявлено. Підвищені значення субшкал "безпорадність" і "брак самоефективності" свідчать про виснаження адаптаційних ресурсів. Розподіл рівнів тривожності показав переважання середніх показників як за ситуативною, так і за особистісною тривожністю. У жінок зафіксовано тенденційно вищі середні бали (STAI-S = 38.53; STAI-T = 37.68), ніж у чоловіків (STAI-S = 35.44; STAI-T = 33.78), що свідчить про більшу емоційну реактивність і схильність до тривожності. Високі рівні тривожності частіше спостерігались серед жінок, тоді як у чоловіків переважають середні та низькі показники.

Середній сумарний бал за Шкалою депресії Бека становив 19.43 (SD = 8.61), що відповідає пограничному рівню між помірною та вираженою депресією. 75% респондентів мали принаймні помірний рівень депресії, при цьому найчастіше спостерігалася категорія "виражена депресія" (36%). У жінок частіше виявлялася виражена депресія (47.4%), тоді як у чоловіків переважала помірна (44.4%) або важка депресія (22.2%). Структурно симптоми депресії розподілялися між когнітивно-афективними проявами (вищі у чоловіків) та соматичними проявами (вищі у жінок), причому найчастішими та найінформативнішими симптомами були втомлюваність, порушення сну, смуток, роздратованість та самокритика.

Аналіз шкали суб'єктивного благополуччя БІБІСІ показав переважно низький рівень благополуччя у вибірці (92.86%, середнє 60,04; SD = 13,28), при цьому всі чоловіки та належали до категорії низького рівня. Розподіл за підшкалами свідчить про схильність до зниженого психологічного благополуччя (M = 31,11), фізичного здоров'я та функціональних можливостей (M = 15,32) та стосунків (M = 13,61).

Найбільш проблемними аспектами були доступ до медичних послуг, працездатність, фізичне здоров'я, особистісна реалізація, фінансова нестабільність та зниження оптимізму і контролю. Гендерні відмінності полягали у фокусі уразливості: чоловіки були більш вразливі у сфері функціональних і ресурсних аспектів, тоді як жінки – у медико-фінансових та тілесно-образних факторах, при цьому оцінка міжособистісних стосунків у них була вищою. Загальна тенденція узгоджується з іншими психометричними показниками вибірки, включно зі стресом, тривожністю та депресивністю.

Аналіз стратегій копінгу показав, що респонденти загалом орієнтовані на проблемно-орієнтований копінг (M = 53.50; SD = 8.38), який переважає над емоційно-орієнтованим (M = 44.75) та униканням (M = 38.39). У гендерному розрізі чоловіки демонстрували дещо вищі показники проблемно-орієнтованого копінгу, тоді як жінки мали тенденцію до більш активного використання емоційно-орієнтованих стратегій і уникання.

Для перевірки міжстатевих відмінностей за основними психологічними показниками було проведено t-тест Велча, який не передбачає рівності дисперсій (табл. 1).

За більшістю змінних (рівень сприйнятого стресу, тривожність, депресивність, психологічне благополуччя, проблемно- та емоційно-орієнтовані стратегії копінгу) статистично значущих відмінностей не виявлено ($p > 0.05$). Водночас спостерігається тенденція до вищого рівня сприйнятого стресу у чоловіків (M = 24.00; $p = 0.068$) та вищої тривожності у жінок, однак ці різниці не досягають рівня статистичної значущості. Єдина достовірна відмінність зафіксована щодо копінгу уникання ($p = 0.046$; Hedges' g = -0.85) – жінки демонструють значно

частіше використання стратегій уникання порівняно з чоловіками. Це може свідчити про гендерні особливості у поведінкових реакціях на стрес, де жінки більш схильні до непрямих способів зниження напруження (відволікання, уникання проблемної ситуації), тоді як чоловіки частіше орієнтуються на безпосереднє вирішення проблем.

Для виявлення взаємозв'язків між отриманими показниками було проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона (табл.2). Результати показали такі закономірності.

З віком спостерігається тенденція до зниження рівня тривожності ($r = -0.30$) та депресії ($r = -0.35$), що може свідчити про зростання емоційної стійкості у старших учасників. Водночас вік позитивно корелює з проблемно-

орієнтованим копінгом ($r = 0.30$), що вказує на перевагу конструктивних стратегій подолання стресу.

Між реактивною та особистісною тривожністю виявлено сильний позитивний зв'язок ($r = 0.66$), а також помірні позитивні кореляції тривожності з депресією ($r = 0.38-0.43$), що підтверджує їх емоційно-негативну спільну основу. Депресія демонструє виражений негативний зв'язок із суб'єктивним благополуччям ($r = -0.58$) і проблемно-орієнтованим копінгом ($r = -0.43$), та сильну позитивну кореляцію з емоційно-орієнтованим копінгом ($r = 0.84$). Це свідчить, що орієнтація на емоційне реагування асоціюється з дезадаптивними проявами, тоді як конструктивні копінг-стратегії пов'язані з вищим рівнем

Табл. 1. Міжстатеві відмінності (Welch t-тести)

Змінна	К-сть респондентів		Середнє		Відхилення		t	p	Hedges' g
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки			
Age	9	19	44.666667	39.421053	11.979149	7.002506	1.218749	0.249187	0.576276
PSS10	9	19	24.000000	20.473684	2.692582	7.058237	1.904700	0.068216	0.564974
STAI_S	9	19	35.444444	38.526316	8.676277	7.175331	-0.926111	0.370770	-0.390181
STAI_T	9	19	33.777778	37.684211	7.395569	6.429555	-1.359806	0.195452	-0.562579
BDI	9	19	20.111111	19.105263	9.453101	8.438633	0.271981	0.789531	0.111437
BBC	9	19	56.555556	61.684211	8.676277	14.907316	-1.145074	0.263188	-0.374252
Coping Problem	7	17	53.428571	52.000000	10.768119	7.810250	0.318224	0.757797	0.158231
Coping Emotion	9	18	43.777778	44.388889	15.393000	11.743027	-0.104823	0.918138	-0.045504
Coping Avoidance	8	18	33.625000	40.222222	6.864765	7.803133	-2.166422	0.046486	-0.847163
Coping Distraction	9	18	15.666667	19.277778	5.385165	3.626788	-1.816263	0.094899	-0.820257
Coping Social	7	18	12.000000	12.722222	2.943920	2.966590	-0.549569	0.593533	-0.235895

Примітка: Використано Welch t-тест (нерівні дисперсії), наведено також Hedges' g.

Таблиця 2. Кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона

	Вік	Соц. проблеми	STAI-S	STAI-T	BDI	BBC	Проблеми	Емоції	Уникання
Вік	1.00	-0.11	-0.01	-0.30	-0.35	0.14	0.30	-0.24	-0.06
Соц. проблеми	-0.11	1.00	-0.09	0.13	0.20	-0.14	-0.09	0.17	0.11
STAI-S	-0.01	-0.09	1.00	0.66	0.43	-0.17	-0.24	0.40	0.42
STAI-T	-0.30	0.13	0.66	1.00	0.38	-0.05	-0.17	0.49	0.36
BDI	-0.35	0.20	0.43	0.38	1.00	-0.58	-0.43	0.84	-0.11
BBC	0.14	-0.14	-0.17	-0.05	-0.58	1.00	0.61	-0.36	0.45
CISS – Проблеми	0.30	-0.09	-0.24	-0.17	-0.43	0.61	1.00	-0.26	0.20
CISS – Емоції	-0.24	0.17	0.40	0.49	0.84	-0.36	-0.26	1.00	0.17
CISS – Уникання	-0.06	0.11	0.42	0.36	-0.11	0.45	0.20	0.17	1.00

благополуччя ($r = 0.61$). Отже, адаптивні копінг-стратегії корелюють із нижчими показниками тривожності та депресії і вищим рівнем суб'єктивного благополуччя, тоді як емоційно-орієнтовані – із протилежними тенденціями. Виявлені зв'язки підтверджують, що ефективність психологічної адаптації вимушених переселенців визначається балансом між емоційною регуляцією, копінговими ресурсами та суб'єктивним благополуччям.

Результати дослідження свідчать про підвищений рівень психоемоційного навантаження серед вимушено переміщених українців у Словенії: більшість мали помірний або високий стрес, підвищену тривожність і депресію, а суб'єктивне благополуччя було низьким у

92.86% учасників. Домінуючою стратегією копінгу є проблемно-орієнтовані дії, тоді як емоційно-орієнтовані стратегії та уникання використовуються рідше; жінки значно частіше застосовують уникання.

Кореляційний аналіз показав, що ефективні адаптивні копінг-стратегії асоціюються з нижчою тривожністю та депресією і вищим благополуччям, тоді як емоційно-орієнтовані – із дезадаптивними проявами. Отже, ефективність психологічної адаптації залежить від балансу між емоційною регуляцією, копінгом та суб'єктивним благополуччям, що обґрунтовує необхідність розробки цільових програм психологічної підтримки для підвищення адаптаційного потенціалу вимушених переселенців.

Список використаних джерел: 1. Толмачева, М. А. (2025). *Особливості адаптації у вимушено переміщених українців, які перебувають у Словенії через війну* [Кваліфікаційна робота]. Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського; 2. Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2024). War exposure, daily stressors, and mental health 15 years on: Implications of an ecological framework for addressing the mental health of conflict-affected populations. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 33, Article e78. 10.1017/S2045796024000830; 3. Rachmad, Y. E. (2022). *Psychological adaptation theory*. Kölner Dom Buch Internationaler Verlag. 10.17605/osf.io/9qsdk

МЕХАНІЗМИ ЗМІН ПТСР: РОЛЬ КОГНІЦІЙ, РУМІНАЦІЙ ТА СНУ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеним психічним розладом, який виникає унаслідок переживання травматичних подій. Попри наявність ефективних терапевтичних методів, значна частина пацієнтів не досягає повного одужання, що актуалізує необхідність дослідження механізмів змін у процесі лікування.

Метою цієї роботи було вивчення ролі когнітивних механізмів – дисфункціональних посттравматичних переконань, румінації та сну – у зменшенні симптомів ПТСР. Було проведено три дослідження, два з яких на клінічній вибірці (N=61, N=89) та одне – серед біженців (N=70).

Результати показали, що: (1) зміни в посттравматичних переконаннях супроводжуються зменшенням тяжкості симптомів ПТСР (Ehlers & Clark, 2000); (2) румінація, як повторювані негативні роздуми, знижується під час терапії та передбачає

подальшу динаміку симптомів, хоча зв'язок є взаємним (Ehring et al., 2008); (3) сон має критичне значення для пацієнтів-біженців, оскільки його порушення асоційовані з високим рівнем симптоматики (Szabo et al., 2017).

Отже, когніції, румінація та сон є вагомими процесами підтримки ПТСР. Подальші дослідження їхньої ролі дозволять зробити психотерапію більш ефективною та цілеспрямованою.

Табл.1. Узагальнені результати емпіричних досліджень

Досл.	N	Мета	Основні результати	Висновки
I	61	Когніції	Когніції передбачають симптоми, але ефект часу сильний	Когніції важливі, потрібен контроль часу
II	89	Румінації	Зниження румінації передбачає симптоми; двонапрямний зв'язок	Румінація – механізм змін
III	70	Сон	Висока поширеність проблем зі сном, зв'язок із симптомами	Сон – важливий фактор підтримки ПТСР

Список використаної літератури: 1. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 38(4), 319–345. 10.1016/S0005-7967(99)00123-0; 2. Ehring, T., Frank, S., & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in PTSD and depression. *Cogn Ther Res*, 32(4), 488–506. 10.1007/s10608-006-9089-7; 3. Kleim, B., Grey, N., Wild, J., Nussbeck, F. W., Stott, R., Hackmann, A., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2013). Cognitive change predicts symptom reduction in PTSD therapy. *J Consult Clin Psychol*, 81(3), 383–393. 10.1037/a0031290; 4. McLean, C. P., Yeh, R., Rosenfield, D., & Foa, E. B. (2015). Changes in negative cognitions mediate PTSD symptom reductions. *Behav Res Ther*, 68, 64–69. 10.1016/j.brat.2015.03.002; 5. Szabo, Y. Z., Warnecke, A. J., Newton, T. L., & Valentine, J. C. (2017). Rumination and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 58, 85–100. 10.1016/j.cpr.2017.09.005.

Яблонська Тетяна Миколаївна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Ільчук Тетяна Вадимівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ЧИННИКИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ

Психологічна адаптація – процес пристосування індивіда до середовища, що включає зміну як особистісних характеристик, так і взаємодії з зовнішнім оточенням. Успішна адаптація забезпечує ефективне функціонування, тоді як її порушення призводить до дезадаптації. Еволюційний підхід трактує адаптацію як характеристику, що сприяє виживанню та репродукції, сформовану під дією природного відбору. Психологічна адаптація розглядається як функціональна поведінка, що підвищує шанси виживання індивіда та виду (Cosmides & Tooby, 2000). Важливим аспектом сучасних досліджень є розгляд адаптації в наслідок впливу стресу. Транзакційна модель стресу та подолання визначає стрес як результат суб'єктивної оцінки події та власних ресурсів; ефективні копінг-стратегії сприяють адаптації, їхня неефективність – дезадаптації (Lazarus & Folkman, 1984). Хронічний стрес вважається стрес, що триває понад шість місяців і характеризується тривалим впливом стресорів, які виснажують ресурси особистості (Epel et al., 2018). Наслідки тривалого стресу включають емоційне виснаження, підвищену тривожність, погіршення пам'яті та уваги й підвищений ризик депресії та ПТСР (McEwen, 2007). Індивідуальні відмінності в сприйнятті, копінгу та ресурсах

визначають ефективність адаптації та глибину психологічних наслідків.

Метою було здійснити теоретико-емпіричне дослідження психологічної адаптації особистості українців в умовах довготривалого стресу.

Методики дослідження. Було використано психодіагностичні методики: PAS (Biesecker et al., 2013; здійснено мовну адаптацію, α Кронбаха дорівнює 0,933); шкалу резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC-10), шкалу депресії, тривоги та стресу (DASS-21) та шкалу сприйнятого стресу (PSS-10).

Результати дослідження. Аналіз результатів показав, що опитані загалом характеризуються достатнім рівнем психологічної адаптації. Найвищі показники зафіксовано за шкалою соціальної інтеграції; дещо нижчі, але також високі показники – за шкалами самооцінки та духовно-екзистенціального значення. Ефективність подолання має середнє значення 14,6 балів. Інтегрована оцінка психологічної адаптації становить $61,2 \pm 14,69$ бали, що свідчить про достатній, але варіативний рівень адаптації. Більшість опитаних продемонстрували середній рівень ефективності подолання та психологічної адаптації загалом (табл. 1).

За результатами CD-RISC-10 середнє значення резильєнтності становить $25,2 \pm 7,65$ бали, що свідчить про виражену варіативність рівнів психологічної стійкості у вибірці. Розподіл за рівнями резильєнтності демонструє переважання низьких показників – 52% респондентів, помірний рівень спостерігається у 33,7%, високий – у 14,3%, тож більшість опитаних характеризується недостатнім рівнем адаптаційних ресурсів.

Таблиця 1. Розподіл вибірки за складовими психологічної адаптації

Назва змінних	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Ефективність подолання	8,3%	62,7%	29%
Самооцінка	11,1%	50,8%	38,1%
Соціальна інтеграція	4,4%	41,3%	54,4%
Духовне/екзистенціальне значення	10,7%	52,4%	36,9%
Психологічна адаптація	4%	57,9%	38,1%

За шкалою DASS-21 середні значення показників депресії, тривоги та стресу становлять відповідно 6,51; 6,44 і 8,71 бали. Рівень стресу виявився дещо вищим порівняно з іншими афективними станами. Розподіл респондентів за ступенем вираженості афективних симптомів показує, що 20,6% мають важкий або дуже важкий рівень депресії, 36,1% – підвищений рівень тривоги, 25% – високий рівень стресу. Це підтверджує значне психоемоційне навантаження серед опитаних. Результати за шкалою PSS-10 свідчать, що середнє значення сприйнятого стресу становить $17,9 \pm 5,87$ бали, що вказує на різний ступінь суб'єктивного відчуття стресу. Розподіл за рівнем сприйнятого стресу показує, що більшість опитаних (73%) мають помірний

рівень стресу, 17,9% – низький, 9,1% – високий. Таким чином, у більшості опитаних зберігаються базові адаптаційні механізми, хоча загальний рівень напруження залишається підвищеним.

Рівень резильєнтності виявився значно вищим у респондентів, які не зазнають хронічного стресу. Хронічний стрес суттєво знижує суб'єктивне благополуччя, адаптаційні ресурси та погіршує психоемоційний стан. Сприйнятий стрес впливає на всі досліджувані показники: суб'єктивну оцінку адаптування, ефективність подолання, самооцінку, соціальну інтеграцію, духовне/екзистенціальне значення, загальну психологічну адаптацію, резильєнтність та негативні емоційні стани ($p \leq 0,05$). Особи з низьким рівнем стресу мають найвищі показники адаптації, які поступово знижуються зі зростанням рівня стресу. У респондентів з сильним рівнем сприйнятого стресу середній показник адаптації становить лише 6,04 порівняно з 8,27 у групі зі низьким рівнем стресу. Подібна динаміка простежується і щодо подолання, де спостерігається значне зниження від 16,27 до 11,96, що свідчить про критичне зменшення здатності долати труднощі. Загальна психологічна адаптація знижується від 67,84 до 49,3 зі зростанням сприйнятого стресу, а резильєнтність – від 30,78 до 17,96. Депресія, тривога та стрес також демонструють виражені відмінності: рівень депресії зростає з 2,42 до 11,87, тривоги – з 2,53 до 10,48, стресу – з 4,42 до 14,83. Це свідчить про глибоке емоційне виснаження та високий рівень психоемоційної напруги у групі з сильним сприйнятим стресом.

Кореляційний аналіз показав наявність прямих, помірної сили кореляцій між резильєнтністю та компонентами психологічної

адаптації. Найсильніший зв'язок виявлено між резильєнтністю та самооцінкою ($r = 0,560$, $p < 0,05$); значущий зв'язок також спостерігається між резильєнтністю та загальним показником психологічної адаптації ($r = 0,554$), що підтверджує взаємозалежність внутрішніх ресурсів і здатності ефективно функціонувати в умовах стресу. Помірні кореляції виявлено з ефективністю подолання ($r = 0,448$), духовно-екзистенціальним виміром ($r = 0,457$) та соціальною інтеграцією ($r = 0,389$), що свідчить про те, що резильєнтність пов'язана з конструктивними стратегіями подолання, глибоким осмисленням життєвих подій та кращим включенням у соціальні взаємодії (табл. 2).

Таблиця 2. Кореляційний зв'язки резильєнтності зі складовими психологічної адаптації та емоційними станами

Назва змінних	Резильєнтність	Рівень значущості
Ефективність подолання	0,448*	$p < 0,05$
Самооцінка	0,560*	$p < 0,05$
Соціальна інтеграція	0,389*	$p < 0,05$
Духовне/ екзистенціальне значення	0,457*	$p < 0,05$
Психологічна адаптація	0,554*	$p < 0,05$
Депресія	-0,446*	$p < 0,05$
Тривога	-0,387*	$p < 0,05$
Стрес	-0,356*	$p < 0,05$

У табл. 3 представлено кореляції психологічної адаптації та показників сприйнятого стресу. Найвищий коефіцієнт кореляції спостерігається між сприйнятим стресом та загальним рівнем психологічної адаптації ($r = -0,336$), що свідчить про зниження адаптації зі зростанням суб'єктивного відчуття напруження. Значущі зворотні зв'язки також

виявлені з самооцінкою ($r = -0,326$) та духовним виміром ($r = -0,315$), що відображає тенденцію до втрати впевненості й сенсу життя за умов високого стресу. Слабші, але значущі кореляції встановлено з ефективністю подолання ($r = -0,292$) та соціальною інтеграцією ($r = -0,175$). Отже, підвищене відчуття стресу супроводжується зниженням активності, меншою включеністю у соціум і нижчою ефективністю адаптивних дій. При цьому показники афективних станів мають прями, високі кореляції зі сприйнятим стресом.

Таблиця 3. Кореляційний аналіз сприйнятого стресу зі складовими психологічної адаптації та афективними станами

Назва змінних	Сприйнятий стрес	Рівень значущості
Ефективність подолання	-0,292*	$p < 0,05$
Самооцінка	-0,326*	$p < 0,05$
Соціальна інтеграція	-0,175*	$p < 0,05$
Духовне/ екзистенціальне значення	-0,315*	$p < 0,05$
Психологічна адаптація	-0,336*	$p < 0,05$
Депресія	0,644*	$p < 0,05$
Тривога	0,562*	$p < 0,05$
Стрес	0,621*	$p < 0,05$

За результатами регресійного аналізу встановлено, що резильєнтність є єдиним статистично значущим предиктором психологічної адаптації серед досліджених змінних, оскільки лише цей показник увійшов до остаточної моделі через високу значущість і стабільність впливу (табл. 4).

Таблиця 4. Регресійна модель значущих впливів на психологічну адаптацію

Назва змінних	Estimate	SE	t	p
Психологічна адаптація (intercept)	32,02	2,55	12,5	0,001*

Резильєнтність	1,16	0,09	12	0,001*
----------------	------	------	----	--------

Примітка: показники якості моделі – $p = 0,001$, $R = 0,603$, $R^2 = 0,364$.

Отримані результати свідчать, що зі зростанням рівня резильєнтності на один бал показник психологічної адаптації підвищується в середньому на 1,16 бала. Високе t -значення (12) та низька стандартна похибка (0,09) підтверджують надійність і стабільність моделі. Інтерцепт (32,02) відображає базовий рівень адаптації за умов нульового значення предиктора, однак практичне значення цього показника є обмеженим.

Коефіцієнт множинної кореляції ($R = 0,603$) вказує на помірну силу зв'язку між

резильєнтністю та психологічною адаптацією, а значення детермінації $R^2 = 0,364$ свідчить, що 36,4% варіації адаптації пояснюється саме резильєнтністю. Інші змінні не продемонстрували статистичної значущості, що підкреслює провідну роль резильєнтності у забезпеченні адаптації в умовах тривалого стресу.

Таким чином, резильєнтність виступає ключовим чинником психологічної стабільності особистості, забезпечуючи здатність до ефективного функціонування. Отримані результати підкреслюють доцільність розвитку психологічних програм, спрямованих на зміцнення резильєнтності як центрального чинника психологічної адаптації.

Список використаних джерел: 1. Biasecker, B. B., et al. (2013). *Psychological Adaptation Scale (PAS)* [Database record]. APA PsycTests; 2. Cosmides, L., & Tooby, J. (2000). Evolutionary psychology and the emotions. In *Handbook of emotions*, 2(2), 91–115; 3. Epel, E. S., et al. (2018). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. *Front Neuroendocrinol*, 49, 146–169; 4. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer; 5. McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev*, 87(3), 873–904.

УДК: 159.95:43.951

Вавілова Альона Сергіївна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: ЕТИЧНІ ПИТАННЯ СЬОГОДЕННЯ

Нейропсихологічні дослідження, як і дослідження в інших галузях психологічної науки регулюються міжнародними етичними документами. Основні принципи таких документів захищають права учасників і вимагають балансу користі та ризику. До загальних етичних принципів проведення нейропсихологічних досліджень можна віднести відповідальність за професійну діяльність і результати досліджень; заборону антигуманних дій, приниження особистості чи маніпуляції; однозначність цілей дослідження та прозорість методик; отримання інформованої згоди від учасників; забезпечення конфіденційності інформації про учасників; оцінку і мінімізацію можливих негативних наслідків участі у дослідженні (Anderson et al., 2013).

У сфері наукових нейропсихологічних досліджень важливим і актуальним питанням є робота відповідних комітетів, які мають контролювати та не допускати етичні порушення. Етичні комітети мають на меті гарантувати, що права учасників є захищеними, ризики виправданими, а застосовані методи відповідають стандартам валідності і надійності. Зазвичай такі комісії є локальними, мають багатопрофільний склад учасників, а їх функції полягають в оцінці етичних особливостей протоколу нейропсихологічного дослідження. Не зважаючи на те, що різні галузі нейронауки спрямовані на відкриття нових механізмів та

закономірностей роботи мозку, добробут учасників таких досліджень має бути в пріоритеті над інтересами науки. Неякісні дослідження є етично неприйнятними, оскільки можуть піддавати ризику учасників. Тому члени етичних комісій розглядають протоколи нейропсихологічних досліджень, які мають включати мінімізацію ризиків для учасників, пропорційність користі та повагу до відмови на будь-якому етапі дослідження (Mayo et al., 2018).

Чутливим питанням є проведення нейропсихологічних обстежень у людей із когнітивними порушеннями у зв'язку з необхідністю оцінки здатності до згоди (деменція, делірій, тяжка афазія, гострі ураження мозку). Такі люди можуть мати когнітивні дефіцити, які знижують чи унеможливають критичну здатність усвідомлювати цілі, процес та наслідки дослідження. Наприклад, пацієнти з деменцією чи черепно-мозковими травмами можуть мати знижену здатність до прийняття рішень. Серед основних викликів у роботі з цією групою клієнтів є оцінка децизійної спроможності (людина розуміє мету, ризики чи вигоди, альтернативи, здатна висловити вибір); згода/дозвіл опікуна без втрати автономії пацієнта; врахування попередньо висловлених побажань; підвищений ризик виснаження під час тривалого тестування (Mayo et al., 2018). Для пацієнтів з когнітивними дефіцитами пропонується використовувати спрощену мову

та повторне пояснення. Важливим є застосування процедурної оцінки розуміння, отримання згоди від законного представника за збереження активного включення пацієнта; обов'язкове переглядання згоди у динаміці. Дослідник несе етичну відповідальність за захист прав уразливих груп, уникнення примусу та повагу до автономії.

Нейропсихологічне обстеження дітей та підлітків передбачає розгляд етичних питань подвійної відповідальності перед дитиною та її батьками чи опікунами, а також оцінки валідності нейропсихологічних методів з огляду на вікові норми, розлади розвитку, сенсорні чи мовленнєві труднощі (Aggarwal & Jain, 2024). Етичними рішеннями у таких випадках є поєднання письмової згоди батьків зі згодою дитини; використання валідних методів з урахуванням вікових норм та прозоре інформування щодо інтерпретаційних обмежень.

При обстеженні пацієнтів із сенсорними та моторними порушеннями постає питання специфічності обраних методик, оскільки стандартні нейропсихологічні проби ґрунтуються на залученні зору, слуху чи моторики (Aggarwal & Jain, 2024). У зв'язку з цим виникає ризик плутання сенсорних чи моторних обмежень із когнітивним дефіцитом та необ'єктивність інтерпретації через відсутність релевантних норм. В таких випадках доцільним є застосування альтернативних форматів (тактильні, аудіо, збільшені стимули), чітке документування змін, а також обережні висновки з урахуванням бар'єрів, перевага інтраіндивідуальних порівнянь.

В роботі з особами, що мають психічні розлади та підвищену вразливість, виникає

ризик вторинної травматизації та посилення симптоматики під час тестування (тривоги, депресії, флешбеків при посттравматичному стресовому розладі; Aggarwal & Jain, 2024). Завдання з оцінкою часу або помилок підсилюють відчуття неспішності, що впливає на мотивацію й результати. Нестабільність стану призводить до коливань показників, ускладнюючи інтерпретацію. Тому важливим є попередній скринінг психічного стану з урахуванням медикаментозного лікування, скорочення та поділ дослідження на кілька коротких сесій, використання нейтральних інструкцій, уникнення надмірного тиску, чітке визначення критеріїв дострокового припинення тестування, а також відображення у висновку впливу емоційного стану на результати з розмежуванням когнітивних показників і психопатологічних проявів.

Не менш важливим питанням для інтерпретації даних нейропсихологічного обстеження є врахування культурних та мовних відмінностей. Виникає високий ризик діагностичних помилок через культурні та освітні фактори, а також використання непрофесійних перекладачів. Етичним рішенням цього питання може бути робота лише з підготовленими клінічними інтерпретаторами, застосування адаптованих методик, обов'язкове зазначення культурних чинників у висновку.

Дані нейровізуалізації можуть розкрити стан психічного здоров'я та дуже особисту інформацію клієнта. Тому ще одним етичним питанням є анонімізація отриманих даних та захист "ментальної приватності" (Harris et al., 2024).

Це стосується проблеми конфіденційності інформації і судової практики у зв'язку з

унікальною чутливістю даних, отриманих в результаті дослідження мозку та потреби в їх захисті. Якщо дані нейропсихологічного обстеження стають доступними для суду, тоді постає питання обмеженої конфіденційності і забезпечення об'єктивності даних.

Експерт-нейропсихолог зобов'язаний діяти неупереджено, використовувати валідні інструменти дослідження, уникати перебільшення значущості даних та здійснювати їх інтерпретацію в межах власної компетентності.

Використання сучасних нейротехнологій також піднімає багато етичних питань. Зокрема, сучасні методи нейровізуалізації у поєднанні з штучним інтелектом вже дозволяють дешифрувати деякі аспекти переживань людини за даними активності її головного мозку (наприклад, відновлювати побачені зображення або навіть речення, прослухані учасником) на основі функціональної магнітно-резонансної томографії (Harris et al., 2024).

Це створює інтерфейси "мозок – комп'ютер", як інтерпретують отримані нейродані. Тому на міжнародному рівні вже з'являються ініціативи щодо закріплення так званих "нейроправ" людини, зокрема, права на когнітивну свободу, на ментальну приватність, на психічну цілісність та психологічну неперервність. Ці права покликані гарантувати, що кожна людина сама контролює застосування нейротехнологій до себе, захищена від несанкціонованого збору своїх нейроданих і від зовнішніх впливів на свою свідомість (Lenca & Andorno, 2017).

Не втрачає актуальності в нейропсихологічному обстеженні принцип "не зашкодь", що передбачає обережність в

інтерпретації результатів. Хибна інтерпретація результатів може призвести до постановки неправильного діагнозу, вплинути на життя людини (навчання, працевлаштування, соціальна адаптація). Часто можуть виникати труднощі у постановці диференційного діагнозу (Anderson et al., 2013).

Тому етичним зобов'язанням фахівців є кваліфікована інтерпретація лише після повного комплексного аналізу даних контексту (анамнезу, поведінки, результатів тестів). Принцип конфіденційності даних ґрунтується на законодавчій базі (Закон України "Про захист персональних даних").

Згідно з вказаним принципом отримані в результаті нейропсихологічного обстеження дані мають зберігатися у зашифрованому вигляді, без вільного доступу третіх осіб, згода має бути інформованою та письмовою. Пацієнт є головним адресатом результатів (за умови його дієздатності), тому він отримує інформацію про результати обстеження. Родина пацієнта інформується лише з дозволу пацієнта чи у випадку його неповнолітності або когнітивних порушень.

Форма інформування має бути зрозумілою мовою з униканням слів типу "дефект" чи "патологія". Необхідна згода пацієнта для передачі даних для роботодавця або освітньої установи. Пацієнт має право знати куди і для чого передаються результати, відмовитись від передачі даних третім сторонам.

Таким чином, основними етичними викликами в контексті нейропсихологічних досліджень є моральна відповідальність дослідника за інтерпретацію та використання отриманих даних; питання свободи волі у світлі нейробіологічних впливів на поведінку; ризик

несанкціонованого доступу до особистої переосмислення норми та патології з інформації; використання нейротехнологій і урахуванням отриманих результатів. потенціал їхнього етичного зловживання;

Список використаних джерел: 1. Aggarwal, N. K., & Jain, A. (2024). Neuroethics and neurolaw in forensic neuropsychiatry: A guide for clinicians. *Behav Sci Law*, 42(1), 11–19. 10.1002/bsl.2638; 2. Anderson, J. A., Eijholt, M. & Illes, J. (2013). Neuroethical issues in clinical neuroscience research. *Handb Clin Neurol*, 118, 335–343. 10.1016/B978-0-444-53501-6.00028; 3. Lenca, M., & Andorno, R. (2017) Towards new human rights in the age of neuroscience and neurotechnology. *Life Sci Soc Policy*, 13(1), Article 5. 10.1186/s40504-017-0050-1; 4. Harris, C., et al. (2024) Digital Neuropsychology beyond Computerized Cognitive Assessment: Applications of Novel Digital Technologies. *Arch Clin Neuropsychol*, 39(3), 290–304. 10.1093/arclin/acaе016; 5. Mayo, C. D., Scarapicchia, V., Robinson, L. K., & Gawryluk, J. R. (2018). Neuropsychological assessment of traumatic brain injury: Current ethical challenges and recommendations for future practice. *Appl Neuropsychol Adult*, 26(4), 383–391. 10.1080/23279095.2017.1416472.

ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ УЧАСНИКА БУЛІНГУ ТА КІБЕРБУЛІНГУ: РОЗРОБКА ПСИХОДІАГНОСТИЧНОЇ МЕТОДИКИ

Протягом останніх років поняття *булінгу* та *кібербулінгу* привертають увагу науковців як складні соціально-психологічні явища, які негативно впливають на психологічне благополуччя, академічну успішність, міжособистісне функціонування людей різних вікових категорій. Традиційний булінг описують як прояв агресивної та неприйнятної поведінки однієї людини щодо інших, що супроводжується постійним фізичним та психологічним впливом (Седих і Мишко, 2022).

Важливими характеристиками булінгу виступають повторюваний прояв насильства та цькування щодо жертви, наявність злого умислу кривдника та дисбаланс сил між кривдником та жертвою.

Зі зростанням ролі цифрового спілкування, онлайн-взаємодії та соціальних мереж з'явилась нова форма даної поведінки – *кібербулінг*. Кібербулінг відбувається за допомогою використання електронних засобів масової інформації з цілеспрямованим наміром заподіяти шкоди, принизити, сприяти стражданню, почуттю страху та відчаю для тієї особи, яка є об'єктом агресії (Vottino et al., 2015). Порівняно з традиційним булінгом, який обмежений часом та місцем, кібербулінг може відбуватися безперервно та охоплювати ширшу аудиторію, посилюючи психологічний вплив на жертв.

Важливим у розумінні механізмів булінгу та кібербулінгу є не лише аналіз самих агресивних дій, а і визначення ролей, які учасники

виконують у цих взаємодіях. Кривдник, жертва та захисник проявляють різні поведінкові, емоційні та когнітивні позиції, що визначають ситуацію булінгу. На сьогодні все ще залишається брак стандартизованих інструментів, які дозволяють надійно оцінювати ці ролі учасників, особливо в онлайн середовищі. Тому розробка ефективної діагностики у визначенні цих ролей є важливим і актуальним завданням для створення стратегій профілактики та втручання в освітньому та соціальному контекстах.

Це дослідження має на меті розробити діагностичну методологію, призначену для визначення ролі людини в ситуаціях булінгу та кібербулінгу. Представлений інструмент дозволить дослідникам та практикам розрізнити різні рольові позиції, оцінювати поведінкові тенденції та краще розуміти індивідуальні відмінності у реакціях на агресивні дії, характерні для ситуацій кібер/булінгу.

Розроблена методика являє собою особистісний опитувальник, призначений для визначення рольової позиції особи у відповідних ситуаціях. Вона складається з закритих ситуаційних питань із визначеними варіантами відповідей. Учасникам пропонувалося вибрати відповідь, яка найбільше відповідає тому, як вони діяли б, або вже діяли в минулому у подібних життєвих ситуаціях.

Опитування структуроване навколо двох основних шкал, а саме шкала "*Роль у*

традиційному булінгу", яка досліджує реакції на ситуації булінгу віч-на-віч, та шкала "Роль у кібербулінгу", яка зосереджена на онлайн-взаємодії. Кожна шкала складається із відповідних ситуативних питань та варіантів поведінкових реакцій, які відображають різні ролі. Інструкція для респондентів підкреслює необхідність відповідати щиро та уявляти себе в даній ситуації.

Інтерпретація методики базується на визначенні переважання однієї з рольових орієнтацій. По-перше, *кривдник* – особа, яка займається булінгом або заохочує до нього, прагнучи домінування чи соціального схвалення через приниження інших. По-друге, *жертва* – особа, яка стає об'єктом булінгу, яка часто характеризується уникненням, підкоренням або спробами заспокоїти агресора. І *захисник* – особа, яка втручається, щоб захистити жертву, протистоїть кривднику або надає емоційну підтримку жертвам.

Під час пілотажного дослідження декілька респондентів висловили потребу в додатковій ролі *спостерігача* (позиції ігнорування). Це особа, яка є свідком булінгу, але вирішує не втручатися. Спочатку ця роль не була включена до опитування та пізніше була запропонована як додаткова діагностична категорія для майбутніх версій методики.

Було проведено психометричну оцінку розробленої методики з метою оцінити її надійність, валідність та діагностичну точність. На першому етапі було перевірено внутрішню узгодженість за допомогою коефіцієнта альфа Кронбаха. Отримане значення ($\alpha = .898$)

продемонструвало високу надійність, що свідчить про те, що питання вимірюють один і той самий психологічний конструкт, а саме роль учасника в булінгу або кібербулінгу.

Подальший аналіз показав, що видалення будь-якого окремого питання не покращить коефіцієнт альфа Кронбаха, що підтверджує узгодженість та адекватність усіх пунктів, включених до опитування.

Для дослідження внутрішньої узгодженості питання були розділені на дві рівні частини по 10 запитань. Між цими частинами було проведено кореляційний аналіз. Результати показали сильну та статистично значущу позитивну кореляцію ($r = .80$; $p < .001$), що підтверджує внутрішню узгодженість та однорідність методики.

Дискримінативність⁶ опитування була перевірена за допомогою кореляційного аналізу між субтестами. Кожен субтест продемонстрував високу кореляцію із загальною шкалою, що вказує на взаємну узгодженість питань та вимірювання подібних конструктів. Це підтверджує структурну цілісність та концептуальну ясність інструменту.

Наступним кроком була оцінка валідності. Очевидну валідність перевіряли шляхом аналізу припущень учасників щодо об'єкта дослідження. 17 респондентів (34%) правильно визначили, що опитування спрямоване на оцінку рольової поведінки в булінгу або кібербулінгу, тоді як 66% надали альтернативні пояснення. Це вказує на помірну очевидну валідність та свідчить про те, що мета тесту була частково прозорою для респондентів.

⁶ Тут *дискримінативність* розуміється як узгодженість субтестів у вимірюванні спільного конструкта, але не стосується дискримінанту валідності.

Для оцінки конвергентної валідності було проведено кореляційний аналіз між двома шкалами – "Роль у традиційному булінгу" та "Роль у кібербулінгу". Коефіцієнт кореляції Пірсона показав статистично значущий, сильний позитивний зв'язок ($r = .77$; $p < .001$). Цей результат підтверджує, що обидві шкали вимірюють пов'язані конструкти – індивідуальні реакції на ситуацію булінгу. При цьому зберігаються відмінності між традиційним та онлайн-контекстами. Таким чином, методика демонструє високу конвергентну валідність та помірну дискримінантну валідність.

Стандартизація методики базувалася на аналізі розподілу ролевих позицій серед учасників. Результати показали, що 82% респондентів переважно виконували роль захисника, 16% – роль жертви та 2% – роль кривдника. Ця закономірність може відображати *соціально бажану відповідь* у самозвітах, але також може слугувати попередніми нормативними даними для майбутніх порівняльних досліджень.

Проведений аналіз підтверджує, що розроблена методика визначення ролі учасників у булінгу та кібербулінгу має високу внутрішню узгодженість, надійність та конвергентну

валідність. Структура та зміст опитування дозволяють комплексно оцінити поведінкові тенденції в ситуаціях агресії, як у традиційному, так і в онлайн-контекстах.

Однак, пропонується кілька напрямків для *вдосконалення*. Для підвищення очевидної валідності майбутні версії повинні зменшити прозорість змісту питань та рандомізувати варіанти відповідей, щоб мінімізувати соціально бажані відповіді. Включення ролі спостерігача як додаткової діагностичної категорії зробило б методологію більш повною та відображало б реальну соціальну динаміку. Крім того, перехресна валідація з іншими встановленими інструментами, що вимірюють агресію, емпатію та просоціальну поведінку, посилює її критеріальну валідність.

Загалом, розроблена методика перспективно може слугувати надійним інструментом для оцінки ролі учасників у булінгу та кібербулінгу. Вона може бути ефективно застосована в психологічних дослідженнях, шкільному консультуванні та профілактичних програмах, спрямованих на зниження агресії та сприяння просоціальній поведінці серед молоді та дорослих.

Список використаних джерел: 1. Sedykh, K. V., & Myshko, N. M. (2022). Psychological consequences of bullying. *Psychol Pers*, (2), 186–198. 10.33989/2226-4078.2022.2.265497; 2. Bottino, S. M. B., et al. (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos De Saude Publica*, 31(3), 463–475. 10.1590/0102-311x00036114.

Проскурня Аліна Сергіївна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Вакуленко Олександр Леонідович

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИНЦИПИ ТА ІНСТРУМЕНТИ ОЦІНКИ МОРАЛЬНОЇ ШКОДИ У СУДОВО-ЕКСПЕРТНІЙ ПРАКТИЦІ

Питання визначення моральної шкоди, її психологічної діагностики та аргументованого розміру грошової компенсації є однією з найбільш дискусійних і водночас актуальних проблем як для юристів, так і для психологів.

В українській психологічній науці майже відсутні теоретичні та прикладні дослідження, присвячені проблемі визначення моральної шкоди. Хоча законодавством України встановлена необхідність її компенсації, однак бракує чітко регламентованої процедури визначення та розрахунку величини моральних страждань. Відсутній єдиний підхід як до якісних характеристик моральних страждань, так і до їх кількісної оцінки.

У багатьох країнах світу питання відшкодування моральної шкоди також є предметом міждисциплінарних досліджень. Зазначається, що моральна шкода не може розглядатися виключно в юридичній площині - необхідно враховувати психологічні чинники, які визначають інтенсивність та тривалість страждань. Так, у статті *The Problem of Defining Moral Damage Caused to the Employee* підкреслюється, що відсутність єдиної системи оцінки призводить до суб'єктивізму судових рішень (Ivanova & Petrov, 2023). Дослідження міжнародного досвіду у сфері компенсації моральної шкоди демонструє, що в більшості

правових систем (зокрема Франції, Іспанії, Канади та Австралії) компенсація тісно пов'язується з психологічною оцінкою наслідків травматичних подій. Подібний підхід спостерігається і в новітніх дослідженнях, присвячених моральній шкоді, завданій війною (Bryant et al., 2024).

Ми вважаємо за доцільне тлумачити моральну шкоду як міждисциплінарне поняття, що має розглядатися через призму психології та психодіагностики, – тобто з чітким визначенням інтенсивності та глибини моральних страждань, порушення психічного здоров'я особистості та її дезадаптації (Friedman, 2023). Важливим аспектом такого завдання являється феноменологічне уточнення поняття "моральні страждання". Психологи дотримуються думки, що моральні страждання – це зміни у психічній діяльності людини, що включають в себе зміну якості життя, особистісні трансформації та інші негативні для психіки наслідки, що проявляються в соціально-психологічній дезадаптації людини.

Тяжкість переживання психотравмуючої події повністю залежить від індивідуально-психологічних особливостей людини, якій завдано моральну шкоду; від її стійкості афективно-вольових процесів, рівня суб'єктивного контролю, стресостійкості,

соціальної адаптованості, способу реагування на фруструючі події. Детермінантами переживання негативного емоційного стану є ціннісно-сміслові орієнтири особистості, які зазнали впливу психотравмуючих подій. При встановленні факту переживання моральних страждань центральне місце у психологічному дослідженні займають негативні зміни психічного стану особистості, що перешкоджають її суб'єктивному благополуччю та психічному здоров'ю.

У психології моральна шкода розуміється як наслідок переживання людиною негативних емоційних реакцій, викликаних психотравмуючою ситуацією, що призвела до зміни усталеного способу життя особистості, її соматичного та психічного здоров'я.

Інтенсивні емоційні переживання, викликані психотравмуючою ситуацією, негативно впливають на основні сфери життя людини: міжособистісні стосунки з сім'єю та рідними, професійну діяльність, фізичне самопочуття (психогенні та соматогенні розлади). Як наслідок пережитих потрясінь, виникають конфлікти, втрата працездатності, зниження самооцінки, гострі переживання через завдану матеріальну шкоду, що будуть визначатися як порушення звичного способу життя людини, її моральні збитки (Tedeschi & Calhoun, 2004).

На наше переконання, в Україні на основі міждисциплінарного альянсу має бути розроблений цілісний алгоритм, який би значною мірою спирався на психологічні коефіцієнти (глибину, тяжкість переживань, їхній вплив на фізичне самопочуття, зміну усталеного побуту, способу життя,

психосоматичні розлади, спричинені психотравмуючою ситуацією).

З урахуванням зазначених психологічних параметрів варто створити інструментарій для визначення компенсації моральної шкоди. Ми пропонуємо формулу її монетизації. Розмір відшкодування моральної шкоди визначається на основі встановлення та підрахунку коефіцієнтів. Коефіцієнти, у свою чергу, визначаються за допомогою стандартизованих методик, які використовуються у процесі дослідження. Кожному коефіцієнту присвоюється низький, середній або високий рівень: психологічного дискомфорту, ступеня травматичності події та завданої моральної шкоди за оцінкою фахівця.

Коефіцієнт патернів психологічного дискомфорту (d) визначається на основі методики діагностики психопатологічної симптоматики. Визначення патернів психологічної травматичності події (pts) здійснюється шляхом застосування однойменної методики, що спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу. Також у формулі використовується коефіцієнт моральної шкоди, який встановлюється фахівцем за сукупними результатами проведених психодіагностичних процедур (Vakulenko & Frolov, 2017). Отже, монетизація моральної шкоди визначається за наступною формулою:

$$M = mzp \times d \times ((pts + ex)/2) \times t,$$

де M – розмір відшкодування моральної шкоди, завданої особі;

mzp - середнє арифметичне значення мінімальної заробітної плати за період з моменту події до часу висновку фахівця;

d - коефіцієнт патернів психологічного дискомфорту (за методикою SCL-90-R);

pts - коефіцієнт суб'єктивної оцінки події респондентом;

ex - коефіцієнт моральної шкоди відповідно до оцінки фахівців;

t - часовий коефіцієнт, який відображає ступінь хроніфікації психотравматичних наслідків.

Запропонована модель потребує детальної апробації, однак є перспективною, оскільки спирається на науково обґрунтовані психодіагностичні показники, що дає змогу забезпечити об'єктивність і прозорість оцінки моральної шкоди.

Список використаних джерел: 1. Bryant, R. A., Creamer, M., & Forbes, D. (2024). *War-related moral damage: Ukrainian and international practice*. Springer; 2. Vakulenko O. L., Frolov M. O. (2017). The Notion of "Moral Harm" as an Interdisciplinary Category: the Ways of Solving the Problem of Reimbursement. *Eur Acad Res J*, 12(18), 211–216; 3. Friedman, M. J. (2023). *Handbook of PTSD: Science and practice* (3rd ed.). Guilford Press; 4. Ivanova, O., & Petrov, D. (2023). The problem of defining moral damage caused to the employee. *Visnyk of Law and Human Rights*, 7(3), 12–20; 5. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inquiry*, 15(1).

ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ЯК АНАЛІТИЧНА ОДИНИЦЯ ТРАНСДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Трансдіагностичність, звісна річ, не передбачає повної відмови від *діагнозу*. Навіть у назві підходу прослідковується наступність щодо діагнозу, а не його заперечення: префіксоїд *транс-* (лат. *trans* – крізь, через) позначає прагнення охопити те, що лежить *поза межами* категоріальної таксономії, доповнюючи її, але не відкидаючи. Йдеться про розширення меж пізнання психічних розладів з метою врахування спільних механізмів та процесуальних закономірностей, що лежать в основі клінічних фенотипів, які традиційно розглядаються як окремі нозологічні одиниці.

Натомість цей підхід потребує зміни предмета дослідження для деталізації описуваного явища. Це можна порівняти із заміною об'єктива в мікроскопі: спостерігаючи той самий об'єкт, ми обираємо інший коефіцієнт збільшення, який дозволяє описати тоншу внутрішню організацію та структурні зв'язки. Водночас категоріальна таксономія, подібно до об'єктива з меншим коефіцієнтом збільшення, забезпечує оглядовий рівень – тобто уможлиблює ідентифікацію феномена, що розглядається. За такого підходу діагноз не втрачає своєї класифікаційної та клінічної ролі, проте зміщується фокус наукового пізнання: від порівняння окремих категорій – до аналізу процесів та механізмів, що підтримують і організовують симптоматику.

Коли засновком для розуміння психопатології слугує діагноз, центральне місце

в описі мають критерії, що надають йому форму. Інтенсивність симптомів у такому випадку здебільшого зводиться до градацій тяжкості, а поєднання окремих симптомів використовується передусім для диференціації між розладами, а не для опису внутрішньої організації випадку. Натомість вимірний підхід уможлиблює опис феномену не у вигляді дихотомії "*наявне/відсутнє*", а як континууму функціональних змін, що дозволяє фіксувати тонші відмінності й перехідні форми (Kotov et al., 2017). Тобто вимір надає змогу деталізувати *сутність* описуваних симптомів, часто розкриваючи ті, що не підпадають під одиничний діагностичний критерій чи навіть діагноз, а отже досягаючи мети підходу – опису *крізь* діагноз.

Проте постає закономірне питання щодо того, чи дійсно підміна діагнозу виміром є обґрунтованою. Вимірنا структура патопсихології, відкидаючи нео-крепелінівську логіку симптоморієнтованості, про яку пишуть Лінг'ярді та МакВільямс (2017), має запропонувати інший рівень опису, а не лише іншу форму класифікації. Іншими словами, цінність цього підходу визначається тим, чи здатний він розкрити той самий рівень організації порушення, який залишався недоступним у межах категоріальної таксономії.

Осібні виміри надають фрагментоване уявлення про досліджуваний феномен: між ними зберігається простір, подібний до простору між

категоріями у діагностичному підході. Власне, заповнення цього простору, тобто встановлення взаємозв'язків між вимірами, є необхідною умовою виходу на цілісний рівень опису порушення. Розв'язання цього завдання можливе через введення категорії *профілю*, який дозволяє розглядати виміри не як ізольовані, але як організовані патерни, що характеризують індивідуальну конфігурацію порушення.

Метод профілювання не має усталеного означення у галузі, що зумовлює характерні розбіжності трактувань та розмірностей того чим є *патопсихологічний профіль*. Первинною ціллю профілювання є формалізація клінічних явищ, що не відобржені у категоріальних рамках таксономій та становлять "*білі плями*" чинних класифікаторів. Накопичені у ході різнорідних профілювань докази частіше вказують на внутрішню дивергенцію порушень, а не лише диференціацію між класами. До прикладу, вирізнення комплексного та дисоціативного типів посттравматичного стресового розладу, з поміж яких один уже закріплено в класифікаторах, тоді як інший перебуває на етапі концептуального оформлення і, ймовірно, може не отримати статусу окремої нозології (Møller et al., 2021).

Разом з тим профілювання сприяло формуванню ширших структурних категорій, зокрема переходу до ієрархічних моделей психопатології (Forbes et al., 2024). У цьому напрямі профіль часто позначає латентні конфігурації факторів, серед яких найвищим є загальний *p-фактор*. Однак така форма профілювання здебільшого співвідноситься з визначником виміру, тож не потребує визрізнення профілю як самостійної аналітичної одиниці.

Сутність профілю як аналітичної одиниці полягає у структурно-функціональному описі психологічного функціонування. Він відображає загальний режим функціонування, що ґрунтується навколо *патопсихологічного ядра*, характеризуючи конфігурацію та динамічні взаємозв'язки між механізмами, симптомами, особистісними і реляційними характеристиками суб'єкта. Таким чином, психопатологічний профіль визначає не лише схему симптомів, але охоплює феноменологічні якості психічного порушення. Саме тому ця категорія найбільш розгорнута в психодинамічних системах опису патології (Lingiardi & McWilliams, 2017).

У контексті трансдіагностичного підходу профіль постає найбільш змістовною конструкцією, оскільки не вимагає відповідності фіксованим критеріям, а дозволяє охопити різні сфери функціонування, уможливлуючи опис коморбідних і мультиморбідних випадків не як простої суми розладів, а як цілісної внутрішньо організованої структури. Профілювання в цьому спрямуванні виконує досить виразну гуманістичну ціль: для фахівця постає важливим не лише симптом, але суб'єкт, що ним володіє оскільки ми описуємо його як цілісний випадок (*ibid.*). Тобто на противагу визначення належності особи до діагнозу *X*, ми намагаємося досягнути сутність того якої форми набуває діагноз *X* у досліджуваної особи.

Методологічно можемо це характеризувати як наявність критеріїв *X*, *Y*, *Z* із певного діагностичного переліку, що співвідносні до певних вимірів *X*, *Y*, *Z*. У випадку мультиморбідности деякі критерії, а отже і симптоми будуть суміжними для кількох розладів. Вимірне профілювання на противагу діагнозу передбачає належність подібних за

сутністю симптомів до одного виміру, а не групування їх за діагнозами, що надає необхідну

описову логіку для дослідження подібних випадків перетину (рис. 1).

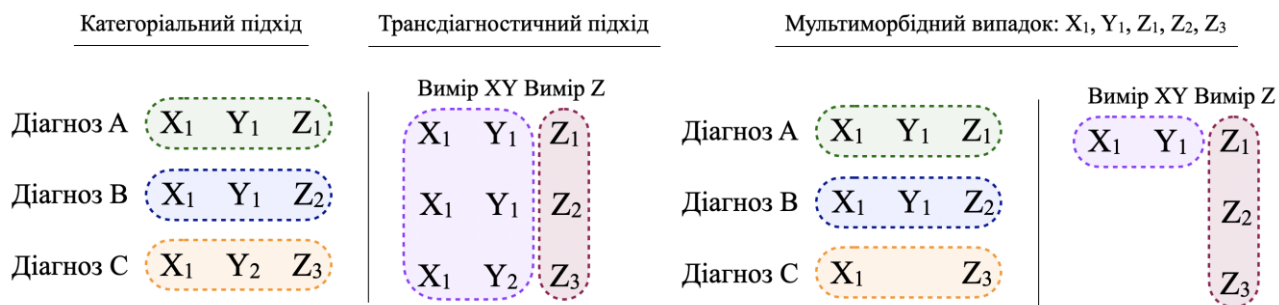


Рисунок 1. Концептуальна схема вимірного профілювання та категоріальної діагностики мультиморбідних станів

Список використаних джерел: 1. Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2nd ed.). The Guildford press; 2. Kotov, R., et al. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol*, 126(4), 454–477. 10.1037/abn0000258; 3. Møller, L., et al. (2021). Differences between ICD-11 PTSD and complex PTSD on DSM-5 section III personality traits. *Eur J Psychotraumatol*, 12(1), Article 1894805. 10.1080/20008198.2021.1894805.

УДК 159.973:159.923

Вакуленко Юлія Віталіївна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ФЕНОМЕН АУТИСТИЧНОГО МАСКІНГУ У ОСІБ З РАС

Одним із ключових механізмів соціальної адаптації осіб із розладами аутичного спектра (РАС) є аутистичне маскування – свідоме або неусвідомлене застосування стратегій, спрямованих на приховування або модифікацію аутистичних рис. Це явище допомагає людям із аутизмом пристосовуватися до соціальних ситуацій, формувати позитивне враження про себе та уникати стигматизації. Водночас маскування дедалі частіше розглядають як амбівалентний процес: хоча воно може полегшувати інтеграцію до соціуму, його наслідки для психічного здоров'я часто є негативними (Evans et al., 2024; Vakulenko, 2024).

Маскування трактується як форма управління враженнями, що включає свідомі або автоматизовані спроби відповідати соціальним нормам, приховуючи аутистичні особливості. До типових стратегій належать пригнічення стереотипних рухів, контроль міміки, уникнення розмов про вузькі інтереси, застосування заздалегідь підготовлених соціальних сценаріїв та імітація нейротипової поведінки. Ці стратегії зазвичай поділяють на дві групи: маскування (приховування аутистичних рис) і компенсацію (спроби подолати соціальні бар'єри, пов'язані з аутизмом) (Cook et al., 2024; Leaf et al., 2023; Vakulenko, 2024).

Одним із ускладнень, пов'язаних із маскуванням, є його вплив на діагностику РАС. Зокрема, жінки з аутизмом часто виявляють вищу здатність до маскування, що призводить до затримки або відсутності діагнозу (Bradley et al., 2021; Vakulenko, 2024). При цьому гендерні стереотипи можуть ускладнювати виявлення аутизму в чоловіків і небінарних осіб, поведінка яких не узгоджується з так званим "жіночим фенотипом" аутизму (Cook, Crane, Bourne, Hull, & Mandy, 2021; Vakulenko, 2024).

Для оцінювання рівня маскування було створено низку психометричних інструментів. Одним із найвідоміших є Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q), який визначає ступінь маскування за трьома компонентами: компенсація, приховування аутистичних рис та асиміляція (Cook et al., 2021; Vakulenko, 2024). Застосування таких опитувальників допомагає фахівцям оцінювати поведінкові прояви маскування та їхній вплив на психічне благополуччя людини (Leaf et al., 2023; Vakulenko, 2024).

Попри адаптивну роль, маскування часто пов'язане з відчуттям неавтентичності та внутрішнього роздвоєння між справжнім і соціально прийнятним "я". Такий досвід нерідко викликає емоційне виснаження, тривогу, депресію та ізоляцію. Сам процес маскування часто описується як "виконання ролі", що з

часом посилює психологічний тиск і сприяє розвитку порушень психічного здоров'я (Evans et al., 2024; Vakulenko, 2024).

Крім того, аутичні люди зазначають, що потреба в маскуванні знижує рівень емоційної близькості у стосунках. Натомість спілкування в прийнятному середовищі, де немає необхідності приховувати аутичні риси (наприклад, серед інших аутичних осіб), сприяє відчуттю автентичності, зменшенню стресу та підвищенню задоволення від взаємодії (Cook et al., 2024; Bradley et al., 2021; Vakulenko, 2024).

Гендерний вимір маскування залишається предметом активного наукового аналізу. Жінки частіше демонструють високий рівень маскувальної поведінки, що частково пояснює нижчу частоту діагностики РАС у цій групі. Водночас ототожнення маскування із "жіночим фенотипом" може призводити до викривлень у діагностиці небінарних осіб та чоловіків (Bradley et al., 2021; Vakulenko, 2024).

Дослідження також виявляють стійкий зв'язок між інтенсивністю маскування та психічним станом. Зокрема, високі показники маскування корелюють із підвищенням рівнів депресії, тривожності та емоційного виснаження. Відчуття нещирості та внутрішнього конфлікту може підірвати самооцінку та емоційну стабільність. Додатковим чинником, який ускладнює ситуацію, є проблема подвійної емпатії – взаємне нерозуміння між аутичними та неаутичними людьми, спричинене різницею в соціальних очікуваннях (Cook et al., 2021; Bradley et al., 2021; Vakulenko, 2024).

Соціальні втручання відіграють ключову роль у зменшенні тиску на маскування.

Традиційні програми соціальних навичок, орієнтовані на пристосування до нейротипових норм, можуть ненавмисно підсилювати потребу в маскуванні (Leaf et al., 2023; Vakulenko, 2024). Натомість підходи, що базуються на прийнятті нейрорізноманіття та взаєморозумінні між аутичними й неаутичними людьми, сприяють автентичності та покращенню психоемоційного стану осіб із РАС (Evans et al., 2024; Vakulenko, 2024).

Зменшення соціального тиску та підтримка автентичних форм спілкування є важливими передумовами емоційного благополуччя. Підвищення поінформованості суспільства про РАС, розвиток толерантності та підтримка позитивної аутистичної ідентичності здатні знизити рівень тривожності й депресії серед аутичних людей (Cook et al., 2024; Vakulenko, 2024).

Підсумовуючи, аутистичне маскування є складним феноменом, що поєднує адаптивні та деструктивні елементи. Воно допомагає особам із РАС зменшити соціальну стигматизацію, проте супроводжується значним емоційним навантаженням, яке може проявлятися у виснаженні, тривожності та депресії. Гендерні особливості маскування, труднощі діагностики та потреба у прийнятті нейрорізноманіття підкреслюють важливість комплексного підходу до розуміння цього явища. Розвиток інклюзивного суспільства, орієнтованого на прийняття аутичної ідентичності, може сприяти більш автентичному та психологічно безпечному соціальному досвіду людей із РАС (Vakulenko, 2024).

Список використаних джерел: 1. Vakulenko, Yu. V. (2024). Psychological characteristics of autistic masking in adults with autism spectrum disorder. *Habitus*, 68, 279–283. 10.32782/2663-5208.2024.68.46; 2. Evans, J. A., Krumrei-Mancuso, E. J., & Rouse, S. V. (2024). What You Are Hiding Could Be Hurting You: Autistic Masking in Relation to Mental Health, Interpersonal Trauma, Authenticity, and Self-Esteem. *Autism Adulthood*, 6(2), 229–240. 10.1089/aut.2022.0115; 3. Cook, J. M., Crane, L., & Mandy, W. (2024). Dropping the mask: It takes two. *Autism Int J Res Pract*, 28(4), 831–842. 10.1177/13623613231183059; 4. Cook, J., et al. (2021). Camouflaging in an everyday social context: An interpersonal recall study. *Autism Int J Res Pract*, 25(5), 1444–1456. 10.1177/1362361321992641; 5. Bradley, L., et al. (2021). Autistic Adults' Experiences of Camouflaging and Its Perceived Impact on Mental Health. *Autism Adulthood*, 3(4), 320–329. 10.1089/aut.2020.0071.

СЛУХОВА АГНОЗІЯ: ПРОБЛЕМА РОЗПІЗНАВАННЯ ЗВУКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Наша здатність орієнтуватися у світі за допомогою органів чуття є навичкою, сформованою завдяки тривалому процесу еволюції, що дозволяв багатьом видам виживати впродовж сотень і тисяч поколінь. У нашому житті ми звикли покладатися переважно на зір, це стосується як побутових задач, так і розпізнавання загроз, наприклад: знайти на кухні необхідний інвентар для приготування та адекватно впорядкувати інгредієнти страви; завчасно побачити наближення автомобіля; надзвичайно швидко відреагувати на м'яч, який летить у наш бік тощо. Впродовж історії вивчення відчуттів та сприймання, а також їх патологій, відмінні від зору органи чуття досліджувались значно менше. Прикладом такого менш вивченого чуття є слух – еволюційно важлива функція, без якої світ стає менш зрозумілим і, відповідно, більш небезпечним. Це стосується як його повної відсутності (глухота), так і часткового порушення повноцінного та адекватного сприйняття (агнозія; Slevc & Shell, 2015; Coebergh et al., 2025).

Функції слуху полягають у нашій здатності розпізнавати елементи навколишнього середовища ще до моменту їх візуальної ідентифікації. Такими прикладами розпізнавання виступає можливість: 1) розпізнавання загрози – завчасно почути наближення автомобіля або, що важливіше в

наших умовах, бути попередженим про небезпеку ракетного чи дронного ураження завдяки повітряній тривозі; 2) швидкого визначення присутності – кроки в коридорі, дзвінок у двері, наближення домашнього улюбленця; 3) орієнтації у просторі та локалізації джерела шуму – крики праворуч від нас, або вибухи попереду; 4) наявності додаткової інформації при взаємодії з іншими завдяки звуковим підказкам щодо фізіологічного або психоемоційного стану іншого – звуки поганого самопочуття або підвищення голосу при агресивній поведінці (Coebergh et al., 2025).

Це різноманіття аудіальної інформації зазвичай описують як звуки навколишнього середовища (environmental sounds) – за своєю суттю всі звуки, які не є вербальним повідомленням або загалом комунікативним сигналом як таким, музикою чи чистим тоном. Поки мовлення або музика мають свою виняткову часову структуру та мають чіткі рамки на передачу одиниці інформації (слово, речення або мелодія), звуки навколишнього середовища відрізняються один від одного за часом передачі одиниці інформації: від надзвичайно короткого повідомлення (крик чайки) до надзвичайно довгого (гроза). Окрім часового аспекту, звуки навколишнього середовища відрізняються за акустичними, концептуальними та перцептивними компонентами. Наприклад, звук розбиття чашки

об підлогу дозволяє нам розпізнати наступне: 1) час розбиття – від моменту удару об підлогу, до падіння останнього уламка; 2) розпізнати матеріали взаємодії – скло та дерев'яна підлога; 3) майже точно визначити найменування об'єкта – "ймовірно, це була моя улюблена чашка, яка впала на паркет"; 4) місце – "ймовірно, чашка розбилася на кухні, оскільки лише там у моїй квартирі є паркет"; 5) розрізнення (дискримінація) – ймовірно відрізнити звук падіння чашки від звуку падіння іншого об'єкта, навіть дуже схожого за своїми характеристиками, наприклад, келиха. У цьому випадку звук падіння чашки є однією аудіальною подією. Окремі аудіальні події можуть формувати собою один звуковий пейзаж, який надалі може оброблятися нами або як один аудіальний об'єкт, так і як сукупність подій – шум океану/хвилі сходять на пляж, звуки лісу/спів пташок та коливання гілок або гомін міста/звук сміттевоза та автомобільні сигнали. Проте всі ці ландшафти є динамічними системами, в яких кожен окремий аудіальний об'єкт може додатися до системи або бути вилученим з неї – до хвиль додався шум катера, з дерев відлетіли птахи, або сміттевоз почав завантажувати сміття (Dick et al., 2016).

Порушення системи розрізнення окремих аудіальних об'єктів, обробки аудіальних ландшафтів або загалом розпізнавання аудіального повідомлення окреслюють як слухову агнозію. Цей тип агнозії виникає внаслідок ураження мозкових ділянок обробки звуку при збереженні периферичної слухової системи. Залежно від критичності ураження, слухова агнозія може мати локально-специфічну форму (agnoзія на звуки навколишнього середовища, амузія, вербальна агнозія тощо),

неспецифічну форму у поєднанні з іншими розладами слуху та мовлення (афазії), або генералізовану форму (кортикальна глухота). Тобто пацієнти з кортикальним ураженням слухової системи зазвичай "чують" та усвідомлюють сам звук повідомлення, але нездатні його чітко ідентифікувати (Slevc & Shell, 2015; Miceli & Caccia, 2023).

Тож аудіальна агнозія доволі подібна до візуальної агнозії у формах свого виявлення з урахуванням зміненої модальності. Також вона подібна і за впливом на нашу життєдіяльність, оскільки всі органи чуття виконують подібні еволюційні функції. Проте така важлива функція організму та ураження вивчали значно менше не лише через умовне домінування зорового чуття, а й через наступні фактори: 1) вища складність функціонування слухової системи порівняно із зоровою, де слуховий стимул, незалежно від локалізації у просторі, обробляється двома півкулями одночасно, паралельно обробляючи безліч елементів звукового повідомлення; 2) рідкісне виникнення глобальних порушень слуху спричинених ураженням головного мозку, через можливість слухової системи компенсувати це ураження, як самостійно, так і завдяки іншим органам чуття – наприклад, при розпізнаванні поломки годинника не лише завдяки зміненому цокоту, а й завдяки неправильному положенню стрілок або словам іншої людини про те, що годинник зламаний; 3) розподіленість елементів слухової системи в мозку довго не дозволяла чітко визначити центри обробки конкретних елементів звукового повідомлення, наприклад, обробка темпу, ритму, емоційного навантаження та словесної ідентифікації об'єкта, що видає звук, знаходяться в різних частинах скроневої частки

та відрізняються за півкулями, однак обробляються послідовно та формують один образ сприймання об'єкта (Slevc & Shell, 2015).

Тривалий час точилась дискусія, чи є слух єдиною кортикальною системою або ж він складається з модулів обробки різних слухових характеристик. Сучасний погляд на цю проблему схиляється до точки зору модульної природи обробки звукового сигналу, доказом якої виступають дисоціації при ураженні кортикальної слухової системи: випадки, коли пацієнти страждають на один тип агнозії, проте не на інший, цілком схожий (Slevc & Shell, 2015; Miceli & Cassia, 2023). Наприклад, пацієнт з пошкодженням задньої верхньої та середньої скроневої звивини має труднощі з ідентифікацією звуків типового середовища (телефонний дзвінок), але може адекватно ідентифікувати мелодії (Slevc & Shell, 2015).

Для того щоб мати змогу розкрити проблему різноманітних видів аудіальних агнозій, необхідно зосередити увагу на одній з них. Агнозія на звуки навколишнього середовища є однією з найпоширеніших форм, основною причиною виникнення якої є хвороба Альцгеймера. У дослідженні Coebergh et al. (2025) проаналізували 34 особи із середнім ступенем тяжкості хвороби Альцгеймера, серед яких понад половина учасників демонструють таку форму агнозії. Водночас пацієнти зі слуховою агнозією значно частіше скаржаться на проблеми в особистому житті та неможливість адекватно взаємодіяти з середовищем. Цікаво, що при догляді за такими пацієнтами або їх проживанні у спеціальних закладах, кількість скарг стрімко зменшується. Це може бути індикатором того, що в стабільному середовищі, де чітка диференціація

звуків навколишнього середовища не впливає на частоту виникнення загроз для життя, ця форма агнозії може залишатися непоміченою. Але об'єктивна оцінка якості життя пацієнтів однаково знижується незалежно від групи. Тож у дослідженнях аудіальної агнозії завжди слід враховувати контекст взаємодії пацієнтів з середовищем.

Розуміючи важливість розпізнавання звуків навколишнього середовища для пацієнтів із різними формами нейродегенеративних захворювань, зокрема хвороби Альцгеймера, навіть у контрольованих умовах пансіонату чи стаціонару, необхідно створювати зони акустичного та емоційного комфорту. Особливо це стосується випадків коморбідного розвитку емоційних та поведінкових розладів: апатії, тривожного розладу, депресії, неконтрольованої поведінки з агресивними проявами. При розробці такого середовища звукові ландшафти стають одним із засобів доповнення медикаментозної терапії. Розробка таких ландшафтів потребує врахування наявних форм агнозії, зокрема агнозії на звуки навколишнього середовища. Talebzadeh et al. (2024) демонструють позитивний вплив модифікації звукового ландшафту в закладах догляду за особами з нейродегенеративними захворюваннями. Додавання соціально прийнятних приємних звуків зменшує поведінкові прояви при деменціях та покращує якість життя пацієнтів. Вранці звуковий ландшафт може бути енергійним та спонукати до підйому, під час їди – сприяти взаємодії пацієнтів, увечері – спокійним, а вночі – маскувати основну причину тривожності у вигляді побічних та неінформативних шумів. Під час упровадження терапії з використанням

звукових ландшафтів враховують неможливість аудіального повідомлення, тому додають лише ті пацієнтів розпізнавати окремі елементи звуки, щодо яких не виявлено агнозії.

Список використаних джерел: 1. Coebergh, J. A., et al. (2025). Auditory agnosia for environmental sounds in Alzheimer's disease: Effects on daily life. *IBRO Neurosci Rep*, 18, 142–147. 10.1016/j.ibneur.2025.01.006; 2. Dick, F., et al (2016). Environmental sounds. *Neurobiol Lang*, 1121–1138. 10.1016/b978-0-12-407794-2.00089-4; 3. Miceli, G., & Caccia, A. (2023). The Auditory Agnosias: a Short Review of Neurofunctional Evidence. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 23(11), 671–679. 10.1007/s11910-023-01302-1; 4. Slevc, L. R., & Shell, A. R. (2015). Auditory agnosia. *Handb Clin Neurol*, 129, 573–587. 10.1016/b978-0-444-62630-1.00032-9; 5. Talebzadeh, A., et al. (2024). Soundscape augmentation in dementia care design; Need for a guideline. *Stud Health Tech Inform*, 319, 154–164. 10.3233/shti240940

АЛЬТЕРНАТИВНА ТА ДОПОМІЖНА КОМУНІКАЦІЯ (АДК) У ПСИХОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ СПЕКТРУ АУТИЗМУ (РСА)

Термін розлади спектру аутизму (РСА, англ. – autism spectrum disorders, ASD) відноситься до групи станів, пов'язаних з розвитком нервової системи і характеризуються порушеннями в трьох сферах: соціальній взаємодії, комунікації (використанні вербальної та невербальної мови), а також обмеженими і повторюваними моделями в поведінці, інтересах і діяльності (Rey & Martin, 2018). Кожна людина з розладом спектру аутизму (РСА) унікальна, і термін "спектр" стосується широкої різноманітності сильних сторін і труднощів, що відображаються серед людей з цим розладом.

За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), 2023 року на обліку перебувало 20 936 дітей віком до 18 років з діагнозом "аутизм". Водночас, детальний статистичний звіт наразі не оприлюднений, що обмежує можливість глибшого аналізу тенденцій поширеності. У 2024 році було опубліковано масштабне систематичне дослідження та метааналіз, яке узагальнило дані 66 епідеміологічних досліджень, проведених у різних країнах світу серед дітей віком від 3 до 18 років (Isaac et al., 2025). Середня глобальна поширеність (превалентність) РСА серед дітей – 0,77% (приблизно 1 дитина на 130). Це значення базується на вибірці понад 13 мільйонів дітей з

різних континентів, що робить дослідження одним із найрепрезентативніших у світі. Хлопчики діагностуються з РСА приблизно у чотири рази частіше, ніж дівчатка (4:1). Країни Північної Америки та Західної Європи демонструють вищу поширеність (до 1,2%), тоді як Азія, Африка та Південна Америка мають нижчі показники (0,3–0,6%). Високий рівень соціально-економічного розвитку країни прямо корелює з вищими показниками виявлення РСА, що частково пояснюється кращим доступом до діагностики та підвищенням обізнаності серед фахівців.

Діти з розладом аутистичного спектру (РСА) демонструють стійкі дефіцити в соціальній комунікації, які проявляються вже на ранніх етапах розвитку та діагностики. Згідно з DSM-5⁷, ці дефіцити можуть включати затримку або відсутність розвитку мовлення, обмежений словниковий запас, проблеми з ініціюванням або підтриманням бесіди, труднощі у використанні мови для соціальної взаємодії та обміну інформацією з іншими людьми. Такі порушення можуть поєднуватися з труднощами у невербальній комунікації, наприклад у використанні жестів, міміки, зорового контакту, що разом обмежує здатність дитини ефективно взаємодіяти з оточенням. Тому важливим є

⁷ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) – Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів п'ятої редакції

розвиток як вербальної так і невербальної комунікації. Іноді, навіть після тривалого застосування стратегій розвитку активного спонтанного мовлення, у дітей з аутизмом не формується вербальна комунікація. Проте потреба висловлюватися й бути почутими залишається. У таких ситуаціях можливість виразити себе дитині може дати альтернативна та додаткова комунікація. Альтернативна та допоміжна комунікація (АДК, англ. Augmentative and Alternative Communication, ААС) є системою методів, технологій і засобів, які сприяють розвитку або заміщенню вербального мовлення, спрощує процес психотерапевтичних інтервенцій, допомагає виразити свої потреби.

Асистивна технологія АДК – це загальний термін для широкого спектру низько- та високотехнологічних артефактів, починаючи від ручки та паперу, дошок для малюнків, піктограм, системи PECS⁸ (низькотехнологічних, no-tech або low-tech систем) і закінчуючи пристроями для генерації мовлення; мобільними технологіями, такими як смартфони та планшети з програмами для підтримки мовлення (в англійськомому середовищі – це Proloquo2Go, TouchChat, LAMP Words for Life, Snap Core First тощо, в українському – TippyTalk); або технологіями відстеження очей та взаємодії поглядом (high-tech технологій). Основна мета АДК – забезпечити можливість комунікації, навіть якщо вербальна мова обмежена або відсутня.

Інтервенції допоміжної та альтернативної комунікації довели свою ефективність у

підтримці дітей із РСА у розвитку комунікаційних навичок, особливо в запиті бажаних предметів чи дій (Iacono et al., 2016). Дослідження показують, що використання АДК не лише не пригнічує розвиток вербальної мови, але й стимулює її розвиток, покращує соціальну взаємодію та зменшує рівень фрустрації у дітей (Drager Kathryn et al., 2010).

З психотерапевтичного погляду АДК виступає не лише як технічний інструмент, а як засіб створення емоційного зв'язку, взаємодії та підвищення автономії клієнта.

Поєднання принципів Applied Behaviour Analysis (АВА), що є одним з провідних методів поведінкової терапії для розвитку комунікаційних, соціальних та адаптивних навичок у дітей з РСА із використанням АДК може створити ефективну модель розвитку комунікаційних навичок, навчання функціональному спілкуванню, застосовуючи техніки:

* Моделювання (modeling) – демонстрація способів комунікації через АДК.

* Підкріплення (reinforcement) – використання АДК для вибору винагороди або позитивного зворотного зв'язку.

* Підказки (prompting) – поступове зниження допомоги під час використання АДК, щоб стимулювати самостійність.

* Генералізація (generalization) – перенесення навичок із терапевтичної ситуації у щоденне життя.

Такі підходи можуть не лише покращувати комунікативні здібності, а й знижують прояви

⁸ Picture Exchange Communication System (PECS) – система комунікації шляхом обміну зображеннями; низькотехнологічна система альтернативної комунікації,

що навчає ініціювати спілкування шляхом обміну картками-зображеннями для вираження потреб, бажань і намірів.

деструктивної поведінки, які часто виникають через фрустрацію від неможливості виразити власні потреби та бажання.

Список використаних джерел: 1. Укрінформ. (2025). в Україні на обліку - понад 20 тисяч дітей з аутизмом. *Укрінформ*. URL; 2. Issac, A., et al. (2025). The global prevalence of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health Res Perspect*, 16(1), 3–27. 10.24171/j.phrp.2024.0286; 3. Rey, J. M., & Martin, A. (2018, Eds.). *JM REYS IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. IACAPAP. URL; 4. Drager, K., Light, J., & McNaughton, D. (2010). Effects of AAC interventions on communication and language for young children with complex communication needs. *J Ped Rehab Med*, 3(2010), 303–310. 10.3233/PRM-2010-0141; 5. Iacono, T., Trembath, D., & Erickson, S. (2016). The role of augmentative and alternative communication for children with autism: current status and future trends. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 2349–2361. 10.2147/NDT.S95967.

ДИСОЦІАТИВНИЙ КОНТИНУУМ ЯК ТЕОРЕТИЧНА РАМКА ДЛЯ РОЗУМІННЯ ТРАВМА-ІНДУКОВАНИХ РОЗЛАДІВ

Повномасштабне вторгнення в Україну ставить перед клінічною психологією нагальну потребу вивчення травма-індукованих розладів, зокрема *дисоціації*. Історично, професійна увага до дисоціативних розладів зростала саме в періоди війн (Loewenstein, 2018). Ця тенденція знаходить своє емпіричне підтвердження в сучасному контексті. Українські ВПО зазнають подвійної травматизації: первинної, пов'язаної безпосередньо з подіями війни, де дисоціація виступає захисним механізмом, та вторинної, спричиненої стресом адаптації на новому місці. Емпіричні дані свідчать, що ПТСР в українців, які були змушені покинути дім, часто має саме комплексний характер, що ускладнюється високим рівнем дисоціативних симптомів (Дадика & Іванова, 2024). Проблема поглиблюється тим, що дисоціативні розлади (ДР) є серйозним викликом для громадського здоров'я, часто більш поширеним, ніж шизофренія чи біполярний розлад I типу. Проте пацієнти з ДР проводять в середньому від 5 до 12.4 років у системі охорони здоров'я перед тим, як отримати правильний діагноз. Така діагностична затримка є критичною, адже понад 70% пацієнтів з дисоціативним розладом ідентичності робили спроби суїциду; висока поширеність ДР на тлі загальної необізнаності фахівців створює небезпечну ситуацію, адже без своєчасної діагностики та спеціалізованого лікування дисоціація призводить до погіршення функціонування, хронічних хвороб та значного

зростання витрат на охорону здоров'я. Відтак, існує гостра потреба в концептуальній моделі, що допоможе клініцистам орієнтуватися у спектрі дисоціативних проявів. Метою даної роботи є теоретичний аналіз концепції дисоціативного континууму – від адаптивних реакцій до патологічних розладів.

Дослідження дисоціації та її зв'язку з травмою спирається на роботи багатьох вчених. Зокрема, різні аспекти проблеми висвітлені у дослідженнях таких зарубіжних авторів, як С. Боєр, Е. Карденья, С. Гушич, А. Краузе-Утц, Л. Лебуа, Е. Озтюрк та інших, а також у класичних працях П. Жане. Серед вітчизняних дослідників у даному напрямку працювали Я. Гук, О. Кобзар, Г. Пилягіна, Б. Плєскач, М. Швед, В. Уркаєв та інші.

Основою для розуміння дисоціації в контексті травми є посттравматична модель, яка розглядає дисоціацію як психобіологічний захисний механізм у відповідь на непереборний досвід. Ця ідея є наріжним каменем сучасної психотравматології як наукової дисципліни, що бере свій початок ще з робіт П'єра Жане про дезінтеграцію свідомості. Сучасні теоретики підкреслюють, що дисоціація є не просто симптомом, а центральним процесом в реакції на травму; ПТСР, відповідно, можна розглядати як один з підвидів дисоціативних розладів. Цей погляд концептуалізує наслідки травми через поняття "травматичної поворотної точки" (події, що руйнує сприйняття часу) та формування

"травматичного Я", тобто частини особистості, що функціонує через симптоми. Особливу роль у формуванні стійких дисоціативних станів відіграє травма прив'язаності – комплексна травма, що відбувається в контексті ранніх стосунків. На відміну від одноразової травматичної події, тривала взаємодія з опікуном, який є одночасно джерелом загрози і бажаного комфорту, створює для дитини нерозв'язний психобіологічний парадокс. Цей конфлікт між вродженими мотиваційними системами (пошук безпеки та уникнення загрози) унеможливорює інтеграцію досвіду та призводить до формування множинних, суперечливих та взаємно ізольованих моделей себе та світу (Fagina et al., 2019). Такий розвиток порушує нормальний нейробіологічний розвиток дитини, зокрема функціонування стовбура мозку, лімбічної системи та префронтальної кори, роблячи дисоціацію одним із ключових наслідків травми розвитку. Значущість цього фактору підтверджують роботи С. Гушич та колег, які виявили, що психологічна недоступність опікуна є сильнішим предиктором дисоціації у молодих біженців, ніж самі бойові дії. Цей психологічний розрив має і свої об'єктивні кореляти: як показали дослідження Л. Лебуа та колег, травматична дисоціація пов'язана зі специфічними змінами у функціональній зв'язності нейрокогнітивних мереж мозку.

Дисоціативні прояви існують у континуумі: від повсякденних, неусвідомлених дій до важких психічних розладів. На одному, умовно "здоровому" полюсі цього спектру знаходяться адаптивні стани, що дозволяють психіці оптимізувати ресурси – такі феномени, як мрії наяву, глибока концентрація на завданні

(абсорбція) або автоматичне виконання рутинних дій (наприклад, водіння автомобіля знайомим маршрутом). Проте, під впливом травми дисоціативні реакції можуть ставати більш вираженими та дезадаптивними, формуючи проміжні форми на континуумі. Яскравим прикладом є деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад (ДДР), феноменологія якого включає чотири основні домени: "емоційне заціпеніння", "відчуття тілесної розлагодженості", порушення суб'єктивності спогадів (сприйняття їх як чужих) та, власне, дереалізацію. При цьому пацієнти зберігають критичне ставлення до свого стану, усвідомлюючи суб'єктивність цих змін. Етіологічно цей розлад тісно пов'язаний з дитячою травмою, зокрема з емоційним насильством та нехтуванням. Дисоціація також виступає як складний трансдіагностичний феномен у розладах особистості. Найбільш виражено це проявляється при межовому розладі особистості (МРО), де до 80% пацієнтів повідомляють про транзиторні дисоціативні симптоми. Тут дисоціація тісно переплетена з емоційною дизрегуляцією, порушеннями ідентичності та може слугувати мотивом для самоушкоджуючої поведінки як способу "повернутися в тіло" і припинити нестерпний стан відчуження; схожі, хоч і менш вивчені, дисоціативні механізми можуть спостерігатися і при нарцисичному та шизоїдному розладах особистості.

На патологічному полюсі континууму знаходяться найважчі травма-індуковані розлади. До них належить комплексний ПТСР (К-ПТСР), що виникає внаслідок тривалої, повторюваної травматизації та, згідно МКХ-11, визначається наявністю симптомів ПТСР та

стійких порушень самоорганізації, де дисоціація є однією з ключових клінічних ознак. Крайнім проявом патологічної дисоціації є дисоціативний розлад ідентичності (ДРІ) – розлад розвитку, що є наслідком важкої, хронічної травматизації в ранньому дитинстві. Його етіологія пов'язана з найвищими показниками дитячого насильства серед усіх психічних розладів (до 100% пацієнтів повідомляють про поєднання фізичного та сексуального насильства). Згідно з сучасною моделлю розвитку, ДРІ виникає не через "розколювання" єдиної особистості, а через провал її інтеграції. Через ранню травму та порушення прив'язаності у дитини не формується єдине, цілісне відчуття себе, натомість розвиваються множинні, часто конфліктуючі уявлення про себе та світ. Клінічно ДРІ проявляється не так, як він зображується у мас-медіа: симптоми часто приховані, а перемикання між станами непомітні. Розлад характеризується наявністю дисоціативних частин (альтер-ідентичностей), які мають власне відчуття "Я", власну автобіографічну пам'ять та здатність контролювати поведінку, що призводить до дисоціативної амнезії (Loewenstein, 2018).

Сучасний український погляд на цю проблему пропонує подальшу концептуальну диференціацію процесів, що лежать в основі структурних змін особистості. Зокрема, автори розрізняють дисоціацію (відокремлення афективних процесів від свідомості для захисту від нестерпних переживань) та розщеплення (когнітивний процес поділу свідомості для

захисту Я-концепції). Згідно з цією моделлю, при формуванні ПТСР спочатку відбувається дисоціація травматичного досвіду. Подальші невдалі спроби його інтеграції призводять до формування негативної Я-концепції, яка відщеплюється для збереження загального позитивного самосприйняття. Внаслідок цього утворюється тріадна структура: нормативний Его-стан, відщеплений травматичний Его-стан (несе почуття сорому/провини) та дисоційований травматичний Селф-стан (із нестерпними первинними переживаннями)⁹. Такий підхід дозволяє більш детально моделювати внутрішні психічні процеси, що відбуваються після травми (Старков та ін., 2024).

Попри свою доказову базу, посттравматична модель не може вичерпно пояснити всі прояви дисоціації, що спонукає до розробки більш широких, транстеоретичних підходів. Вони дозволяють розглядати дисоціацію як багатофакторне явище, що виникає на перетині різних систем організму, таких як цикли сну-бадьорості, емоційна саморегуляція та метапізнання (Lynn et al., 2022). Такий погляд підтверджується даними, що дисоціація найтісніше пов'язана саме з кластером гіперзбудження ПТСР та проблемами зі сном, що було продемонстровано у мережевому аналізі Е. Карденя та колег.

Проведений аналіз сучасної наукової літератури показує, що дисоціація є багатогранним явищем, яке неможливо звести лише до симптому чи захисного механізму. Концепція дисоціативного континууму, що охоплює спектр від нормативних станів до

⁹ Его- та Селф-стан – це відносно автономна частина психіки з власним набором емоцій, переконань і поведінкових патернів. У дисоціативній теорії его-стани

можуть бути частинами, що втратили інтеграцію в єдине "Я"

важких психічних розладів, є продуктивною теоретичною рамкою для розуміння наслідків травматичного досвіду. В умовах повномасштабної війни в Україні, коли значна частина населення зазнає впливу екстремального стресу, диференційований підхід до діагностики дисоціативних проявів набуває виняткової клінічної ваги. Розуміння того, де саме на континуумі знаходиться пацієнт, дозволяє уникнути як патологізації нормальних адаптивних реакцій, так і недооцінки важких

структурних порушень, що вимагають спеціалізованої терапії. Це, у свою чергу, є основою для надання адекватної та своєчасної психологічної допомоги. Перспективними напрямками подальших досліджень є лонгітюдні дослідження динаміки дисоціативних симптомів у ветеранів, цивільних та ВПО, а також вивчення специфіки дисоціативних проявів у дітей та підлітків, які зазнали травматизації внаслідок війни.

Список використаних джерел: 1. Дадика, А., & Іванова, Є. (2024). Симптом травматичної дисоціації у вимушено переміщених жінок як наслідок посттравматичного стресового розладу. *Методи та техніки психологічної допомоги: теорія і практика*, 1(7), 6–14. 10.48020/mpj.2024.01.01; 2. Старков, Д. Ю., та ін. (2024). Дисоціація, розщеплення та компартменталізація в розладах, пов'язаних з психічною травмою. *Технології розвитку інтелекту*, 9(2(36)). 10.31108/3.2024.8.2.8; 3. Farina, B., Liotti, M., & Imperatori, C. (2019). The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension. *Front Psychol*, 10, Article 933. 10.3389/fpsyg.2019.00933; 4. Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues Clin Neurosci*, 20(3), 229–242. 10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein; 5. Lynn, S. J., et al. (2022). Dissociation and Dissociative Disorders Reconsidered: Beyond Sociocognitive and Trauma Models Toward a Transtheoretical Framework. *Ann Rev Clin Psychol*, 18, 259–289. 10.1146/annurev-clinpsy-081219-102424.

УДК [159.922.27:159.923.33]::159.944.4

Дарвішов Наріман Рафік огли

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

РЕЛЯЦІЙНІ РЕСУРСИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ: САМОСПІВЧУТТЯ І СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА

Вступ. Запропонована у середині 1990-х років теорія посттравматичного зростання (ПТЗ) набула широкого визнання серед дослідників позитивної психології та ментального здоров'я. Її привабливість полягає у тому, що вона пропонує оптимістичний сценарій розвитку особистості після пережитої психологічної травми, підкреслюючи можливість змістового, емоційного та духовного збагачення внаслідок кризи.

Особливо актуальним вивчення ПТЗ стає в умовах воєнного стану в Україні, де травматичний досвід та його наслідки для ментального здоров'я все ще мають масовий характер. Як показують останні дослідження (Slezackova et al., 2024), ефективність клінічних інтервенцій, спрямованих на подолання посттравматичних симптомів, визначається не лише психопатологічними чинниками, а й наявністю внутрішніх і зовнішніх ресурсів – надії, підтримки, смислових орієнтирів. Саме ці компоненти традиційно знаходяться в центрі гуманістичного підходу.

Метою нашого емпіричного дослідження було комплексне вивчення взаємозв'язків між показниками посттравматичного зростання, рівнем самоспівчуття та сприйнятої соціальної підтримки.

У дослідженні взяли участь 130 респондентів віком від 18 до 45 років ($M = 28$). Застосовано такі інструменти: *Багатомірна шкала сприйнятої соціальної підтримки* (MSPSS; Zimet et al., 1988) та коротка версія *Шкали самоспівчуття* (SCS-SF; Raes et al., 2011). Кореляційний аналіз проводився із використанням коефіцієнта Спірмена через невідповідність розподілу нормі. Для оцінки рівня посттравматичного зростання використано методуку *"Опитувальник посттравматичного зростання"* (PTGI; Tedeschi et al., 2017). Опитувальник містить 21 твердження та 5 підшкал, які відповідають 5 доменам ПТЗ: 1. Стосунки з іншими; 2. Нові можливості; 3. Особиста сила; 4. Духовні зміни; 5. Позитивне ставлення до життя.

Отримані результати подано окремо для двох груп змінних – соціальної підтримки та самоспівчуття, які розглядалися як потенційні ресурси посттравматичного зростання.

Посттравматичне зростання і соціальна підтримка. Стосунки з іншими. Виявлено слабкий, але значущий зв'язок із підтримкою значимого іншого ($r = .202, p < .05$). Соціальна підтримка певною мірою пов'язана з покращенням міжособистісних відносин, однак цей зв'язок гіпотетично передбачає сильний вплив проміжних змінних.

Нові можливості. Кореляції від $-.043$ до $.093$, незначущі. Цей домен не продемонстрував значущих асоціацій із соціальною підтримкою.

Особиста сила. Слабкий, але значущий зв'язок із підтримкою значимого іншого ($r = .211, p < .05$), що свідчить про часткову асоціацію між наявністю довірливого стосунку та відчуттям внутрішньої сили.

Духовні зміни. Найвиразніші зв'язки – із підтримкою значимого іншого ($r = .293, p < .001$) і загальним рівнем підтримки ($r = .201, p < .05$). Соціальний фактор тут має найбільшу вагу, причому як контакт з однією близькою людиною так і з групою.

Позитивне ставлення до життя. Слабкі, але стабільні зв'язки з підтримкою сім'ї ($r = .228, p < .01$) та загальним показником підтримки ($r = .213, p < .05$).

Тож, найсильніші асоціації спостерігаються між духовними змінами та підтримкою значимого іншого; інші домени демонструють слабкі кореляції. Соціальне середовище відіграє допоміжну, але не визначальну роль у ПТЗ.

ПТЗ і самоспівчуття. Кореляційний аналіз виявив значущі позитивні зв'язки між ПТЗ і рівнем самоспівчуття, виміряним за шкалою

SCS-SF, яка продемонструвала високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0.806; \omega = 0.812$).

Найвищий коефіцієнт – між особистою силою та спільністю людського досвіду ($r = .332, p < .001$).

Інші значущі зв'язки. Особиста сила – доброта до себе ($r = .255, p < .01$); позитивне ставлення до життя – доброта до себе ($r = .235, p < .01$); сумарний рівень ПТЗ – загальний показник самоспівчуття ($r = .249, p < .01$).

Отже, аспекти самоспівчуття, пов'язані з добротою до себе та спільністю людського досвіду, мають найбільш послідовні зв'язки з розвитком позитивних змін після травми.

Висновки. Отримані результати підтверджують важливу роль гуманістичних чинників – самоспівчуття та соціальної підтримки – у процесах посттравматичного зростання. Інтервенції, спрямовані на покращення стосунків із собою, розвиток емпатії й підтримувального міжособистісного простору, можуть виступати ефективним засобом фасилітації ПТЗ. Це підтверджує доцільність інтеграції принципів центрованої на особистості терапії у практику психологічної допомоги в умовах війни.

Список використаних джерел: 1. Raes, F. et al. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother*, 18(3), 250–255. 10.1002/cpp.702; 2. Slezackova, A. et al. (2024). The moderating effect of perceived hope in the relationship between anxiety and posttraumatic growth during the Russian-Ukrainian war. *Front Psychol*, 15, Article 1440021. 10.3389/fpsyg.2024.1440021; 3. Tedeschi, R. G. et al. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *J Trauma Stress*, 30(1), 11–18. 10.1002/jts.22155; 4. Zimet, G. D. et al. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*, 52(1), 30–41. 10.1207/s15327752jpa5201_2.

ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ НА ПРОЯВИ ПСИХОСОМАТОЗІВ ТА ШЛЯХИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Актуальність дослідження. В останні десятиліття на тлі інтенсивного темпу життя, соціальної нестабільності та зростання хронічного стресу у популяції спостерігається стійке зростання кількості психосоматичних розладів. Ці стани, які проявляються через різноманітні соматичні симптоми без адекватного органічного пояснення, вимагають міждисциплінарного підходу до діагностики та лікування. Психосоматичні розлади все частіше трапляються серед осіб працездатного віку, що робить їх значущими не лише у медичному, а й у соціально-економічному контексті.

Еволюція психосоматичного підходу – від класичних концепцій психологічної специфічності Франца Александера до сучасних інтегративних біопсихосоціальних моделей – підкреслює необхідність розглядати соматизацію як складний процес, опосередкований особистісними механізмами.

Ключову роль у формуванні соматичних симптомів відіграють індивідуально-типологічні особливості особистості. Сучасна психологія використовує П'ятифакторну модель (Big Five), яка надає надійний інструментарій для виявлення предикторів психосоматичної уразливості. Зокрема, фактор Нейротизму (Neuroticism) давно асоціюється з підвищеною тривожністю та емоційною нестабільністю, що є сприятливим підґрунтям для соматизації. Водночас, концепція алекситимії (нездатність розпізнавати, диференціювати та вербалізувати

власні емоційні переживання) виступає важливим чинником ризику, що перешкоджає психологічній переробці дистресу. Таким чином, вивчення поєднання особистісних рис та емоційної регуляції є актуальним завданням клінічної психології, оскільки дозволяє створити більш точну модель прогнозування психосоматичних реакцій.

Мета дослідження – виявити, проаналізувати та верифікувати взаємозв'язок індивідуально-типологічних особливостей особистості, рівня алекситимії та інтенсивності психосоматичних проявів, а також на основі отриманих даних визначити психологічні фактори, що підвищують або знижують схильність до соматизації.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані такі завдання :

1. *Теоретичний аналіз.* Провести системний огляд наукової літератури щодо виникнення психосоматичного підходу та розвитку психосоматичних теорій. Детально розглянути сучасні типологічні моделі особистості (модель Big Five, концепція алекситимії) та їхні кореляції у контексті соматизації.

2. *Методологічне обґрунтування.* Підібрати, обґрунтувати та застосувати комплексний діагностичний інструментарій, що дозволить кількісно оцінити ключові змінні дослідження (особистісні риси, алекситимія, соматичні скарги).

3. Емпіричний аналіз. Здійснити емпіричне дослідження взаємозв'язків між особистісними факторами, рівнем алекситимії та ступенем соматизації за допомогою методів математичної статистики (кореляційний аналіз).

4. Практична розробка. Сформулювати науково-обґрунтовані рекомендації для індивідуалізації психотерапевтичної корекції клієнтів з психосоматичними скаргами.

Методологія дослідження. Дослідження має кореляційно-порівняльний дизайн і спрямоване на встановлення зв'язків між психологічними змінними. Об'єкт дослідження – психосоматичні прояви як результат взаємодії особистісних, емоційно-регуляторних особливостей. Вибірка дослідження склала 20 осіб (10 чоловіків та 10 жінок) віком від 20 до 55 років, які зверталися до фахівців із соматичними скаргами, не поясненими виключно органічною патологією. Збір даних проводився індивідуально в анонімній формі протягом 2024–2025 навчального року. Використання методів математичної статистики забезпечило об'єктивність та надійність отриманих результатів. Для встановлення взаємозв'язків між особистісними особливостями (шкали 5PFQ) та клінічними показниками (PHQ-15 та TAS-20) було застосовано кореляційний аналіз за методом рангової кореляції Спірмена (Spearman's Rho). Обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 23, що дозволило перевірити гіпотезу щодо медіаційної ролі алекситимії у розвитку психосоматичної уразливості.

Дослідження проводилося у два етапи: збір анамнестичних даних та психодіагностичне тестування.

Для реалізації емпіричної частини було обрано комплекс стандартизованих методик:

1. П'ятифакторний опитувальник (5PFQ): для оцінки п'яти базових факторів особистості (Екстраверсія, Доброзичливість, Сумлінність, Нейротизм, Відкритість досвіду).

2. Торонтська шкала алекситимії (TAS-20): для діагностики рівня алекситимії, зокрема, труднощів у ідентифікації почуттів, труднощів в описі почуттів та зовнішньо орієнтованого мислення.

3. Опитувальник соматоформних розладів (PHQ-15): для кількісної оцінки інтенсивності та вираженості загальних соматичних скарг.

Дані оброблялися за допомогою методів математичної статистики, включаючи кореляційний аналіз (метод рангової кореляції Спірмена), для встановлення статистично значущих зв'язків між ключовими показниками.

Таблиця 1. Діагностичний інструментарій дослідження

Мета	Методика	Вимірюємо
Діагностика особистісних рис	П'ятифакторний опитувальник (5PFQ)	П'ять базових факторів особистості
Визначення схильності до соматизації	Опитувальник соматоформних розладів PHQ-15	Інтенсивність соматичних скарг
Оцінка здатності до диференціації та вираження емоцій	Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)	Рівень алекситимії

Основні результати та наукова новизна. У роботі успішно представлено та реалізовано інтегративний підхід до вивчення психосоматичних проявів, який поєднує особистісно-типологічні, емоційно-регуляторні та тілесно-поведінкові аспекти. Це є головною науковою новизною дослідження. За результатами кореляційного аналізу встановлено:

1. Високий прямий кореляційний зв'язок між фактором Нейротизму (N) (5PFQ) та загальною інтенсивністю соматичних скарг (PHQ-15). Це підтверджує, що емоційна нестабільність та висока тривожність є одними з найсильніших особистісних предикторів соматизації.

2. Критичний вплив алекситимії підтверджено: високий рівень алекситимії (особливо субшкала труднощів в ідентифікації почуттів) має статистично значущий прямий зв'язок із кількістю тілесних скарг. Учасники з вираженою алекситимією частіше "конвертують" емоційний дистрес у тілесні симптоми через неспроможність вербалізувати або усвідомити свої переживання.

3. На противагу цьому, такі риси, як Доброзичливість (A), Сумлінність (C) та Відкритість досвіду (O) мають слабкі або від'ємні (обернені) кореляційні зв'язки із соматичними скаргами. Ці риси, пов'язані з соціальною адаптацією та когнітивною гнучкістю, виступають протективними (захисними) факторами, які знижують схильність особистості до психосоматичних проявів.

Таким чином, уточнено психологічний зміст поняття "психосоматична уразливість" як констеляції високого нейротизму, емоційної нестабільності та критично низької здатності до розпізнавання, диференціації і вербалізації власних емоційних станів. На цій основі була

запропонована типологічна модель психосоматичної уразливості, що може застосовуватись у діагностиці та прогнозуванні психосоматичних реакцій.

Проведене дослідження дозволяє зробити кілька узагальнень. По-перше, індивідуально-типологічні особливості особистості мають суттєве значення для формування психосоматичних проявів. По-друге, алекситимія виступає ключовим фактором ризику соматизації. По-третє, результати підтверджують необхідність індивідуалізованого підходу у психотерапії.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування розробленого діагностичного комплексу (5PFQ + PHQ-15 + TAS-20) як ефективного скринінгового інструменту для раннього виявлення осіб з підвищеною психосоматичною уразливістю. Корекційні програми повинні бути спрямовані не лише на зниження загального рівня тривоги, але й на цілеспрямований розвиток емоційної усвідомленості (психоедукація, техніки вербалізації почуттів) та інтеграцію тілесного досвіду, з урахуванням особистісного профілю клієнта.

Висновки дослідження можуть бути використані у клінічній, консультативній та реабілітаційній практиці для підвищення ефективності психокорекційної роботи, що сприятиме більш швидкій та стійкій ремісії психосоматичних скарг.

Список використаних джерел: 1. Ісаков, Р. І. (2023). *Психосоматична патологія*. Медицина; 2. Хаустова, О., та ін. (2024). *Практична психосоматика: хронічний біль*. Медкнига; 3. Luminet, O., et al. (1999). Relation between alexithymia and the five-factor model of personality: a facet-level analysis. *J Pers Assess*, 73(3), 345–358. 10.1207/S15327752JPA7303_4.

КОЛЕКТИВНА ТРАВМА ТА СУСПІЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: ДОСВІД УКРАЇНСЬКИХ ГРОМАД У ПРИФРОНТОВІЙ ЗОНІ

Сучасне суспільство стикається з низкою взаємопов'язаних криз – пандемією COVID-19, кліматичними змінами, збройними конфліктами, дефіцитом ресурсів.

У таких умовах проблеми психічного здоров'я стають особливо значущими. В Україні, де війна триває вже багато років, ключовим викликом постає феномен колективної травми. Вона охоплює не лише індивідуальний досвід людини, але й змінює функціонування спільнот, соціальні зв'язки, культурну історію та ідентичність (Hirschberger, 2018).

Масштабні військові дії, загроза ракетних і авіаударів, вимушене переселення та втрати близьких формують ситуацію колективного страждання, що позначається на психічному здоров'ї населення (Silove et al., 2017). Такий масштабний стрес виходить за межі індивідуальних проблем і вимагає системних рішень у сфері громадського здоров'я (Charlson et al., 2019).

Колективна травма проявляється як спільне переживання загрози, втрати та горя, яке охоплює велику частину населення. Найпоширеніші симптоми включають порушення сну, кошмари, підвищену пильність, емоційне заціпеніння та відчуття постійної небезпеки. Вони відображають хронічну активацію системи стресу, що впливає як на психологічне, так і на фізичне благополуччя (Yehuda et al., 2016).

Емпіричне дослідження мешканців Краматорського району Донецької області дозволило оцінити психологічні наслідки війни для цивільного населення. У дослідженні брало участь 236 респондентів (19 чоловіків та 217 жінок) віком від 30 до 55 років. Переважна більшість учасників перебуває у шлюбі та має роботу, хоча частина респондентів є безробітними, що посилює соціальні ризики.

Значний відсоток учасників мають хронічні захворювання, які підвищують вразливість у кризових умовах.

Водночас більшість респондентів не зверталися за професійною психологічною допомогою, що свідчить про недостатню інтеграцію послуг з охорони психічного здоров'я у систему державних служб.

Понад 40% учасників повідомили про різні ступені тривожності чи депресії. У молодших вікових групах (30-45 років) рівень тривожності був вищим, тоді як рівень депресії залишався подібним у всіх вікових категоріях. Варто підкреслити, що більше двох третин респондентів мали субклінічні або клінічно значущі симптоми депресії.

Попри це, у частини респондентів простежувалися ознаки посттравматичного зростання: зміцнення міжособистісних стосунків, нове відчуття сенсу життя, духовний розвиток та відчуття особистої сили. Це підкреслює неоднорідність психологічних наслідків колективної травми: поряд із високим

ризиком розвитку психічних розладів існує й потенціал для змін та відновлення (Панкова, 2025).

Отримані результати мають прикладне значення для формування стратегії системи громадського психічного здоров'я. Вони вказують на потребу у скринінгових інструментах для швидкого виявлення осіб, які перебувають у стані дистресу, та у створенні доступних програм психосоціальної підтримки на рівні громад.

Важливим напрямком є формування мультидисциплінарних команд – психологів,

психіатрів, соціальних працівників, педагогів, медиків, для надання комплексної допомоги. Крім того, необхідні довгострокові дослідження для оцінки віддалених наслідків війни та їхнього впливу на якість життя різних соціальних груп.

Таким чином, колективна травма в умовах війни в Україні є ключовим чинником, що визначає стан психічного здоров'я населення. Її масштаб вимагає системної відповіді – від інтеграції послуг з охорони психічного здоров'я у державні структури до розробки програм профілактики, реабілітації та підтримки ресурсів для посттравматичного зростання.

Список використаних джерел: 1. Charlson, F., et al. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. 10.1016/S0140-6736(19)30934-1; 2. Hirschberger, G. (2018). Collective trauma and the social construction of meaning. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1441. 10.3389/fpsyg.2018.01441; 3. Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. 10.1002/wps.20438; 4. Yehuda, R., Halligan, S. L., & Grossman, R. (2016). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Develop Psychopathol*, 13(3), 733–753. 10.1017/S0954579401003170; 5. Панкова, Г. Ш. (2025). Психологічні стратегії подолання травми у контексті адаптації до наслідків війни серед осіб середнього віку: результати теоретичного та емпіричного дослідження. *Наука і освіта*, 1, 23–29. 10.24195/2414-4665-2025-1-3.

ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ САМОСТАВЛЕННЯ В УМОВАХ КРИЗИ

Самоствалення є важливим показником психологічної стійкості особистості, що визначає здатність до адаптації та самопідтримки в умовах кризи. В умовах воєнної нестабільності студентська молодь стикається з додатковими стресорами: вимушеним переселенням, втратою близьких, необхідністю поєднувати навчання з роботою. Це створює ризики деформації самоствалення та підвищує потребу у психологічному консультуванні.

Для вивчення особливостей самоствалення використано комплекс психодіагностичних інструментів. Застосовано опитувальник САМОАЛ (адаптація POI), що дає можливість оцінити рівень самоактуалізації, зокрема автономність, самоприйняття, гнучкість у спілкуванні, самовпевненість і самокерівництво. Важливо зазначити, що ця методика є адаптацією американського опитувальника "Personal Orientation Inventory" (POI) Е. Шострома. Додатково використано тест-опитувальник самоствалення (С. Р. Пантелєєв, В. В. Столін), який вимірює параметри самоприйняття, самозвинувачення, самоповаги та інші емоційно-сміслові аспекти ставлення до себе. Використання цієї методики, що належить до радянської психологічної школи, є вимушеним та усвідомленим обмеженням дослідження, оскільки на сьогодні відсутні валідизовані україномовні аналоги, які б дозволили настільки ж комплексно виміряти структурні компоненти самоствалення. Також

було проведено коротке авторське анкетування щодо факту звернення чи незвернення по психологічну допомогу в коледжі.

Для з'ясування особливостей самоствалення студентської молоді, яка переживає кризові умови, було проведено порівняльний аналіз між двома групами респондентів, сформованими за критерієм звернення/незвернення по психологічну допомогу до фахівців коледжу (по 20 осіб у кожній групі). Отримані результати, представлені на **Рис. 1**.

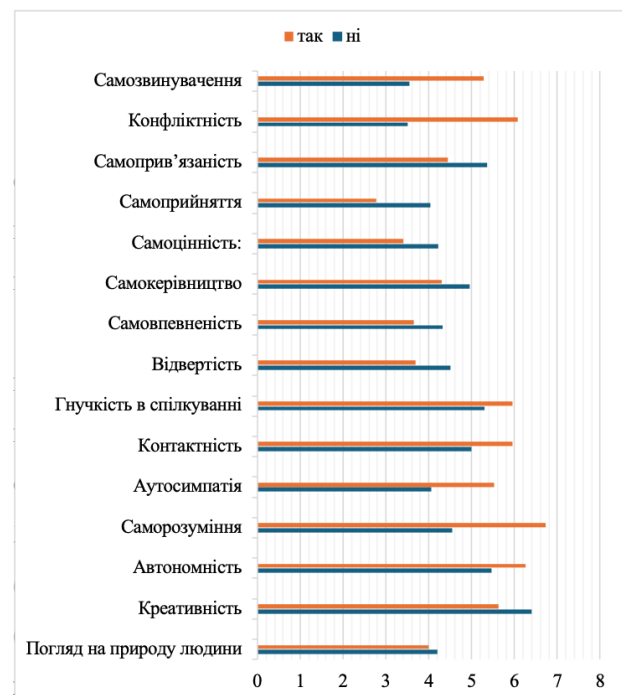


Рис. 1. Результати порівняльного аналізу самоствалення студентів залежно від звернення по психологічну допомогу в коледжі

дезадаптивних проявів: конфліктність ($M=3,50$ проти $6,07$) та самозвинувачення ($M=3,55$ проти $5,28$). Ці результати свідчать про загалом більш

сприятливий, збалансований та захищений профіль самоставлення у студентів, які не відчувають потреби у фаховій підтримці.

На противагу цьому, студенти, які звертаються по допомогу, хоча й демонструють певні труднощі у сфері емоційно-оцінних компонентів самоставлення (низьке самоприйняття, високе самозвинувачення та конфліктність), мають виразно розвинені ресурси для психологічної роботи та комунікації. Зокрема, у них значно вищий рівень саморозуміння ($M=6,72$ проти $4,55$ у групі, що не звертається), аутосимпатії ($M=5,52$ проти $4,07$), а також високі показники контактності ($M=5,94$ проти $5,00$) і гнучкості у спілкуванні ($M=5,94$ проти $5,30$). Ці дані вказують на те, що звернення по допомогу є маркером не лише певного внутрішнього дискомфорту чи кризового стану, а й водночас ознакою більшої відкритості до рефлексії, готовності до саморозвитку і достатньо розвиненої комунікативної компетентності. Це підтверджує доцільність і ефективність психологічного консультування як важливого ресурсу для студентів, які стикаються з кризовими викликами, адже вони вже мають внутрішній потенціал (саморозуміння, контактність) для успішної взаємодії з фахівцем та опрацювання своїх труднощів.

Таким чином, результати порівняльного аналізу переконливо доводять, що звернення студентів по психологічну допомогу є не стільки проявом тотальної дезадаптації, скільки

індикатором внутрішнього конфлікту і наявності потужного особистісного ресурсу.

З одного боку, студенти, які звертаються, переживають виразні труднощі у сфері самоставлення, про що свідчить низьке самоприйняття, високий рівень самозвинувачення та конфліктності. Ці показники чітко корелюють із кризовими станами та потребою в інтервенції. З іншого боку, саме ці студенти демонструють значно вищий рівень саморозуміння, аутосимпатії та комунікативної гнучкості. Це означає, що, незважаючи на більший емоційний дискомфорт, вони володіють високою рефлексивністю та відкритістю до зовнішньої взаємодії. Це ключова знахідка: більша рефлексивність (саморозуміння) сприяє усвідомленню необхідності допомоги.

З практичної точки зору, це підтверджує, що психологічне консультування для цієї групи студентів є не просто підтримкою, а ефективною точкою росту, оскільки їхні комунікативні та самопізнавальні ресурси вже розвинені і можуть бути використані фахівцем для швидшої та глибшої корекції дисгармонії самоставлення. На відміну від групи, що не звертається (яка має стабільне, але менш рефлексивне самоставлення), консультування для студентів, які звернулися, перетворюється на каталізатор переходу від внутрішнього конфлікту до зрілої самоактуалізації.

Список використаних джерел: 1. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company; 2. Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press; 3. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin; 4. Конончук, А. Ю. (2017). Самоставлення як фактор професійного самовизначення майбутніх фахівців. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*, 55(2), 84–97; 5. Тищенко, В. В. (2011). *Психологія юнацького віку: Навчальний посібник*. ВЦ "Академія"

МОДУЛЯЦІЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТИПОМ ОСОБИСТОСТІ

Сучасний контекст соціальної кризи та воєнного стану в Україні актуалізує потребу у вивченні психічного здоров'я як чинника стійкості особистості. Це підтверджується даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з якими близько 9,6 мільйона українців потребують психологічної підтримки у зв'язку із проблемами психічного здоров'я (Слово і Діло, 2024). Особливої значимості набуває дослідження модуляції психічного здоров'я типологічними особливостями особистості, оскільки саме вони визначають індивідуальні способи реагування на стрес, адаптаційний потенціал і здатність до відновлення психічних ресурсів.

Відповідно до біопсихосоціальної моделі, "...здоров'я це стан повного фізичного, психологічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби", а "психічне здоров'я — це стан благополуччя, за якого особистість може реалізувати свій потенціал, справлятися з життєвими стресами, продуктивно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти" (Кабінет Міністрів України, 2017). Згідно з концепцією ВООЗ, до критеріїв психічного здоров'я належать: усвідомлення ідентичності свого "Я", постійність переживань у однотипних ситуаціях, критичне ставлення до себе та своєї діяльності, адекватність психічних реакцій, здатність керувати своєю поведінкою відповідно до соціальних норм, планування життєдіяльності та гнучкість поведінки при зміні

обставин (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023).

В межах нашої роботи, для комплексної оцінки психічного благополуччя було застосовано шкалу психологічного благополуччя К. Ріфф, яка включає такі складові: позитивні відносини, автономію, управління середовищем, особистісне зростання, цілі в житті та самосприйняття. Ці критерії дозволили оцінити суб'єктивний стан психічного здоров'я, враховуючи різноманітні аспекти психологічного функціонування особистості.

Для дослідження модулюючої ролі типології особистості було застосовано комплекс психодіагностичних методик. Першочергово, методика визначення темпераменту Б. Й. Цуканова та опитувальник психологічних властивостей темпераменту Д. Райгородського дозволили оцінити конституційні властивості нервової системи, такі як екстраверсія-інтроверсія, ригідність-пластичність, збудливість-врівноваженість, темп реакції та активність.

Для вимірювання актуального стресового стану використовувався опитувальник сприйнятого стресу Ш. Коена (PSS-10), що дозволив кількісно оцінити рівень психоемоційного напруження, пов'язаного з відчуттям труднощів у вирішенні життєвих проблем і відчуттям втрати контролю над обставинами, емоціями та реакціями.

Типологічні особливості, зокрема властивості темпераменту, розглядаються як

ключові модулятори психічного здоров'я через їхній детермінуючий вплив на формування індивідуального профілю копінг-стратегій. Відповідно до біопсихосоціальної моделі, темперамент як біологічно обумовлена характеристика визначає базові психофізіологічні реакції, що безпосередньо впливають на адаптаційний потенціал особистості (Корольчук, 2002). У дослідженні ресурсоорієнтована модель стресодолаання BASIC Ph забезпечила аналіз стратегій подолання стресу, що виступають ключовою ланкою між типологічними особливостями та психічним здоров'ям. Одночасно опитувальник акцентуацій характеру К. Леонгарда (модифікація С. Шмішека) дав змогу ідентифікувати виражені риси, які можуть розглядатися як потенційні наслідки тривалої неефективної взаємодії між вродженими особливостями темпераменту та сформованими копінг-стратегіями.

У рамках нашого дослідження, що охопило вибірку з 50 дорослих осіб віком від 21 до 60 років, проводився аналіз зв'язків між конкретними психологічними характеристиками темпераменту та індивідуальним профілем копінг-стратегій.

Застосований методичний комплекс забезпечив можливість комплексної оцінки як типологічних характеристик, так і показників психічного здоров'я. Таке спрямування аналізу дозволило перейти від загальнотеоретичного розуміння впливу темпераменту до емпіричного дослідження конкретних механізмів, через які типологічні риси опосередковують стан психічного здоров'я, формуючи індивідуальний профіль способів подолання стресу, а також виявити потенційні наслідки їх тривалої

неефективності у вигляді виражених акцентуацій характеру.

Отже, отримані в результаті емпіричного дослідження дані, підтверджують чіткі взаємозв'язки між властивостями темпераменту та структурою копінг-поведінки.

Екстравертований тип з високою активністю орієнтується на активні стратегії, зокрема використання соціальної підтримки та тілесних ресурсів. Інтровертований тип з високою емоційною чутливістю схильний до пасивних стратегій, концентрації на переживаннях і дефіциті інших ресурсів.

Ключовим фактором ефективності виявилась збалансованість копінг-профілю. Респонденти із рівноважним типом темпераменту демонструють високі показники за кількома шкалами стратегій, що корелює з високим рівнем благополуччя та його складових – автономії і управління середовищем.

Дефіцит копінг-стратегій або їх дисбаланс (переважання окремих стратегій на тлі недостатнього розвитку інших) статистично пов'язаний з підвищеним рівнем стресу, переживанням відсутності контролю над обставинами, емоціями та реакціями та неможливістю впоратися із проблемами. Ця кореляція особливо виражена у осіб з меланхолічним типом темпераменту, з високою ригідністю та емоційною збудливістю.

Довгострокові наслідки неефективного стресодолаання проявляються у формуванні виражених акцентуацій характеру. Виявлено статистичні зв'язки між неефективним емоційним копінгом та формуванням емотивності, відчуттям втрати контролю над обставинами, емоціями і реакціями та розвитком дистимності і тривожності, компенсаторними

механізмами та появою демонстративності і гіпертимності.

Проведене дослідження підтвердило, що модуляція психічного здоров'я типом особистості здійснюється через формування індивідуальної системи стресодолання. Екстраверсія/інтроверсія, рівень активності та емоційна збудливість обумовлюють переважний вектор копінг-поведінки. Проте саме збалансованість структури копінг-стратегій є ключовим чинником психологічного благополуччя. Дефіцит ресурсів та дисбаланс допінг-профілю є основними шляхами

трансформації типологічних особливостей у фактори ризику для психічного здоров'я, що проявляється у підвищенні рівня стресу та формуванні виражених акцентуацій.

Одержані результати цілком узгоджуються з біопсихосоціальною моделлю, яка підкреслює взаємозв'язок біологічних, психологічних і соціальних чинників у формуванні психічного здоров'я, і можуть бути використані для розробки персоналізованих програм психопрофілактики, спрямованих на підтримку психічного здоров'я в умовах тривалого стресу.

Список використаних джерел: 1. Слово і Діло. (2024, 12 вересня). *ВООЗ підраховали, скільки українців мають ризик психічних розладів*. Слово і Діло. URL; 2. Кабінет Міністрів України. (2017, 27 грудня). *Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року* (Постанова № 1018) [Постанова]. URL; 3. Корольчук, М. С. (2002). *Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я*. Інкос; 4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2023). *Що важливо знати про психічне здоров'я*.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ І ВИМУШЕНОЇ МІГРАЦІЇ

Війна в Україні останніх років спровокувало появу багатьох стресових факторів, які мають потужний вплив на самопочуття та психологічне здоров'я українців, як тих, хто залишився в Україні, так і тих, хто був вимушений виїхати за кордон в пошуках безпечного притулку. На жаль, проживання в Україні під час війни та пошук безпечного притулку й переселення мають потужний вплив не лише на якість життя людей, але й на їх психологічне здоров'я. Метою нашого дослідження є аналіз стану психологічного здоров'я та благополуччя (well-being) українців під час війни та вимушеної міграції, визначення рівня найпоширеніших проблем психічного здоров'я – депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу (ПТСР), рівня їх життєвого благополуччя, а також їх ресурсів для подолання наслідків стресових впливів.

Дизайн/Метод: Для цілей нашого дослідження ми розробили концептуальну модель психічного здоров'я та благополуччя, яка стала основою для розробки онлайн-анкети з використанням онлайн платформи LimeSurvey, що складається з серії стандартизованих анкет та кількох блоків загальних запитань відкритого типу: анкета контрольного списку симптомів ПТСР (PSL-5) – для фіксації симптомів посттравматичного стресового розладу; анкета контрольного списку життєвих подій (LEC-5) (Weathers, F. W., 2013) для визначення списку

життєвих подій, які могли бути тригерами у стресових ситуаціях; анкета постміграційного стресу (RPSM) (Malm A., 2020), що дозволила виявити постміграційні стресові фактори та непередбачувані наслідки їх впливу. Використовується короткий контрольний список симптомів Дерогатіса (BSI-18) для оцінки рівня прояву симптомів тривоги, депресії та соматизації респондентів (Sereda, Y., Dembitskiy, S., 2016), і також онлайн-анкета включала кілька блоків відкритих загальних запитань щодо поведінкових звичок та сприйнятих ресурсів підтримки (внутрішніх та зовнішніх). Статистичну обробку отриманих даних було проведено за допомогою комп'ютерного програмного забезпечення SPSS for 21.0.

У нашому опитуванні взяли участь 360 учасників, близько 30% з них – молодь. Ми розділили нашу вибірку на дві великі групи за віком: 1 "вік < 26"; 2 "вік > 25", а також на три групи за місцем проживання: 1 "проживає в іншій країні"; 2 "проживає в Україні, переїхав"; 3 "проживає в Україні, не переїжджав".

Дизайн дослідження та процедура цього онлайн-опитування були розроблені міжнародною україно-швейцарською командою вчених відповідно до вимог Гельсінської декларації та схвалені Етичним комітетом кафедри психології Фрібурзького університету.

Результати: Серед людей, які постраждали від збройних конфліктів, та мігрантів найпоширеніші психічні розлади, такі як

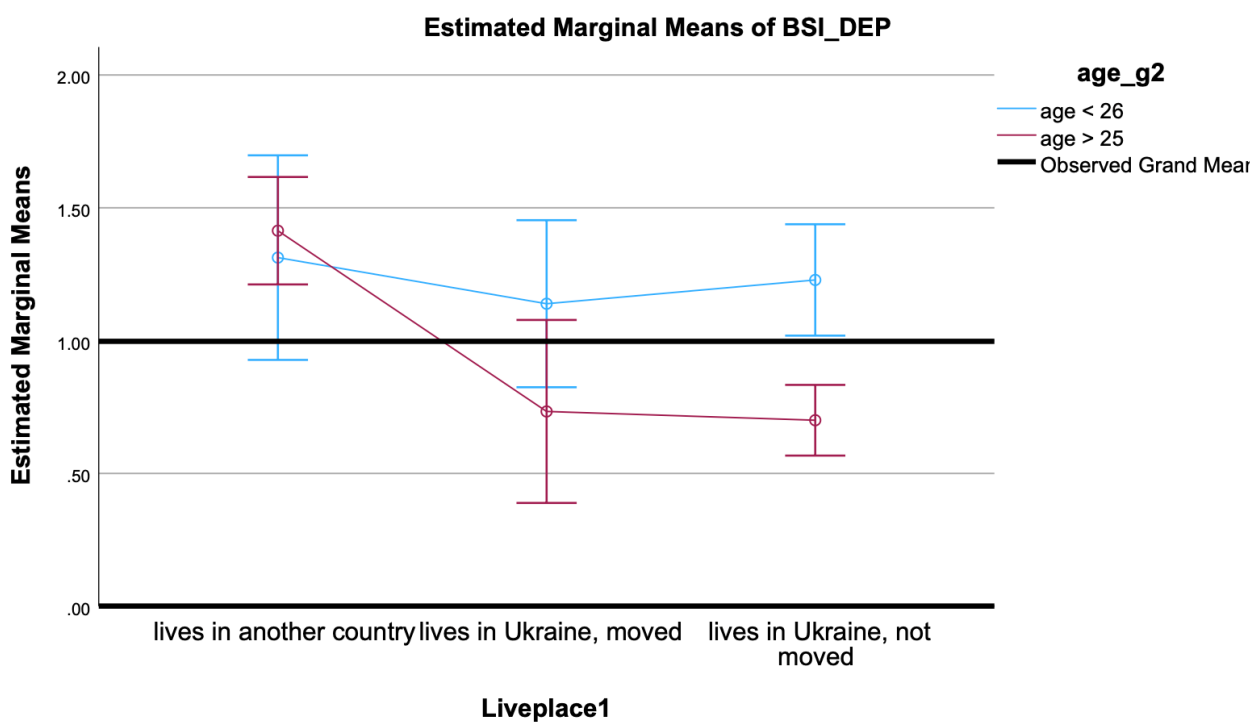


Рис. 1. Граничні середні значення за шкалою депресії (BSI)

депресія, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад, становлять значну частку серйозних захворювань у всьому світі (Blackmore R., et al., 2020; Charlson et al., 2016; Spitsyna L., 2024). Результати, отримані в нашому дослідженні, підтверджують цю тенденцію також серед українців, які зараз переживають труднощі воєнного часу. А саме, отримані результати свідчать про те, що українці, як ті, хто мігрував за кордон, так і ті, хто залишився в Україні, страждають від низки стресових факторів, і тому не дивно, що вони мають вищі показники симптомів психічних розладів, включаючи депресію, тривожні розлади та посттравматичний стресовий розлад, причому вони найвищі серед молоді до 26 років.

Поширеність депресивних/ та тривожних симптомів серед вимушених мігрантів зазвичай вища, порівняно навіть з групами найбільшого ризику з місцевого населення. На психічний стан вимушених мігрантів також впливають обставини, що передували їхній міграції

(передміграційні фактори), чи залишилися в Україні деякі з їхніх родичів, чи постраждав хтось із членів сім'ї: чи всі члени сім'ї живі, чи опинилися вони в зоні прямих військових дій або окупації, чи було збережено їхнє майно та житло, чи було збережено їхнє місце роботи та навчання тощо.

Загалом, згідно з отриманими результатами, дані більшості досліджених українців не відповідали критеріям посттравматичного стресового розладу (ПТСР), але близько 30% демонструють значно підвищені симптоми ПТСР, за нашими оцінками. Більше того, молоді дорослі українці демонструють значно нижчий рівень симптомів ПТСР, ніж старші українці.

Це саме та ситуація, коли профілактичні та підтримуючі заходи в громадах можуть мати хороший ефект у зменшенні впливу численних стресових факторів на молодих українців.

Також важливо, що, враховуючи контекст надзвичайної втрати та виснаження ресурсів українців, ми цілеспрямовано проаналізували

систему усвідомлених ресурсів, доступних українцям на даний момент. Цьому аспекту було присвячено окремий блок нашої онлайн-анкети з LimeSurvey. Цікаві результати отримано щодо пріоритетів наших респондентів: перевагу було надано чотирьом ресурсам з десяти, а саме: найперше, це - опори на свої цінності та переконання та ресурс соціальної підтримки – від членів сім'ї, друзів та інших. Друге місце розділили ресурс спілкування та стосунків з іншими та ресурс професійної діяльності (робота).

Наше дослідження підтвердило, що українці, як ті, хто мігрував за кордон, так і ті, хто залишився в Україні, страждають від низки

стресових факторів, і тому не дивно, що у них вищі показники симптомів депресії, тривожних розладів та посттравматичного стресового розладу. Ці показники найвищі у молодих українців, які мігрували, за шкалами депресії та тривожності. Також враховуючи контекст надзвичайної втрати та виснаження ресурсів українців, було цілеспрямовано проаналізовано систему сприйнятих ресурсів, доступних українцям на даний момент. У зв'язку з цим ми вважаємо особливо цікавим та перспективним подальше вивчення взаємозв'язку між до- й постміграційними факторами та індивідуальними ресурсами подолання стресових впливів.

Список використаних джерел: 1. Blackmore, R., et al.(2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>; 2. Charlson F, et al. (2019) New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 394:240–8. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1; 3. Spitsyna L. (2024).The problematic field of psychological research on mental health and psychosocial support of forced migrants. *Ukrainian Psychological Journal*, 2(22). [https://doi.org/10.17721/upj.2024.2\(22\).8](https://doi.org/10.17721/upj.2024.2(22).8); 4. Sereda, Y., Dembitskyi, S. (2016). BMC Psychiatry (2016). Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry*, 16:300 DOI 10.1186/s12888-016-1014-3.

ЗВ'ЯЗОК МIЖ ТРИВОЖНIСТIЮ, ДЕПРЕСIЄЮ ТА ЯКIСТIЮ СНУ У ЛЮДЕЙ З IНСОМНIЄЮ

Iнсомнiя, або хронiчне безсоння, є одним з найпоширенiших психофiзiологiчних i психологiчних розладiв сучасностi. За даними Всесвiтньої органiзацiї охорони здоров'я, вiд порушень сну страждає близько третини дорослого населення свiту, причому в 10–15 % випадкiв iнсомнiя набуває хронiчної форми. Цей розлад має тiсний зв'язок з психоемоцiйним станом людини, зокрема рiвнем тривожностi та депресiї, що значною мiрою впливає на якiсть життя та психологiчне благополуччя [1].

У сучасних психологiчних i медичних дослiдженнях доведено, що iнсомнiя рiдко виникає як iзольоване явище. Вона найчастiше є наслiдком взаємодiї багатьох чинникiв: стресових подiй, порушеної емоцiйної регуляцiї, iндивiдуальної схильностi до тривоги, а також депресивних тенденцiй [2]. У клiнiчній практицi вiдзначається, що 60–80 % людей з хронiчною iнсомнiєю мають супутнi психоемоцiйнi розлади, серед яких провiдними є саме тривожнiсть та депресiя [3].

Тривожнiсть виступає як пусковий та пiдтримуючий чинник iнсомнiї. Високий рiвень особистiсної та ситуацiйної тривожностi призводить до когнiтивної гiперактивацiї — стану, коли перед сном людина перебуває в потоцi нав'язливих думок i переживань. Це утруднює засинання, сприяє частим пробудженням та формує негативне очiкування

щодо якостi сну. Дослiдження показують, що тривожнi особи у 2–3 рази частiше мають проблеми зi сном, нiж тi, хто не схильний до пiдвищеного занепокоєння [2].

Депресiя, у свою чергу, має тiсний двонапрямний зв'язок з iнсомнiєю. З одного боку, поганий сон поглиблює депресивнi симптоми, знижує енергетичний рiвень i мотивацiю, формує почуття безнадiйностi. З iншого боку, депресивний стан сам по собi може викликати раннi пробудження, зменшення вiдновлювальної функцiї сну та появу "депресивної iнсомнiї" [4]. Це створює замкнене коло: депресiя погiршує сон, а хронiчна iнсомнiя — пiдсилює депресивнi прояви.

Емпiричнi данi щодо кореляцiйних зв'язкiв Емпiричнi дослiдження пiдтверджують, що iнсомнiя, тривожнiсть i депресiя мають високий рiвень взаємозалежностi. Зокрема, метааналiз, проведений у 2020 році, показав, що кореляцiя мiж рiвнем тривожностi та тяжкiстю iнсомнiї сягає $r=0,60$, тодi як мiж депресiєю та iнсомнiєю — $r=0,65$ [3]. Це свiдчить про те, що в бiльшостi випадкiв погiршення психоемоцiйного стану прямо вiдображається на якостi сну.

Окремої уваги заслуговує гендерний аспект: жiнки частiше за чоловiкiв повiдомляють про проблеми зi сном у поєднаннi з тривожними та депресивними симптомами. Це може бути пов'язано з гормональними змiнами, вищою

емоційною чутливістю та схильністю до психоемоційного виснаження [5].

Практичне значення дослідження зв'язку вивчення взаємозв'язку між інсомнією, тривожністю та депресією має велике практичне значення. По-перше, розуміння цих механізмів дозволяє вчасно діагностувати ризик розвитку психічних розладів на ранніх етапах. Часто інсомнія виступає провісником депресії або тривожного розладу, що дає змогу проводити превентивні заходи [1].

По-друге, результати досліджень підкреслюють важливість комплексного підходу в лікуванні інсомнії. Когнітивно-поведінкова терапія для безсоння (СВТ-І) визнана "золотим стандартом" у міжнародній практиці, оскільки вона одночасно працює з переконаннями щодо сну, поведінковими патернами та емоційною регуляцією. Доведено, що поєднання СВТ-І з методами регуляції тривоги та депресивних

симптомів значно підвищує ефективність терапії [2; 4].

Таким чином, інсомнія є багатовимірним явищем, що тісно переплітається із тривожними та депресивними розладами. Взаємозв'язок цих факторів формує патологічне коло, у якому погіршення сну посилює емоційні проблеми, а емоційні розлади, своєю чергою, ускладнюють сон. Емпіричні дані підтверджують високу кореляцію між цими змінними, що робить їх невід'ємним об'єктом уваги клінічної психології.

Практична значущість полягає в тому, що профілактика й лікування інсомнії мають включати роботу з тривожністю та депресією, використання когнітивно-поведінкових і релаксаційних технік, а також психоедукацію щодо гігієни сну. Це дозволяє не лише підвищити якість життя пацієнтів, але й запобігти розвитку тяжких психопатологічних станів.

Список використаних джерел: 1. Baglioni, C., et al. (2019). The European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*, 28(6), Article e12836. <https://doi.org/10.1111/jsr.12836>; 2. Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. M. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>; 3. Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep*, 36(7), 1059–1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>; 4. Riemann, D., & Perlis, M. L. (2009). The treatments of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Medicine Reviews*, 13(3), 205–214. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.06.001>; 5. Zhang, B., & Wing, Y. K. (2006). Sex differences in insomnia: A meta-analysis. *Sleep*, 29(1), 85–93. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.1.85>.

УДК 159.9.072:316.6

Бабешко Юлія Сергіївна

Приватний вищий навчальний заклад "Європейський університет"

Коробанова Олена Леонідівна

Приватний вищий навчальний заклад "Європейський університет"

ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

Самотність є одним із найпоширеніших і водночас складних психологічних феноменів, що впливають на емоційний, когнітивний і соціальний стан людини. Вона не лише відображає суб'єктивне відчуття ізоляції, але й має глибокий вплив на психічне здоров'я, міжособистісні стосунки та загальну якість життя. Переживання самотності не завжди пов'язане з фізичною ізоляцією; воно є складним психологічним станом, який формується під впливом низки внутрішніх і зовнішніх чинників.

Самотність визначається як суб'єктивне переживання, що виникає внаслідок невідповідності між бажаним і реальним рівнем соціальних зв'язків або їхньою якістю. На відміну від об'єктивної ізоляції, самотність є внутрішнім станом, який залежить від індивідуального сприйняття соціальної взаємодії. Згідно з теорією соціальних потреб Роберта Вайса, самотність поділяється на два типи: емоційну (пов'язану з відсутністю близьких, довірливих стосунків) і соціальну (пов'язану з браком ширшої соціальної мережі). Обидва типи мають спільні психологічні механізми, які формують відчуття відірваності від інших.

Можна виділити кілька етапів у дослідженні проблеми переживання самотності. У зарубіжних наукових дослідженнях інтерес до проблеми самотності виявився у 50–60 роках ХХ століття. Вважалося, що переживання самотності є ознакою "комерційних", "споживчих" відносин, що складаються у суспільстві. У 60–80-х роках ХХ століття зарубіжними й вітчизняними дослідниками було запропоновано кілька схем самотності, які досі зберігають наукову значущість. У 70–80-х роках проблема самотності постала як предмет у соціально-психологічних теоретичних та прикладних зарубіжних дослідженнях (Комар, 2020).

Самотність розглядається у психології як складний багатовимірний феномен, що включає емоційні, когнітивні та соціально-поведінкові компоненти. Вона не обов'язково ототожнюється з фактичною ізоляцією, а пов'язана насамперед із суб'єктивним відчуттям дефіциту значущих міжособистісних контактів чи відсутністю емоційної близькості.

Основні психологічні чинники, що зумовлюють переживання самотності, охоплюють особистісні, мотиваційні, когнітивні, емоційно-регуляторні та соціокультурні

аспекти. До особистісних характеристик належать рівень самооцінки, емоційна чутливість, тривожність, інтроверсія та низька соціальна впевненість, які можуть посилювати схильність до відчуття самотності. Важливу роль відіграють також когнітивні чинники – уявлення людини про себе та інших, когнітивні схеми, рівень довіри до оточення. Переконавання про неможливість бути зрозумілим або прийнятим іншими поглиблюють відчуття ізоляції (Попелюшко, 2013).

Емоційно-регуляторні чинники – це здатність до саморегуляції, управління емоціями, схильність до депресивних переживань або негативного мислення, які посилюють суб'єктивну інтенсивність самотності. Соціальні фактори включають якість і глибину міжособистісних зв'язків, досвід

відкидання або втрати значущих інших. Кількість контактів не гарантує відсутності самотності, натомість щирість і глибина взаємин можуть її зменшувати.

Соціокультурні чинники відображають вплив соціальних норм, рівень індивідуалізації суспільства, а також цифровізацію, яка поєднує доступність спілкування зі зростанням відчуження та формальності комунікації. Таким чином, переживання самотності є результатом взаємодії внутрішніх (особистісних, когнітивних, емоційних) і зовнішніх (соціокультурних, міжособистісних) чинників. У психології воно розглядається не лише як негативний стан, але й як можливість для самопізнання, рефлексії та розвитку внутрішньої автономії, що залежить від індивідуальних стратегій подолання.

Список використаних джерел: 1. Комар, Т. В. (2020). Самотність як чинник втечі у віртуальний вимір. Усамітнення та самотність в житті особистості: Збірник тез круглого столу (on-line, 24 квітня 2020 р.) (с. 31–33). Київ: ДП "Інформаційно-аналітичне агентство"; 2. Попелюшко, Р. П. (2013). Самотність як проблема соціалізації особистості в суспільстві. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна", (2(8)), 212. URL.

Коваленко Алла Борисівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка,

Радчук Валентина Миколаївна

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

З початком повномасштабної російсько-української війни проблема стресостійкості набула особливої актуальності. Перебування військових та цивільного населення у стані постійного стресу негативно впливає на самопочуття, ментальне здоров'я, появу психосоматичних розладів, психологічне благополуччя тощо. Тому проблема стресостійкості є однією з центральних проблем, які слід досліджувати для виявлення їх сутності та чинників для організації роботи з тими, хто страждає від наслідків війни.

Ще у 1931 році В. Кеннон вперше запропонував розглядати стрес як адаптаційну відповідь організму на несприятливі умови. І вже у 1936 році поняття стресу було визначено Г. Сельє як загальний адаптаційний синдром, а активно використовувати термін "стрес" почав із 1946 року, визначивши його як неспецифічну реакцію організму на будь-яку пред'явлену вимогу. Згодом Г. Сельє диференціював два типи стресу: *еустрес* - позитивна форма напруги, що сприяє зростанню, розвитку та підвищенню ефективності діяльності, та *дистрес* - хронічне або надмірне напруження, яке виснажує організм і чинить руйнівний вплив на фізичне та психічне здоров'я (Selye, 1974).

Вперше розмежування між фізіологічним та психологічним розумінням стресу запропонував американський психолог Річард Лазарус. У його

концепції стрес постає не як універсальна біологічна реакція, притаманна будь-якому подразнику, а як індивідуальна психічна реакція, що виникає в результаті когнітивної оцінки ситуації як загрозової та складної. Лазарус вказував, що не кожна зовнішня вимога або подразник викликає стрес, а лише та, яка суб'єктивно оцінюється особистістю як така, що становить загрозу. Водночас він не заперечував наявності фізіологічних змін у структурі психічного стресу, визнаючи тісний зв'язок тілесних та емоційно-когнітивних компонентів (Lazarus & Folkman, 1984).

Узагальнення сучасних підходів до трактування поняття стресу свідчить про його складну, багатовимірну природу. Стрес постає не лише як фізіологічна чи психологічна реакція на вимоги середовища, а як взаємодія між зовнішніми впливами та індивідуальними оцінками й ресурсами особистості. Важливим в цьому процесі є здатність людини до адаптації, яка залежить не лише від інтенсивності стресора, а й від реагування індивіда на ситуацію, тобто використання копінг-поведінки.

Термін "допінг" уперше введено для опису поведінкових і когнітивних стратегій, за допомогою яких особистість намагається впоратися зі стресовими ситуаціями. Найбільш системне обґрунтування поняття копінгу представлено Р. Лазарусом та С. Фолкманом.

Вони визначають копінг як постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на управління зовнішніми та внутрішніми вимогами, що оцінюються як такі, що перевищують ресурси особистості (Lazarus & Folkman, 1984).

Копінг-стратегії відображають індивідуальні способи подолання труднощів і є важливою складовою адаптаційного потенціалу особистості. Від характеру обраних стратегій залежить не лише ситуативна реакція на стрес, а й загальна здатність людини ефективно функціонувати в умовах тривалого психоемоційного навантаження, зберігаючи внутрішню цілісність.

Однією з провідних характеристик благополуччя особистості є стресостійкість. Вона виступає захисним механізмом, що запобігає внутрішній дезорганізації, сприяє реалізації особистісного потенціалу, як фізичного, так і духовного, та забезпечує високу результативність у різних сферах діяльності (Теплюк, 2021). При цьому, стресостійкість часто розглядається через призму пов'язаних понять: емоційної стійкості та психологічної стійкості.

Емоційна стійкість розглядається як інтегративна динамічна характеристика особистості, що виявляється у здатності зберігати психоемоційну рівновагу в умовах зовнішнього тиску, змін або напружених ситуацій. Особливої значущості ця властивість набуває в професійній діяльності, пов'язаній із підвищеним рівнем відповідальності чи ризику. Водночас у науковій літературі відсутня єдність у трактуванні феномена: одні дослідники інтерпретують емоційну стійкість як стабільну рису особистості, інші як характеристику, що

формується й змінюється під впливом життєвого досвіду. Така неоднозначність пояснюється подвійною природою цього феномена, який поєднує ознаки як психічного стану, так і особистісної риси (Форми виявлення стресостійкості людини, 2020).

Психологічна стійкість розглядається як складна інтегративна якість особистості, що включає врівноваженість, стійкість, стабільність, а також опірність. Ці компоненти забезпечують здатність особистості зберігати фізичне і психічне здоров'я, працездатність та адаптивність у складних, змінних або стресогенних умовах. Психологічна стійкість проявляється на біологічному, психологічному та соціальному рівнях функціонування людини, а її підтримка залежить як від внутрішніх ресурсів (мотиваційних, когнітивних, емоційних), так і від зовнішніх (соціальна підтримка, емоційне оточення) (Корольчук, 2009).

Психологічна стійкість (resilience) у визначенні Американської психіатричної асоціації (American Psychological Association. Resilience. In APA Dictionary of Psychology, 2025) постає як процес якісної адаптації до життєвих труднощів, загроз або тривалого стресу. Це не стабільна риса, а сукупність поведінкових проявів особистості, її мислення й дій, які можуть розвиватися й виявлятися протягом життя.

У науковій літературі стресостійкість часто трактується як здатність людини усвідомлювати власний стан напруги або фрустрації та перетворювати його на конструктивну активність, спрямовану на досягнення цілей. Ця риса виявляється у вмінні швидко мобілізувати внутрішні ресурси, зберігати емоційну

рівновагу, працездатність і мотивацію навіть у складних або непередбачуваних обставинах.

О. Кокун розглядає стресостійкість як інтегративну психологічну властивість, що забезпечує збереження функціональної активності особистості в умовах психоемоційного напруження. Автор підкреслює, що стресостійкість ґрунтується на системі внутрішніх ресурсів, таких як саморегуляція, самооцінка, впевненість у собі, адаптивність, мотивація до подолання труднощів, і тісно пов'язана з вмінням мобілізувати ці ресурси в умовах кризи або невизначеності. Ключову роль у збереженні психологічної рівноваги відіграє саме інтернальний локус контролю, тобто здатність особистості брати відповідальність за події та активно впливати на ситуацію, що сприяє ефективному подоланню стресу (Кокун, 2025).

На думку В. Корольчук, структура стресостійкості особистості має двокомпонентний характер: біологічний рівень, який охоплює вроджені фізіологічні ресурси організму (емоційний тонус, витривалість, рухливість нервових процесів, рівень активації), а також особливості функціонування конституційно-генетичних, ендокринних і фізіологічних систем, що забезпечують базову стабільність у стресових умовах; особистісний

рівень, який формується під впливом соціального середовища, навчання та життєвого досвіду й охоплює поведінкові й мотиваційні характеристики (Корольчук, 2009).

Згідно з інтегративною моделлю стресу, центральною ланкою стресової ситуації є проблема, яка потребує негайного вирішення. Така проблема виникає внаслідок змін зовнішніх умов або появи подразників, що вимагають виходу за межі звичного функціонування. Якщо ця проблема не розв'язується, напруга, спричинена мобілізацією психофізіологічних ресурсів, не знижується, а зростає, що й призводить до розвитку стресової реакції. Рівень стресостійкості особистості визначається наявними когнітивними, емоційними та поведінковими ресурсами, енергетичним потенціалом, налаштованістю на подолання труднощів і характером обраної стратегії реагування - конструктивної або деструктивної (Крижанівська, 2023).

Таким чином, стресостійкість є багаторівневою характеристикою, що формується під впливом біологічних, соціальних та особистісних чинників. Попри значення вроджених властивостей, саме психологічна зрілість, досвід і внутрішні ресурси визначають ефективність адаптації до складних обставин.

Список використаних джерел: 1. Корольчук В. М. (2009). *Психологія стресостійкості особистості* [Дисертація д-ра психол. наук]. Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України; 2. Тептюк, Ю. О. (2021). *Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій* [Дисертація канд. психол. наук]. Київ; 3. Волков, К. (2020). *Форми виявлення стресостійкості людини* [Аналітичний звіт]. Ін-т соціальної та політичної психології НАПН України; 4. Кокун, О. М. (2020). *Психологічні чинники розвитку стресостійкості особистості*. НАСВ; 5. Selye H. (1974). *Stress without Distress*. J. B. Lippincott Company.; 6. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

Логвиненко Лідія Ігорівна

Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К.Д. Ушинського

Венгер Анна Сергіївна

Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К.Д. Ушинського

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПТСР В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ІНТЕГРАЦІЯ ДОКАЗОВИХ ПІДХОДІВ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічна травматизація є глобальною проблемою, яка нерівномірно розподілена серед населення світу. Майже три чверті всіх випадків ПТСР припадають на країни з низьким і середнім рівнем доходу. Ризик виникнення ПТСР значно залежить від типу травми. Особливо високий ризик спостерігається у випадках, пов'язаних з міжособистісним насильством, зокрема сексуальним насильством у стосунках. Також досить розповсюдженим даний розлад є серед військовослужбовців, які перебувають в зонах активних бойових дій. Водночас психічне навантаження через ПТСР в суспільстві суттєво зростає у випадках несподіваної смерті близької людини. Хоча цей тип травми є досить поширеним, на індивідуальному рівні він пов'язаний із відносно низьким ризиком розвитку ПТСР.

Проблема психологічної реабілітації стресових розладів особистості в умовах воєнного стану є надзвичайно актуальною для сучасної України. Згідно з класифікацією DSM-5, до стресових розладів особистості належать гостра стресова реакція (ГСР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та розлади адаптації. ПТСР, зокрема, може розвиватися у 12–20% осіб, які зазнали або стали

свідками травматичних подій, що особливо стосується військовослужбовців, ветеранів, вимушених переселенців і цивільного населення. За даними Електронної системи охорони здоров'я, значне підвищення випадків ПТСР станом на червень 2024 року в Україні зареєстровано 27 544 пацієнти, з яких 8 888 — лише у першій половині 2024 року, що свідчить про зростання потреби у психореабілітації.

Згідно з МКХ-11, ПТСР (F43.1) характеризується як відстрочена або тривала реакція на стресову подію або ситуацію винятково загрозливого чи катастрофічного характеру, здатну викликати дистрес майже у кожної людини.

Відповідно до останніх досліджень, які були зазначені в уніфікованому клінічному протоколі первинної та спеціалізованої медичної допомоги "Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації" (УКПМД), поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в Україні варіюється від 11.1% до 50.8%, а комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) – від 9.2% до 14.6%, залежно від методології та періоду проведення дослідження.

Основними базовими симптомами посттравматичного стресового розладу та гострої стресової реакції є:

* Повторне переживання травматичної події у теперішньому часі проявляється не просто у спогадах, а у відчуттях, наче подія відбувається знову тут і зараз.

* Свідоме уникнення будь-яких нагадувань, які можуть викликати повторне переживання травматичного досвіду.

* Стійке відчуття підвищеної небезпеки, що проявляється, зокрема, у постійній настороженості або сильній реакції здригання на подразники, такі як несподівані звуки.

Михайлов Б.В. в своїх наукових дослідженнях також зазначає, що при ПТСР спостерігаються характерні облігаторні симптоми такі як: нав'язливі спогади (наприклад, яскраве короточасне повторне переживання травматичної події, так звані "flashback" або нічні жахи); інтрузивні сновидіння; недиференційована тривога; відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації, яке потрібно розмежовувати від феномена "deja vu"; гострий психологічний дискомфорт у стресових ситуаціях, що нагадують або асоціюються з первинною травмою; психомоторне недиференційоване збудження та емоційне притуплення (Михайлов та ін., 2014).

Ключова відмінність між гострою реакцією на стрес (ГРС) і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у класифікаціях МКХ-10-СМ, DSM-V і МКХ-11 полягає в тривалості періоду, що минув від моменту травматичної події. Розвиток ПТСР часто спостерігається після етапу ГРС або після латентного періоду, тривалість якого може варіюватися від кількох тижнів до шести місяців, а у поодиноких випадках – навіть до кількох років.

Павлик Н.В. в своїх працях зазначає, що реабілітація являє собою комплекс скоординованих заходів медичного, психологічного, соціального і педагогічного характеру. Її мета полягає у відновленні здоров'я, психологічного стану і здібностей до виконання фізичних функцій у людей, які втратили ці можливості внаслідок хвороби чи травми (Павлик, 2019).

Психологічна реабілітація військовослужбовців із діагностованим посттравматичним стресовим розладом може здійснюватися в межах широкого спектра психотерапевтичних підходів. До них належать психофізіологічний і психоаналітичний напрями, трансперсональна та поведінкова терапія, інтеракціоністський і когнітивний підходи, гештальт-терапія, транзакційний аналіз, гуманістична та екзистенціальна терапії, логотерапія, реконструктивна терапія, а також арт-терапія.

Водночас, згідно з протокольними рекомендаціями з надання психологічної допомоги при ПТСР, як основні немедикаментозні методи доцільно застосовувати травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) та десенсибілізацію і репроцесинг рухами очей (EMDR), які мають найбільш переконливі докази ефективності за багатьма дослідженнями. ТФ-КПТ проводиться індивідуально: пацієнтам із гострою реакцією на стрес рекомендують від 5 до 10 сеансів, а пацієнтам із ПТСР — від 8 до 12, залежно від часу початку терапії та її ефективності. За потреби кількість сеансів може бути збільшена (до 10 додаткових сеансів або до 5 групових занять), якщо спостерігаються ознаки формування хронічного ПТСР із специфічними

змінами особистості та труднощами у соціальній адаптації, зважаючи на ефективність обраного підходу та момент початку терапії.

Важливо зазначити, що травмофокусовані втручання не слід розпочинати раніше, ніж через два тижні після травматичної події. У випадках, коли симптоми не зменшуються за допомогою зазначених методів, варто розглянути застосування інших психотерапевтичних підходів або втручань, які не орієнтовані безпосередньо на травму, а також можливе введення фармакотерапії чи засобів психологічної корекції.

Арне Гофман у своїй книзі "EMDR терапія наслідків психотравми" виокремлює кілька переваг методу EMDR і це: ефективність, гнучкість, швидкість, неінвазивність, відсутність необхідності в медикаментах. Метод EMDR включає вісім фаз – збір анамнезу, підготовка, оцінка, десенсибілізація, установка позитивної

установки, сканування тіла, завершення та повторна оцінка результатів (Гофман, 2017).

Реабілітація ПТСР у воєнних умовах має ґрунтуватися на інтеграції доказових підходів із пріоритетом травмофокусованої КПТ та EMDR у межах поетапної моделі. Травмофокусовані втручання доцільно розпочинати не раніше ніж через два тижні після травми, з індивідуалізацією тривалості й формату допомоги та можливим розширенням програми за ознак хронізації. Така стратегія забезпечує належний баланс ефективності, безпеки й доступності та формує підстави для уніфікації алгоритмів і системного моніторингу результатів. Перспективи подальшого розвитку полягають у поглибленні стандартів і маршрутів допомоги з урахуванням культурного контексту, розбудові системи підготовки та супервізії фахівців і масштабуванні телемедичних та групових форматів.

Список використаних джерел: 1. Гофман, А. (2017). EMDR-терапія наслідків психотравми. Свічадо.; 2. Михайлов, Б. В., & Чугунов, В. О. (2014). *Посттравматичні стресові розлади*. ХМАПО; 3. Міністерство охорони здоров'я України. *Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги "Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації"*; 4. Павлик, Н. В. (2019) *Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів*. Київ.

ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ АГРЕСИВНОСТІ

З СЕКСУАЛЬНИМИ ВПОДОБАННЯМИ В ОСІБ РІЗНОГО ВІКУ

У контексті проблем сучасної психологічної науки роль поведінкових чинників людини в процесі міжособистісної, суспільної взаємодії набуває особливого значення, що зумовлено, насамперед, антропологічною спрямованістю наукових розвідок на взаємодії емоційних та поведінкових реакціях людини, які вважають ключем до розширення предметного простору вибудови людських стосунків, зосереджуючи увагу дослідника на безпосередній соціальній діяльності людини та її постійну взаємодію з іншими, де важливе місце посідають сексуальні вподобання та агресивність, які протягом тривалого часу є предметом дослідження багатьох наукових студій (Літвінова, 2020; Фройд, 2008).

Однак важливо відзначити, що установлення тісного зв'язку між цими поняттями, а також дослідження їхнього взаємовпливу з урахуванням вікових особливостей, ще не було предметом спеціального дослідження, отже, обґрунтування впливу агресивності на сексуальні вподобання особи дозволить розробку ефективних стратегій профілактики та реагування на насильство, особливо в інтимних відносинах, що сприятиме покращенню психологічного здоров'я людини.

Завдяки комплексному підходу до встановлення взаємозв'язку між агресивністю та сексуальністю людини, а саме: біологічне і психологічне тлумачення агресивної поведінки;

комплекс факторів, що спричиняє агресивну поведінку; статеві відмінності у вияві агресії; першопричини гендерних відмінностей вияву агресії; віковий фактор у прояві агресивної поведінки, виявлено, що цей взаємозв'язок зазнає впливу різноманітних факторів, а саме: порнографії, психологічної динаміки, особистісних рис та еволюційного тиску, що взаємодіють у складний спосіб, впливаючи на індивідуальну поведінку та суспільні норми, пов'язані з агресією та сексуальністю.

Наукова спільнота визнає, що агресія є вродженим фактором, який під впливом багатьох чинників, а саме стать, вік, оточення, соціальні установки тощо, трансформується впродовж життя та є не лише соціально несхвальним явищем, а й має певні позитивні якості, причому чоловіки і жінки дотримуються протилежних соціальних уявлень щодо сутності агресивних проявів, які безпосередньо впливають на сексуальну сферу життя особистості (de Heer et al., 2021; Lindenfors et al., 2011). Сексуальність описано як багатофакторне явище, притаманне людині від народження, що змінюється і зазнає корективів разом з особистістю протягом її життя під впливом багатьох чинників, а саме біологічних, хронологічних, культурних, соціальних тощо (Шиделко, 2020).

Діагностика агресивної поведінки представників різних вікових груп (від 18 до 65 років); осіб різної статі, які також відрізнялись за

статусом міжособистісних стосунків та наявністю постійного сексуального партнера, здійснена для встановлення взаємовпливу рівня агресивності на сексуальні вподобання осіб різного віку за методикою Л.Г. Почебут, опитувальника Г.Ю. Айзенка "Ставлення до сексу" (1989), використані в розробленій Гугл формі, дозволила встановити статистично значущий зв'язок між вербальною агресією та сексуальною невротичністю, а саме: чим більше не задоволений досліджуваний своїм сексуальним життям, тим вірогідніше це проявиться в вербально-агресивних реакціях; слабкий зв'язок встановлено між фізичною агресією та агресивним сексом, тож якщо людина схильна до проявів фізичної агресії, то і з партнером у інтимній ситуації він або вона будуть поводитись так само.

Пасивна агресія пов'язана з дозволеністю, що досить цікаво, адже ця шкала, навпаки,

свідчить про відкритість до нового досвіду та сексуальної розкृतості, але ми можемо стверджувати, що результати за цією шкалою є досить низькими, що і породжує відчуття пасивної агресії.

Емоційна агресія пов'язана з сексуальною невротичністю, що дає нам підстави стверджувати, що саме показник агресії може впливати на статеву поведінку та задоволення, що має отримуватись. По шкалі самоагресії встановлено слабкий зв'язок з сексуальною невротичністю, однак зафіксовано її середній зв'язок з агресивним сексом. Отже, агресія в цілому впливає на рівень сексуальної невротичності, що підтверджено розрахунками за шкалою сексуального задоволення, який є оберненим, тобто, люди з вищим рівнем агресії менше задоволені своїм сексуальним життям.

Список використаних джерел: 1. Литвинова, І. Ю. (2016) Гендерні особливості вербальної агресії; 2. Методичний посібник для фахівців, які впроваджують типову програму для кривдників: Збірник практичних матеріалів (2020). Київ; 3. Фройд З. (2008) Три нариси з теорії сексуальності / Зигмунд Фройд // Психологія і суспільство. 4, 45-91; 4. Шиделко А. В. (2020) Особливості чоловічої сексуальності: психологічний аспект / А. В. Шиделко, Н. М. Калька // Теорія і практика сучасної психології. 1(1), 97-100; 5. American Psychological Association (n. d.). *APA Dictionary of Psychology*; 6. de Heer, B. A., Prior, S., & Hoegh, G. (2021). Pornography, Masculinity, and Sexual Aggression on College Campuses. *J Interpers Violence*, 36, 23-24; 7. Lindenfors, P., & Tullberg, B. S. (2011) *Evolutionary Aspects of Aggression: The Importance of Sexual Selection Department of Zoology*. Stockholm University.

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПІДВИЩЕННЯ СТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ

У сучасному світі людина постійно стикається з численними викликами, що вимагають не лише фізичної витривалості, а й високого рівня психологічної стійкості. Соціально-економічні зміни, інформаційне перевантаження, війна, технологічні трансформації та постійна невизначеність створюють середовище, в якому здатність адаптуватися, зберігати емоційну рівновагу та функціональність стає ключовою умовою життєздатності особистості.

Психологічна стійкість (резильєнтність) розглядається як здатність ефективно долати стресові ситуації, адаптуватися до життєвих труднощів та зберігати психічне здоров'я. Вона виступає не лише рисою особистості, а й динамічним процесом, який формується під впливом досвіду, соціальних контактів та внутрішніх переконань.

Ключовими аспектами стійкості є:

* *стійкість / стабільність* – здатність долати труднощі без втрати внутрішньої рівноваги;

* *урівноваженість* – гармонійне співвідношення емоційного стану з ресурсами організму;

* *опірність* – уміння протидіяти зовнішнім впливам і зберігати цілісність "Я". Стійкість тісно пов'язана з психічною культурою, рівнем саморегуляції та соціальною підтримкою (Апанович О. О. Теоретико-методологічні особливості психологічної стійкості, 2011).

Підходи до вивчення психологічної стійкості. У психологічній науці сформувалося кілька основних підходів до розуміння феномену стійкості:

* Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек, А. Елліс) трактує стійкість як результат роботи свідомості над власними установками. Людина, здатна змінювати деструктивні переконання на конструктивні, демонструє вищий рівень адаптації.

* Психодинамічний підхід (З. Фройд, К. Юнг, А. Адлер) акцентує увагу на ролі несвідомих процесів і внутрішніх конфліктів у подоланні труднощів. Психологічна стійкість зростає внаслідок інтеграції досвіду та усвідомлення власних емоцій.

* Гуманістичний підхід (К. Роджерс, А. Маслоу) підкреслює значення самопізнання, самореалізації та позитивного ставлення до себе. Стійка особистість діє відповідно до власних цінностей, усвідомлює сенс життя і відповідальність за власний вибір.

* Біопсихосоціальний підхід об'єднує біологічні, психологічні та соціальні чинники. Стійкість формується у взаємодії спадкових особливостей, емоційної регуляції та соціальної підтримки.

Фактори формування психологічної стійкості. Формування стійкості є багатофакторним процесом. Умовно виділяють три групи детермінант:

Біологічні фактори: генетичні особливості нервової системи, фізичне здоров'я, фізична активність, сон, харчування.

Психологічні фактори: емоційний інтелект, рівень самооцінки, когнітивний стиль мислення, саморегуляція, наявність життєвих цілей і мотивації.

Соціальні фактори: підтримка з боку сім'ї, друзів і колег, соціально-економічна стабільність, професійне середовище. Наявність соціальної підтримки та позитивного оточення істотно знижує вплив стресу і підвищує адаптивність особистості (Клочков В. В. Психологічні чинники стійкості особистості: наукові погляди).

Психологічні чинники підвищення стійкості

Самооцінка та саморегуляція. Самооцінка виступає центральним механізмом самосприйняття та визначає рівень впевненості у власних силах. Адекватна самооцінка формує оптимістичне ставлення до життя, підтримує активність і допомагає конструктивно долати труднощі.

Розвинена саморегуляція забезпечує контроль над емоціями, мисленням та поведінкою, сприяє збереженню емоційної рівноваги. Вона включає когнітивний, емоційний і поведінковий рівні. Практики усвідомленості (mindfulness), дихальні техніки, рефлексія власних станів сприяють розвитку саморегуляції.

Емоційний інтелект. Емоційний інтелект (EI) – це здатність розпізнавати, розуміти та регулювати власні емоції, а також емоції інших людей.

Високий рівень EI: знижує ризик емоційного вигорання; сприяє ефективній комунікації; підвищує гнучкість мислення у складних

ситуаціях; формує здатність до емпатії та соціальної взаємодії.

Розвиток емоційного інтелекту можливий через самоспостереження, тренінги емоційної грамотності та розвиток емпатії.

Соціальна підтримка. Наявність підтримуючого соціального середовища є одним із ключових ресурсів психологічної стійкості. Емоційна та інструментальна підтримка (допомога, поради, відчуття приналежності) створюють умови для зниження рівня тривожності та формують почуття безпеки.

Практичні підходи до розвитку стійкості. Серед сучасних ефективних методів формування психологічної стійкості виокремлюють:

* когнітивно-поведінкові техніки (рефреймінг, заміна деструктивних переконань, робота з мисленням);

* емоційно-релаксаційні практики (медитація, дихальні вправи, арт-терапія);

* групові тренінги розвитку життєстійкості, самопізнання, емпатії;

* коучинг і психоедукація, спрямовані на підвищення самосвідомості, розвитку навичок адаптації.

Застосування цих методів у навчальних та професійних середовищах сприяє підвищенню як індивідуальної, так і колективної психологічної стійкості.

Висновки. Психологічна стійкість є інтегративною характеристикою особистості, що забезпечує ефективне функціонування в умовах стресу й невизначеності. Вона формується під впливом біологічних, психологічних і соціальних факторів, а ключову роль відіграють самооцінка, саморегуляція, емоційний інтелект і соціальна підтримка.

Використання когнітивно-поведінкових і гуманістичних методів розвитку особистості сприяє підвищенню її стійкості та адаптивності. Психологічна стійкість може і повинна бути цілеспрямовано розвинута шляхом навчання, тренінгів, психотерапії та створення підтримуючого соціального середовища.

Отже, розвиток психологічної стійкості – це не лише особистісна, а й соціально значуща задача, адже саме стійка особистість є основою стабільного, здорового та прогресивного суспільства.

Список використаних джерел: 1. Апанович О. О. (2011). Теоретико-методологічні особливості психологічної стійкості. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*, 8, 167–174; 2. Клочков В. В. (2022). Психологічні чинники стійкості особистості: наукові погляди. *Вісник Національного університету оборони України*, 69(5), 58–66.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ВПЛИВ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ ІНТРУЗІЙ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ДИНАМІКИ ПЕРЕБІГУ ПТСР

Повномасштабне вторгнення в Україну спричинило безпрецедентне зростання поширеності Посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військових та цивільного населення. Цей виклик ставить перед клінічною психологією нагальну потребу не лише у діагностиці, але й у глибокому розумінні механізмів хронізації та динаміки розладу.

Стандартна діагностика розглядає всі форми інтрузій як один кластер, тоді як їхня феноменологія (сенсорні флешбеки, вербальні румінації, нічні жахіття) вказує на якісно різні патогенетичні механізми. Інтрузивні симптоми є ядерним критерієм (Core Symptom) ПТСР та найбільш дистресовими для пацієнтів, вони є специфічними саме цьому розладу та уможливають його диференціацію від інших (Siddaway, 2025).

Ми дотримуємось думки, що саме інтрузивна симптоматика має бути ключовою мішенню в лікуванні ПТСР, а для цього необхідно детально розуміти її механізми та роль у картині хвороби. Це створює нагальну потребу в концептуальній моделі, що пов'яже якісні характеристики інтрузій із конкретними сценаріями динаміки ПТСР. Метою даної роботи є висвітлення перспективи концепції диференційованого впливу феноменології інтрузій як прогностичного фактора, що визначає динаміку перебігу ПТСР, що в свою

чергу дає нові можливості для більш ефективного підходу до лікування.

Клінічні спостереження та емпіричні дані свідчать про гетерогенність клінічної картини ПТСР: пацієнти демонструють різні сценарії перебігу розладу, що вимагає фокусованого підходу. Ця варіативність, згідно з когнітивними моделями, тісно пов'язана з тим, як травматична пам'ять репрезентується і інтегрується (чи дезінтегрується) (Ehlers & Clark, 2000; Brewin et al., 1996).

Теоретичний аналіз вимагає виходу за межі діагностичних критеріїв DSM-5 та розгляду інтрузій як якісно різних проявів травматичної пам'яті. Феноменологія інтрузій у цій роботі диференціюється на три основні типи, що відображають різні механізми травматичної пам'яті: флешбеки, травматичні нічні жахіття та травматичні румінації. Ця диференціація заснована на когнітивній моделі ПТСР (Ehlers & Clark, 2000) та теорії подвійної репрезентації пам'яті (Brewin et al., 1996), вона дає змогу гіпотетично пов'язати кожен тип із механізмами, які підтримують специфічну динаміку розладу.

Зв'язок між феноменологією інтрузій та динамікою розладу пояснюється тим, що кожен тип інтрузії диференційовано впливає на критичні аспекти патогенезу ПТСР: опрацювання травматичної пам'яті, емоційну регуляцію та поведінку уникнення. Кожен тип

інтрузії взаємодіє з іншими кластерами симптомів ПТСР (уникнення, гіперзбудження, негативні когнітивні зміни (APA, 2022)) по-різному, що призводить до різних сценаріїв перебігу. Далі буде розглянуто теоретичні механізми зв'язку цих видів інтрузій із динамікою хвороби.

Домінування флешбеків та прогредієнтний перебіг. Прогредієнтний перебіг характеризується поступовим і стійким погіршенням стану та наростанням дезадаптації. Флешбеки є високоінтенсивними, сенсорними переживаннями, що помилково сприймаються як поточна загроза (present-tense experience). Вони є проявом ситуативно доступної пам'яті (S-AM), яка є неінтегрованою та позбавлена контекстуальних маркерів минулого. Відсутність контексту призводить до того, що мозок постійно інтерпретує флешбек як нову, поточну загрозу. Це унеможливує адекватне опрацювання травми. Висока сенсорна та афективна інтенсивність флешбеків часто переважує психіку, провокуючи захисну дисоціативну реакцію (деперсоналізацію/дереалізацію). Дисоціація запобігає адекватному когнітивному опрацюванню травми, що закріплює травматичну пам'ять у формі S-AM і сприяє формуванню дисоціативного підтипу ПТСР. Цей підтип має гірший прогноз, вищий ризик хронізації та є більш резистентним до стандартної терапії. Щоб уникнути дистресу від флешбеків, пацієнт вдається до екстремальних форм уникаючої поведінки (Критерій С в DSM). Хронічне уникнення призводить до значної соціальної ізоляції та втрати адаптивних навичок, що стає самостійним фактором наростаючої дезадаптації. Цей патерн веде до

прогредієнтного перебігу – поступового погіршення функціонування, соціальної ізоляції та розвитку/посилення коморбідних розладів. Важливо: У випадках, коли флешбеки не є домінуючими, а виникають лише епізодично (як правило, у періоди значного дистресу або як реакція на потужний тригер), вони будуть скоріше індикаторами загострення циркулярного (рецидивуючого) типу перебігу.

Домінування нічних жахів та циркулярний перебіг. Сновидіння, що повторюють елементи травми, відображають неефективну спробу консолідації травматичної пам'яті під час REM-сну. Замість інтеграції, сновидіння призводять до фіксації страху та різкого пробудження у стані гіперзбудження (Критерій E). Хронічна депривація сну (викликана частими нічними пробудженнями) знижує активність префронтальної кори та її здатність до контролю мигдалеподібного тіла. Це призводить до значної емоційної дисрегуляції, дратівливості та зниження толерантності до стресу протягом дня. Пацієнт стає надзвичайно вразливим до зовнішніх тригерів. Періодичні загострення симптомів (рецидиви) чітко корелюють із посиленням нічних порушень та циклом втоми-гіперзбудження. Значний дистрес або тригер (наприклад, річниця травми) викликає гіперзбудження та швидко погіршує сон, що, своєю чергою, викликає рецидив симптомів. Як тільки стресовий чинник спадає, стан частково стабілізується, демонструючи циркулярну динаміку. Крім того, нічні жахиття є потужним чинником тривоги та страху засинання, що підтримує тривожний тип ПТСР, який також характеризується періодичними загостреннями. Зниження інтенсивності нічних жахів або зміни сюжетів сну на більш конструктивні можуть

бути як індикатором покращення стану, так і його чинником.

Домінування нав'язливих думок, пов'язаних з травматичним досвідом (травматичних румінацій) та стабільний хронічний перебіг. Хронічний перебіг характеризується стійкою, відносно незмінною тяжкістю симптомів протягом тривалого часу. Нав'язливі спогади часто переходять у форму румінації – пасивного, повторюваного мислення про причини, наслідки та самозвинувачення, прокручування подій. Румінації є формою когнітивного уникнення, оскільки вона займає місце активного опрацювання травми та когнітивної реструктуризації. Румінація безперервно підживлює негативні переконання про себе та світ (Критерій D), наприклад: "Я поганий", "Світ є повністю небезпечним". Ці стійкі переконання створюють емоційне оніміння та ангедонію. На відміну від флешбеків, які викликають гострий дистрес, румінація підтримує постійний, але менш піковий рівень негативного афекту. Це дозволяє пацієнту зберігати певний рівень функціонування, але водночас блокує шлях до повного одужання. Нав'язливі думки (вербальні румінації про деталі, провину, сенс, наслідки травми) є минулим досвідом (past-tense experience). Вони підтримуються метакогнітивними переконаннями. Хронічна румінація забезпечує стійке негативне афективне забарвлення, сприяючи астенічному/депресивному типу ПТСР. Розлад хронізується на певному рівні дезадаптації без вираженої прогредієнтності чи частих рецидивів. Терапевтичне втручання має бути цілеспрямоване на розрив патогенетичної ланки, підтримуваної домінуючим типом інтрузії:

*Флешбеки – Репроцесуалізація пам'яті (переведення S-AM у V-AM): EMDR, , Пролонгована експозиція.

* Нічні жахіття – Специфічні втручання для сну та гіперзбудження: IRT (Image Rehearsal Therapy), фармакотерапія гіперзбудження та розладів сну.

* Румінації (V-AM) – Когнітивна реструктуризація та робота з негативними схемами: Когнітивна терапія (СТ), TFE-СВТ (Терапія, сфокусована на травмі)

Сприятливий прогноз ПТСР пов'язаний зі зменшенням частоти/інтенсивності інтрузивної сипмтоматики і зростанням здатності пацієнта сприймати інтрузивні спогади як минулі події. Можна припустити, що ефективність лікування буде вищою, якщо пацієнти будуть отримувати таргетовану допомогу.

Отже, інтрузії не є монолітним симптомом, а комплексом феноменів, якісний аналіз яких відкриває нові перспективи у розумінні, прогнозуванні та лікуванні ПТСР. Феноменологічна диференціація інтрузій на основі їхнього когнітивного механізму дає змогу теоретично розмежувати різні патерни динаміки ПТСР. Ефективність лікування підвищується, якщо терапевтична стратегія цілеспрямована на домінуючу модальність інтрузії.

Таким чином, дослідження феноменології інтрузій може стати кроком до таргетованої, ефективної та персоналізованої терапії ПТСР. Для перевірки цих теоретичних припущень у клінічній практиці та розвитку теорії необхідними є емпіричні дослідження з даної проблематики.

Список використаних джерел: **1.** American Psychiatric Association. (2022). Trauma- and Stressor-Related Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x07_Trauma_and_Stressor_Related_Disorders; **2.** Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, *103*(4), 670. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>; **3.** Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0); **4.** Siddaway, A. P. (2025). Flashbacks uniquely characterise post-traumatic stress disorder: distinguishing flashbacks from other psychological processes and phenomena. <https://doi.org/10.1192/bja.2025.3>; **5.** Singh, L., Espinosa, L., Ji, J. L., Moulds, M. L., & Holmes, E. A. (2020). Developing thinking around mental health science: the example of intrusive, emotional mental imagery after psychological trauma. *Cognitive neuropsychiatry*, *25*(5), 348–363. <https://doi.org/10.1080/13546805.2020.1804845>.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ ТА ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Афективні розлади — це група психічних захворювань, що характеризуються тривалими та глибокими порушеннями настрою, які можуть проявлятися як у вигляді патологічної пригніченості (депресії), так і підвищеної збудженості (манії). Основні форми афективних розладів включають великий депресивний епізод, біполярний афективний розлад (БАР), дистимію, циклотимію, а також рекурентну депресію (American Psychiatric Association, 2013).

Патогенез цих розладів базується на складному взаємозв'язку біологічних, психологічних та соціальних факторів. Важливу роль відіграють нейрохімічні порушення, зокрема дефіцит серотоніну, дофаміну та норадреналіну. Також значущими є порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. До психологічних чинників належать травматичний досвід у дитинстві, хронічний стрес, відсутність емоційної підтримки (Teicher & Samson, 2016).

Депресивний розлад є одним з найпоширеніших типів афективних розладів. Основні симптоми: пригнічений настрій, ангедонія, втома, когнітивна сповільненість, суїцидальні думки. В Україні, за даними МОЗ, депресивні стани різного ступеня тяжкості виявляються у понад 30% осіб, які зазнали втрати, насильства або бойових дій (МОЗ України, 2023).

Біполярний афективний розлад характеризується чергуванням маніакальних та депресивних фаз. Під час манії відзначаються гіперактивність, знижена критичність, надмірна товариськість, імпульсивність. Під час депресії — апатія, втрата інтересу, тривожність. Часто БАР маскується під рекурентну депресію, що ускладнює лікування (American Psychiatric Association, 2013).

Дистимія — хронічна форма депресії зі слабо вираженими, але постійними симптомами. Циклотимія — легкі коливання між субдепресією та гіпоманією. Ці форми часто не розпізнаються як патологічні, особливо у підлітків і молоді, що створює ризики формування більш тяжких розладів у майбутньому.

Важливим аспектом є діагностика. Застосовуються опитувальники BDI, HADS, шкала Гамільтона, а також клінічне інтерв'ювання. Диференціальна діагностика проводиться з тривожними, соматоформними та шизоафективними розладами.

Реабілітація осіб із афективними розладами має бути міждисциплінарною. Медикаментозне лікування включає використання антидепресантів (SSRI, SNRI), нормотиміків (літій, ламотриджин), атипичних антипсихотиків (кветіапін, оланзапін). Призначення залежить від фази розладу та наявності супутньої патології.

Психотерапевтична підтримка — ключова частина реабілітації. Найбільш ефективною вважається когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка навчає клієнта ідентифікувати й коригувати деструктивні мисленнєві патерни. Діалектична поведінкова терапія (DBT) застосовується при емоційній нестабільності. Схемотерапія допомагає виявити глибинні когнітивні схеми, що формують поведінку (Linehan, 2014).

Серед новітніх підходів — телепсихотерапія, онлайн-групи підтримки, мобільні застосунки для самопостереження. В умовах війни ці методи стали життєво необхідними для мільйонів українців (МОЗ України, 2023).

Соціальна реабілітація базується на моделі МКФ і включає інтеграцію в професійне середовище, повернення до навчання, активізацію соціальних зв'язків. Ефективною є підтримка родини, участь у волонтерських проєктах, психоосвітні програми (World Health Organization, 2019).

Таким чином, афективні розлади є складними багатофакторними станами, які потребують системного підходу до діагностики, лікування та реабілітації. Комплексна підтримка фахівців — запорука ефективного відновлення функціонування особистості в сучасному суспільстві.

Класифікація афективних розладів у клінічній психології ґрунтується на провідних міжнародних стандартах — Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11) та DSM-5 (діагностичному та статистичному керівництві Американської психіатричної асоціації).

Згідно з МКХ-11, афективні розлади включають такі підтипи: депресивні розлади

(великий депресивний епізод, персистентний депресивний розлад), біполярні розлади (тип I, тип II, циклотимія), а також інші специфіковані та неуточнені афективні стани. У МКХ особливу увагу приділено тривалості епізодів, ступеню порушення функціонування та частоті рецидивів (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5 виокремлює такі категорії: "Депресивні розлади" (major depressive disorder, persistent depressive disorder), "Біполярні та пов'язані з ними розлади", а також "Розлади настрою, індуковані речовинами/медичними станами". У DSM додатково описуються специфікатори перебігу, рівень тяжкості, психотичні симптоми, сезонність тощо (American Psychiatric Association, 2013).

У клінічній практиці також поширене використання класифікації за перебігом: епізодичні (гострі) розлади та хронічні форми. Депресивний епізод вважається гострим, якщо його тривалість менше 2 місяців. Персистентні депресії та циклотимії відносяться до хронічних форм, які часто мають латентний або замаскований перебіг.

Деякі клініцисти використовують додаткову класифікацію за типом етіології: ендогенні (біологічно зумовлені), реактивні (як відповідь на психотравму), соматогенні (викликані хворобами тіла), екзогенно-органічні (пов'язані з ураженням мозку). Цей підхід дозволяє краще визначити тактику лікування (Teicher & Samson, 2016).

Таким чином, класифікація афективних розладів є багаторівневою і враховує не лише симптоматику, а й причинні фактори, тривалість, функціональні порушення та реакцію на лікування. Її розуміння є ключовим для точного діагнозу та ефективної реабілітації пацієнтів.

Список використаних джерел: 1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>; 2. World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://icd.who.int/>; 3. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Childhood maltreatment and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12520>; 4. Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press; 5. МОЗ України. (2023). Психічне здоров'я під час війни: цифрові інструменти самопомоги. Київ: Центр громадського здоров'я.

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ ТА ШЛЯХИ ЇХНЬОГО ПОДОЛАННЯ

Афективні розлади – це одна з найбільш поширених груп психічних порушень, що охоплює депресивні стани, біполярний афективний розлад (БАР) та дистимію. Вони супроводжуються високим рівнем інвалідизації та втрати працездатності, а також значними соціально-економічними наслідками. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресією у світі діагностовано у понад 280 млн осіб (World Health Organization, 2019). Дані GBD¹⁰ підтверджують, що психічні розлади стабільно входять до переліку десяти провідних причин втрати працездатності населення (GBD 2019 Collaborators, 2022).

Табл. 1. Поширеність афективних розладів у світі

Показник	Кількість осіб у світі
Депресивні розлади	≈ 280 млн
Біполярний афективний розлад	≈ 40 млн

В умовах війни в Україні масштаби проблеми різко зросли: кількість осіб, які мають симптоми депресії та тривожності, сягає мільйонів, а потреба в психосоціальній допомозі стала стратегічним завданням системи охорони здоров'я.

Нейробіологічно афективні розлади асоціюються з дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі, дисбалансом моноамінових нейротрансмітерів та зменшенням об'єму гіпокампа, що зумовлює когнітивні

дефіцити та високий ризик рецидивів (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Сучасні підходи до подолання афективних розладів переважно базуються на принципі комплексності, адже жоден окремий метод не дає достатнього ефекту.

Табл. 2. Основні методи та їх доведена ефективність

Метод	Доведений ефект	Джерело
КПТ	Зниження симптомів, профілактика рецидивів	Cuijpers et al., 2023
Фармакотерапія + психотерапія при БАР	Менше госпіталізацій, краща прихильність	Hautzinger et al., 2024
Групова психоосвіта	Удвічі менше рецидивів за рік	Hautzinger et al., 2024
Телемедицина (інтернет-КПТ)	Довготривала ефективність, доступність	Mamukashvili-Delau et al., 2023

По-перше, *психотерапевтичні методи* мають доведену результативність. Метааналіз 409 рандомізованих контрольованих досліджень показав, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) ефективно знижує симптоми депресії та зменшує ризик рецидиву. Ефект особливо виражений у поєднанні з фармакотерапією (Cuijpers et al., 2023). Таким чином, саме доказові психотерапії є необхідною складовою лікування, а не лише допоміжним методом.

По-друге, для БАР показана користь *поєднання медикаментозного лікування та психотерапії*. Рандомізовані дослідження довели, що додаткові психотерапевтичні втручання (психоосвіта, сімейна терапія, КПТ)

¹⁰ Global Burden of Disease (GBD) – незалежна міжнародна дослідницька група орієнтована на громадське здоров'я

значно зменшують кількість госпіталізацій і підвищують прихильність до фармакотерапії (Hautzinger et al., 2024). Це підтверджує: лише фармакологія не забезпечує тривалої стабільності.

По-третє, групові *психоосвітні програми* сприяють формуванню в пацієнтів навичок розпізнавання ранніх симптомів та попередження загострень. Узагальнені дані показують, що такі програми зменшують кількість рецидивів протягом року майже удвічі (Hautzinger et al., 2024).

Четвертим напрямом є *телемедицина*. У сучасних умовах вона відіграє ключову роль, адже забезпечує доступність психологічної допомоги для внутрішньо переміщених осіб та мешканців віддалених регіонів.

Рандомізоване контрольоване дослідження показало, що інтернет-версія КПТ має довготривалу ефективність у лікуванні депресії, а результати зберігаються до 12 місяців (Mamukashvili-Delau et al., 2023).

Таким чином, *комплексність* втручань спрямованих на подолання афективних розладів має емпірично підтвержене підґрунтя. Поєднання психотерапії, фармакології, психоосвіти та телемедицини інновацій дає змогу досягати стійких результатів і зменшувати ризик рецидивів. Для України в умовах війни та післявоєнного відновлення саме такий підхід є критично необхідним, оскільки дозволяє врахувати як біологічні, так і соціально-психологічні потреби населення.

Список використаної літератури: 1. Cuijpers, P., et al. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115. 10.1002/wps.21069; 2. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. 10.1016/S2215-0366(21)00395-3; 3. Hautzinger, M., & A2 BipolarLife Consortium. (2024). Adjuvant Psychotherapies to Prevent Relapse in Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 81(9), 855–862. 10.1001/jamapsychiatry.2024.1310; 4. Mamukashvili-Delau, M., Koburger, N., Dietrich, S., & Rummel-Kluge, C. (2023). Long-term efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy self-help programs for adults with depression: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR Ment Health*, 10, e46925. 10.2196/46925; 5. World Health Organization. (2019). Depression. WHO Fact Sheet. URL.

Тараненко Оксана Петрівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Савенкова Ірина Іванівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

СПЕЦИФІКА ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Серцево-судинні захворювання (ССЗ), включаючи ішемічну хворобу серця (ІХС), серцеві аритмії, інсульт та серцеву недостатність, є провідною причиною смерті у всьому світі (Correa-Rodríguez et al., 2020). З цих станів ІХС, що проявляється стенокардією або інфарктом міокарда, є найпоширенішим (Khan et al., 2020).

У наукових дослідженнях, присвячених вивченню особистісних характеристик хворих на серцево-судинні захворювання, значна увага приділяється типології поведінкових моделей, які мають безпосередній зв'язок із ризиком розвитку та перебігом патології. Однією з перших описаних була поведінкова модель, що отримала назву "тип А". Для неї характерні такі риси, як надмірне прагнення досягнення успіху, високий рівень працелюбності, постійна потреба в конкуренції та змаганнях, нетерплячість і схильність до агресивного стилю взаємодії. Такі люди зазвичай ведуть напружений спосіб життя, зорієнтований на професійні досягнення, часто нехтуючи іншими аспектами самореалізації.

Протилежним вважається "тип В", який характеризується емоційною врівноваженістю, здатністю гармонійно поєднувати роботу та відпочинок, неквапливістю у мовленні й діях, м'якістю у соціальних стосунках. Цей тип виявляє меншу схильність до конфліктності та стресових перевантажень. У літературі також

виокремлюється змішаний варіант, у якому поєднані риси обох моделей.

Пізніше дослідники запропонували додаткову типологію. Було виділено тип С, для якого притаманна тенденція до пригнічення негативних емоцій, відсутність зовнішнього прояву роздратування чи гніву навіть за наявності сильних переживань. Такі особистості чутливо реагують на стрес, але не мають ефективних способів його розрядки, що зумовлює появу відчуття страху, безнадійності, схильності до депресивних станів. Вони вирізняються поступливістю, невпевненістю в собі, терплячістю, але втрачають рівновагу під впливом міжособистісних проблем, пов'язаних із конкуренцією чи заздрістю.

Інший підхід у класифікації передбачає опис поведінкових стилів типів А, С і Т. Останній характеризується прагненням до ризику, пошуком новизни й переживань, сприйняттям стресових ситуацій як можливості для прояву сміливості та сили. Для типу С, навпаки, властива здатність витримувати напругу, розглядати труднощі не як загрозу, а як виклик, зберігати контроль над ситуацією завдяки внутрішній мотивації та відчуттю відповідальності.

У подальших дослідженнях було введено ще один різновид – "тип D", що отримав назву "проблемний". Його представники поєднують у

собі схильність до переживання негативних емоцій і водночас соціальне гальмування. Вони замкнуті, невпевнені у собі, тяжко встановлюють нові контакти, схильні до депресивних переживань і пригніченості. Для них характерні низька самооцінка, відчуття самотності, внутрішня напруженість та придушення емоцій навіть у близькому оточенні. Саме такі особистісні особливості значно підвищують вразливість до стресових факторів, емоційних розладів і, відповідно, до розвитку серцево-судинних захворювань.

Спостереження за когнітивно-поведінковими реакціями виявило суттєві відмінності у переживанні наслідків серцево-судинних захворювань. Це проявляється в мірі зосередженості на страху смерті чи розвитку тяжких захворювань, проте вони мають виражену потребу в соціальній підтримці та інформації про власний стан та демонстрації інтенсивних переживань, пов'язаних зі страхом смерті, нав'язливими думками про подію та необхідністю серйозної корекції способу життя, що зумовлює глибші тривожні переживання. Відмінності у суб'єктивному сприйнятті пов'язані також із прогнозом захворювання, інтенсивністю лікування та тривалістю госпіталізації.

Особистісні риси, що відображають сталі особливості мислення, емоційного реагування та поведінки індивіда у різних життєвих ситуаціях і впродовж часу, визнаються важливими чинниками, здатними впливати на стан психічного та соматичного здоров'я, зокрема на перебіг серцево-судинних захворювань (Smiseth & Gillebert, 2023). Однією з найбільш вивчених характеристик у цьому контексті є невротизм, який часто асоціюється з підвищеною

схильністю до тривожних і депресивних розладів.

У повсякденних проявах невротизм виявляється у схильності до підвищеної дратівливості, схильності до гніву та смутку, переживаннях тривожності й занепокоєння, почутті ворожості, надмірній самосвідомості та чутливості до зовнішньої критики. Такі особи схильні до самокритики, відчуття власної неадекватності та надмірної емоційної реакції на буденні обставини, що суттєво впливає на їхнє психологічне благополуччя та може бути вагомим фактором ризику розвитку і прогресування серцево-судинних патологій.

У межах аналізу особистісних характеристик хворих із серцево-судинними захворюваннями встановлено, що певні клінічні форми патології тяжіють до конкретних типологічних груп, що дозволяє простежити взаємозв'язок між психологічними особливостями та соматичним станом. Ішемічна хвороба серця частіше зустрічається у представників двох протилежних типів темпераменту, що обумовлює специфіку її перебігу. У однієї групи хвороба проявляється у більш агресивних та тяжких формах, з повільним відновлювальним процесом, тоді як в іншій клінічна картина здебільшого має менш виражений характер, супроводжуючись швидшою реабілітацією після загострень.

Дослідження хворих із функціональними порушеннями ритму серця підтверджує цю закономірність. Так, при тахікардії переважають риси наполегливості, прагнення контролювати ситуацію та покладатися на власні рішення, що нерідко поєднується із недовірою до медичних рекомендацій. Водночас хворі не схильні пояснювати свій стан психогенними чинниками

і активно шукають медичної допомоги. При брадикардії, навпаки, простежується підвищена тривожність і схильність до негативних інтерпретацій життєвих ситуацій, що супроводжується внутрішнім конфліктом між потребою відповідати соціальним очікуванням і недовірою до оточення (Савенкова, 2014).

Важливою є також відмінність у часовому сприйнятті: хворі з тахікардією мають схильність переоцінювати чи недооцінювати часові інтервали, тоді як хворі з брадикардією демонструють протилежну тенденцію. Це свідчить про існування не лише фізіологічних, але й виразних психологічних маркерів серцево-судинних захворювань, що необхідно

враховувати при комплексному підході до їх лікування та психологічної підтримки.

Отже, дослідження особистісних характеристик у хворих із серцево-судинними захворюваннями має подвійне значення: воно дає змогу пояснити динаміку перебігу патології та окреслює можливості цілеспрямованого психологічного супроводу й корекції. З'ясування специфіки особистісних змін у цих хворих створює теоретичне підґрунтя для подальших емпіричних досліджень і водночас визначає практичні орієнтири щодо формування персоналізованих психокорекційних програм, спрямованих на зниження рівня тривожності, розвиток адаптивних ресурсів та підвищення ефективності реабілітаційних заходів.

Список використаних джерел: 1. Савенкова, І. І. (2014) "Хронопсихологічний портрет" хворих на серцево-судинні захворювання. *Науковий вісник: зб. наук. праць Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського*, 2, 272–277; 2. Correa-Rodríguez, M., et al. (2020) Prevalence of depression in coronary artery bypass surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*, 9, Article 909. 10.3390/jcm9040909; 3. Khan, M. A., et al. (2020). Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study. *Cureus*. 10.7759/cureus.9349; 4. Smiseth, O. A., & Gillebert, T. C. (2023). Personality traits and cardiovascular diseases: is it about 'don't worry, be happy', or is this a deeper underlying problem? *Eur Heart J*, 24(11), 1468–1469. 10.1093/ehjci/jead185.

ОСОБИСТІСНІ РИСИ ЯК ЧИННИКИ ПАТЕРНІВ ТРИВОГИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Актуальність. Зрозуміло, що поширеність тривожних розладів і розладів, пов'язаних зі стресом, значно зросла в Україні після початку повномасштабної агресії – клінічні дослідження фіксують підвищені рівні тривоги, симптомів ПТСР і депресії серед цивільного населення, внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та військовослужбовців (Kurarov et al., 2023; Lushchak et al., 2023). Згідно з дослідженням, лише у 23,5–26% цивільних осіб, які зазнали травматичних подій, було діагностовано посттравматичний стресовий розлад. Однак травматичні події все ще можуть суттєво впливати на психічне здоров'я широкої групи цивільного населення.

Незважаючи на загалом високий рівень стійкості, що спостерігається у населення, ті, хто безпосередньо зазнавав військових дій, насильства або тяжких людських страждань, продовжують відчувати значно підвищений рівень стресу, тривоги та симптомів, пов'язаних з травмою (Kurarov et al., 2023). У таких умовах розуміння індивідуальних факторів вразливості і стійкості – зокрема, особистісних рис – набуває прикладної ваги: воно може допомогти передбачити індивідуальні патерни тривоги й підказати цільові напрями психотерапевтичної інтервенції. В Україні, де багато людей пережили або продовжують переживати травму, дослідження ролі особистості у формуванні тривожних патернів має як наукове, так і практичне значення для побудови програм

підтримки та реабілітації (Kurarov et al., 2023). Крім того, це може стати гарною основою та допомогою для світової практики, як ресурс для підготовки військових, цивільних для кризових ситуацій та оптимізації програм по відновленню.

Теоретичне підґрунтя. Модель "Великої п'ятірки" (Big Five) пропонує стабільний каркас для розгляду особистісних впливів на психопатологію: нейротизм пов'язаний із вищим ризиком тривожних і депресивних симптомів, натомість екстраверсія і добросовісність часто виступають як фактори захисту (McCrae & Costa, 2008; Lahey, 2009).

Теорії когнітивної вразливості вказують на те, що особистісні риси формують тенденції у мисленні (катастрофізація, румінація), які, у поєднанні з дезадаптивними схемами, породжують стійкі "патерни тривоги" (категорії когнітивних, емоційних, поведінкових та соматичних проявів) у клінічних пацієнтів (Kotov et al., 2010). Отже, особистість розглядається не просто як фоновий фактор, а як активний детермінант стилю тривожної реакції.

Метааналітичні та проспективні дослідження показують стабільний зв'язок між нейротизмом і різними тривожними розладами; менш послідовні зв'язки спостерігаються для екстраверсії і добросовісності, які можуть модулювати копінг (Kotov et al., 2010). Роботи з когнітивно-поведінкової терапії підкреслюють роль рис у формуванні румінацій і когнітивних викривлень, що служать проміжними ланками

між рисами і клінічними симптомами тривоги (Clark & Beck, 2012). Можемо таким чином побачити чи сформувавши логічну основу для прогнозувальних моделей: особистісні риси → когнітивні стилі (та/або) схеми → стійкі патерни тривоги.

Під час повномасштабної війни українські дослідження фіксують підвищені рівні тривоги та посттравматичних симптомів у широких групах населення (Kurarov et al., 2023; Lushchak et al., 2023). Українська специфіка полягає в поєднанні хронічного стресу (тривалість конфлікту), широкого розмаїття травматичних кризових подій (бойовий досвід, евакуація, втрата житла) та обмеженого доступу до системної психіатричної допомоги у деяких регіонах — це може посилювати роль фонових особистісних детермінант у формуванні стабільних патернів тривоги.

Дослідження, проведені серед ВПО і цивільного населення, також показують, що копінг-стратегії та соціальна підтримка значною мірою модулюють прояви тривоги, що підкреслює значення включення цих змінних у моделі (Kurarov et al., 2023; Lushchak et al., 2023). Водночас, цікавим є те, що симптоми депресивні знижувались впродовж перших років вторгнення, що також можна віднести до специфічного патерну психічних реакцій.

Можна допустити, що український контекст може модифікувати універсальні закономірності, адже контекст, тривалість, події та особливості цих подій являються унікальними для досліджень в сучасному світі.

Універсальні взаємозв'язки (нейротизм → тривога) залишаються релевантними, але в умовах тривалої війни їх прояв може посилюватися або змінюватись:

* Хронічний стрес і множинні травми можуть посилювати прояви нейротизму як румінацій і підвищеної чутливості до загрози;

* Соціально-економічні фактори (втрата робочих місць, житла) можуть модулювати вплив рис через обмеження ресурсів і доступу до допомоги;

* Культурні особливості (колективна стійкість, сімейні мережі) можуть пом'якшувати негативний вплив певних рис, водночас підсилюючи роль інших (наприклад, роль відповідальності/добросовісності у збереженні функціональності);

* Адаптаційні механізми психіки можуть капсулювати тривогу для виживання, як один з варіантів - в соматичні прояви.

Отже, для України буде актуально та перспективно через новизну умов життя і кількості травмуючих подій перевірити та проаналізувати не лише прямі зв'язки "особистісні риси → тривожні патерни", а й проміжні механізми (когнітивні схеми, копінг) та модератори (статус ВПО/військовий, соціальна підтримка, час від травми).

Визначення особистісних профілів ризику дозволяє: (1) прогнозувати небезпеку хронізації тривоги та набуття коморбідних станів; (2) робити втручання націлене на конкретні прояви конкретної особистості (наприклад, робота з румінаціями й схемами при високому нейротизмі); (3) адаптувати програми психосоціальної підтримки для ВПО, тих хто залишив Україну і військових з урахуванням специфіки їхнього стресового "підтипу" згідно з результатом тестувань. Емпіричне дослідження зв'язків і міжгрупових відмінностей в українських умовах має не лише теоретичну

цінність, а й пряме практичне застосування у програмуванні національних ініціатив з психологічної допомоги.

Важливо зазначити, що населення з країн, які не беруть безпосередньої та активної участі у війні в сучасних умовах, не перебувають поблизу зон конфлікту, а лише спостерігають за подіями умовно- здалеку, так само можуть бути

емоційно залучені, а також можуть відчувати наслідки для психічного здоров'я, пов'язані з війною. Це стосується як українців, що емігрували до початку повномасштабного вторгнення, так і громадян інших країн. Це також може стати перспективною групою для включення в дослідження, аналіз та порівняння.

Список використаних джерел: 1. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. Guilford Press; 2. Kotov, R., et al. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychol Bulletin*, 136(5), 768–821. 10.1037/a0020327; 3. Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *Am Psychol*, 64(4), 241–256. 10.1037/a0015309; 4. Kurapov, A., et al. (2023). The mental health impact of the ongoing Russian invasion of Ukraine. *Front Psychiatry*; 5. Lushchak, O., et al. (2023). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress among Ukrainians. *Lancet Reg Health Eur*, 36, Article 100773. 10.1016/j.lanepe.2023.100773.

ПОРУШЕННЯ РОБОТИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА ПОТЕНЦІАЛ ЦИФРОВИХ ВТРУЧАНЬ

Питання психічного здоров'я рідко пов'язують із роботою щитоподібної залози, хоча саме цей орган має надзвичайний вплив на емоційний стан людини. Цей невеликий орган регулює численні процеси в організмі через вироблення гормонів, і будь-які збої в його роботі можуть відбиватися на настрої різноманітним чином. Дедалі більше досліджень останніх років вказують на те, що люди з порушеннями функції щитоподібної залози зіштовхуються з депресією, тривожністю та іншими розладами настрою значно частіше, ніж решта населення. Коли залоза виробляє недостатньо гормонів, людина може відчувати постійну втому, апатію та пригнічений настрій, що нагадує класичну депресію. Навпаки, надмірна активність залози часто супроводжується тривожністю, дратівливістю та безсонням. Механізми цього явища включають зміни в роботі нейромедіаторів мозку, особливо серотоніну та дофаміну, які безпосередньо відповідають за наші емоції (Bernardes et al., 2024).

Варто звернути особливу увагу на субклінічні порушення роботи щитоподібної залози це стани, коли зміни в рівні гормонів ще занадто незначні, щоб поставити офіційний діагноз, але вони вже можуть викликати неприємні симптоми та впливати на самопочуття людини. Навіть незначні коливання рівня ТТГ можуть позначатися на когнітивних процесах, емоційному стані та загальному благополуччі.

Пацієнти з субклінічним гіпотиреозом нерідко повідомляють про зниження концентрації уваги, підвищену втомлюваність, емоційну лабільність і схильність до депресивних реакцій, тоді як субклінічний гіпертиреоз може викликати підвищену тривожність, дратівливість і проблеми зі сном. Клінічне значення таких змін залишається предметом активних дискусій. Прихильники раннього лікування наголошують на ризиках для серцево-судинної системи, метаболізму та психічного здоров'я, тоді як інші лікарі дотримуються консервативної позиції, обмежуючись спостереженням. Субклінічні порушення становлять важливу діагностичну дилему, що вимагає індивідуалізованого підходу з урахуванням як соматичних, так і психологічних аспектів (Bell et al., 2007).

У контексті психоемоційних проявів гіпертиреозу особливо показовими є клінічні спостереження. У пацієнтів із цим станом виявляється високий рівень психічних порушень: тривога зустрічається у 40,5% випадків, депресія – у 50,6%, а суттєве зниження функціональної спроможності відзначають 20,8% хворих.

Індикатори тривожності, депресивних проявів та функціональних порушень утворюють взаємопов'язану систему, у межах якої підвищення рівня цих показників супроводжується зниженням якості життя, зокрема у сферах емоційного комфорту,

соціальної активності та фізичного функціонування.

Після лікування гіпертиреозу спостерігається помітне зменшення психічних симптомів, що частково збігається зі зниженням рівня тироксину, однак у значній частині пацієнтів емоційні розлади зберігаються навіть після відновлення нормального гормонального балансу. Це свідчить, що психологічні наслідки гіпертиреозу мають не лише біохімічну природу, а й можуть набувати автономного, стійкого характеру, що вимагає цілеспрямованої психотерапевтичної допомоги поряд з ендокринологічним лікуванням (Chopra et al., 2023).

Особливо вразливою групою є підлітки та молоді люди з порушеннями функції щитоподібної залози. Тривога та депресія є частими психологічними розладами у цьому віці, а гормональні дисбаланси посилюють емоційну нестабільність, спричиняють безсоння, дратівливість, пригнічений настрій, втрату концентрації та відчуття втоми. Гіпертиреоз і гіпотиреоз впливають на роботу нервової системи, змінюючи рівень тривожності, емоційного реагування й стресостійкості, що ускладнює відмежування психічних симптомів від фізіологічних проявів. Тому психічний стан підлітків із порушеннями щитоподібної залози потребує комплексного підходу, який поєднує медичну та психологічну діагностику, адже емоційні симптоми є не лише наслідком, а й важливою частиною клінічної картини ендокринних розладів (Rehman et al., 2025).

На допомогу пацієнтам приходять сучасні цифрові технології – мобільні додатки для здоров'я, які дозволяють самостійно відстежувати симптоми, отримувати актуальну

інформацію та приймати більш усвідомлені рішення. Дослідження ефективності таких інструментів проводилося на базі додатку BOOST Thyroid, спеціально розробленого для людей з гіпотиреозом. Понад чотириста користувачів оцінювали свою якість життя та стан здоров'я до і після початку використання програми. Результати виявилися надзвичайно позитивними: майже 96% користувачів визнали додаток корисним, понад дві третини відзначили покращення якості життя, а 71% побачили позитивний вплив на здоров'я загалом. Особливо цінним виявився освітній компонент – зрозуміла, достовірна інформація допомагала краще розуміти власний стан і ефективніше з ним справлятися. Регулярні користувачі повідомляли про зменшення кількості симптомів та їхньої інтенсивності. Це демонструє, що цифрові технології можуть стати важливою складовою допомоги пацієнтам, не замінюючи традиційного медичного спостереження, але значно посилюючи можливості самоконтролю, підвищуючи медичну грамотність і покращуючи якість життя (Högqvist Tabor et al., 2021).

Отже, можна стверджувати, що психічне здоров'я тісно пов'язане з функціонуванням щитоподібної залози, а порушення її роботи мають глибокі психологічні наслідки. Гормональні дисбаланси не лише впливають на фізичний стан, а й значно змінюють емоційну сферу, знижують стресостійкість, спричиняють депресивні та тривожні розлади, які нерідко зберігаються навіть після нормалізації гормонального фону. Це свідчить про складну взаємодію між ендокринною та нервово-психічною системами, де психічні симптоми є інтегральними елементами клінічної картини. Водночас сучасні технології (мобільні додатки)

для моніторингу здоров'я, відкривають нові можливості для психоемоційної підтримки пацієнтів.

Це сприяє підвищенню обізнаності, саморегуляції та контролю над симптомами. Допомога людям із порушеннями роботи щитоподібної залози має бути спільною справою

фахівців з різних галузей, а саме лікарів, психологів, дієтологів та інших спеціалістів, які разом можуть підібрати найкраще лікування і підтримку. Підхід допоможе покращити клінічні результати та підвищити якість життя, що допоможе пацієнтам відновити емоційну рівновагу та соціальну активність.

Список використаних джерел: 1. Höggqvist Tabor, V., et al. (2021). Improving the quality of life of patients with an underactive thyroid through mHealth: A patient-centered approach. *Women's Health Rep*, 2(1), 182–194; 2. Bell, R. J., et al. (2007). Well-being, health-related quality of life and cardiovascular disease risk profile in women with subclinical thyroid disease: A community-based study. *Clin Endocrinol*, 66(4), 548–556. 10.1111/j.1365-2265.2007.02771.x; 3. Bernardes, B. M., et al. (2024). Relationship between mood disorders and thyroid changes. *Braz J Implantol Health Sci*, 6(2), 2241–2256. 10.36557/2674-8169.2024v6n2p2241-2256; 4. Rehman, U. L., et al. (2025). Anxiety and depression among adolescents and young adults with thyroid function disorders: a cross-sectional study. *Exp Rev Endocrinol Metabolism*; 5. Chopra, R., et al. (2023). Impact of hyperthyroidism and its treatment on the outcome of mental health, occupational functioning, and quality of life: A naturalistic, prospective study. *Ind J Psychiatry*, 65(5), 586-594.

Шварцман Яна Валеріївна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Савенкова Ірина Іванівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

РОЗЛАДИ СНУ НЕОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ ТА ШЛЯХИ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ

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 (Карпенко, 2022).

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 (American Psychiatric Association, 2013).

У клінічній практиці нерідко спостерігаються випадки хронічної інсомнії у військовослужбовців, які не сплять по кілька днів 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 (Beck et al., 2015).

Ефективна психореабілітація включає мультидисциплінарний підхід. Основні етапи можуть включати:

* Психосвіта – роз'яснення природи сну, тривожності, впливу стресу на психофізіологію.

* Когнітивно-поведінкова терапія – виявлення й корекція деструктивних переконань щодо сну, поведінкова стабілізація режиму.

* Майндфулнес-практики – розвиток навичок уваги "тут і тепер", зниження гіперактивації нервової системи.

* Дихальні техніки, релаксація, тілесно-орієнтована терапія – для зниження напруги.

* Арттерапія та гештальт-підходи – для емоційного розвантаження, роботи з внутрішніми образами тривоги.

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 (Юр'єва, 2005).

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 (Вознесенська, 2020).

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 соматки (як-от Feldenkrais¹¹ або TRE¹²).

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 (Карпенко, 2022).

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.

¹¹ Feldenkrais Method (FM) – метод Фельденкрайза; вид рухової терапії спрямований на реорганізацію зв'язків між мозком та тілом

¹² Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE) — комплекс вправ для зняття м'язової напруги, пов'язаної з травмою

Список використаних джерел: 1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). APA Publishing; 2. Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press; 3. Вознесенська, О. Ф. (2020). Посттравматичний стресовий розлад: клінічні прояви та підходи до лікування. Укрмедкнига; 4. Юр'єва, Л. М. (Ред.). (2005). *Невротичні, соматоформні розлади та стрес: Навчальний посібник*; 5. Карпенко, О. М. (2022). Психологічна реабілітація військовослужбовців: когнітивно-поведінкові та інтегративні підходи. *Психологічний вісник*, 2(15), 45–52.

Секція 2. Інновації у практиці психотерапії

Оглядів та аналітичні роботи

UDC 615.851::159.944.4-058.65/6

Annett Lotzin

MSH Medical School Hamburg

FROM STRESS AND TRAUMA TO STRENGTH: INNOVATIVE APPROACHES TO PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT IN GLOBAL CRISES

Global crises such as pandemics, natural disasters, and armed conflicts have markedly increased over the past decades (Mizutori & Guha-Sapir, 2020). These large-scale stressors often result in substantial psychological burdens, including post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD). While effective trauma-focused psychotherapies exist, there remains a gap in scalable, accessible, and culturally adapted interventions for individuals experiencing subclinical or early-stage post-traumatic distress.

The Taras Shevchenko National University of Kyiv and The Medical School Hamburg established The Ukraine Digital partnership to maintain academic continuity during wartime. In a cross-sectional survey of 563 Ukrainian psychology students, most reported multiple war-related stressors such as shelling, loss of loved ones, and displacement. About 24 % met criteria for elevated risk of (C)PTSD according to the ICD-11 International Trauma Questionnaire. Sexual abuse and cumulative trauma exposure emerged as the strongest predictors of CPTSD. These findings highlight an urgent need for specialized trauma services for young adults affected by war. A subsequent study (Lotzin et al., 2025) demonstrated

that higher levels of resilient coping, measured with the Brief Resilient Coping Scale, were associated with significantly lower PTSD and CPTSD symptom severity, underscoring the role of adaptive coping in crisis contexts.

To address the intervention gap between acute stress and full clinical disorders, the Skills for Life Adjustment and Resilience (SOLAR) program was developed by an international consortium of trauma experts (Forbes et al., 2017). SOLAR is a brief, five-session group intervention promoting adjustment and resilience through psychoeducation and skill training in emotion regulation and behavioral activation. Pilot studies following natural disasters demonstrated strong feasibility and effectiveness. A randomized controlled feasibility trial in Germany (Lotzin et al., 2022) confirmed high adherence, strong satisfaction, and reductions in psychological distress (Cohen's $d = .20$). Building on these results, the SOLAR program is currently being culturally adapted for Ukrainian populations. This adaptation integrates digital delivery, Ukrainian-language materials, and training for local professionals. In clinical care, trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) show the

strongest empirical evidence for PTSD treatment (Bisson et al., 2007). However, many affected individuals in global crisis contexts cannot always access in-person psychotherapy. Digital interventions such as Interapy, an evidence-based internet-delivered cognitive-behavioral writing therapy for PTSD and depression (Lange et al., 2003), illustrate the potential of scalable, therapist-guided online treatments that can be implemented in conflict settings.

Together, these approaches contribute to a scalable, evidence-based response model for psychological support in global crises, bridging the gap between acute stress and established trauma therapy, and strengthening resilience before chronic mental disorders emerge.

keywords: *trauma; post-traumatic stress disorder; trauma-focused interventions; SOLAR*

References: 1. Bisson, J. I., et al. (2007). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(3), Article CD003388. 10.1002/14651858.CD003388.pub3; 2. Cloitre, M., et al. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*, 138(6), 536–546. 10.1111/acps.12956; 3. Forbes, D., O'Donnell, M. L., & Bryant, R. A. (2017). Psychosocial recovery following community disasters: An international collaboration. *Aust N Z J Psychiatry*, 51(7), 660–662. 10.1177/0004867417700174; 4. Lange, A., et al. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *J Cons Clin Psychol*, 71(5), 901–909. 10.1037/0022-006X.71.5.901; 5. Lotzin, A., et al., (2025). Resilient coping during the Russian-Ukrainian war: Does it buffer the effects of cumulative trauma on ICD-11 post-traumatic stress disorder symptoms? *Compr Psychiatry*, 140, Article 152592. 10.1016/j.comppsy.2025.152592; 6. Lotzin, A., et al. (2022). The SOLAR group program to promote recovery after disaster and trauma: A randomized controlled feasibility trial among German trauma survivors. *Psychol Trauma*, 14(1), 161–171. 10.1037/tra0001105; 7. Mizutori, M., & Guha-Sapir, D. (2020). *Human cost of disasters: An overview of the last 20 years (2000–2019)*. CRED & UNDRR. URL; 8. O'Donnell, M. L., et al. (2020). An open-label pilot study of a brief psychosocial intervention for disaster and trauma survivors. *Front Psychiatry*, 11, Article 483. 10.3389/fpsy.2020.00483; 9. Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101. 10.1177/1073191103258144.

ТІЛЕСНИЙ ПРОЦЕС У ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ

Тіло – це не "додаток" до психіки, а спосіб її існування. Від перших описів організмичної саморегуляції у Ф. Перлза до сучасних моделей "мозок-тіло-поле" тілесний процес розглядається як базова умова виникнення усвідомленого досвіду "я тут-і-зараз". Нейронаукові підходи (Damasio, Cozolino) уточнюють цю інтуїцію: свідомість постає як інтеграція карт тіла та світу; емоційні, інтероцептивні і сенсомоторні патерни конструюють сцену свідомості, де формується "я" і здійснюється контакт. У цьому огляді я: (1) окреслю логіку тілесного процесу в гештальт-підході; (2) покажу, як дані нейронауки пояснюють клінічні феномени контакту/переривання; (3) запропоную практичні підходи для терапії (оцінка, інтервенції, етика роботи з тілесними патернами).

Гештальт-терапія виходить із цілісного розуміння "організм-середовище": потреба, що визріла у полі, організовує чуттєвий, емоційний та моторний матеріал у фігуру дії. Перлз описував це як природний "метаболізм" досвіду: *відчуття* → *усвідомлення* → *мобілізація* → *дія/контакт* → *асиміляція* → *відхід/спокій*. Порушення на будь-якій фазі фіксується у тілі як незавершений гештальт і відтворюється у схожих ситуаціях (Perls, 1969/2000). Перлз розгортає орально-агресивну метафору: здатність "кусати/жувати/перетравлювати"

психічний матеріал є умовою психічного здоров'я; пригнічення біологічно доцільної "деструкції" (*кусання* – як функції відокремлення корисного) породжує патологічні форми агресії чи ретрофлексії (Perls, 1969/2000; див. також виклад у Clarkson, 1988/2014).

Петрушка Кларксон систематизує цикл досвіду як практичну карту контакту, підкреслюючи необхідність залишатися "якнайближче до досвіду" і застерігаючи від редукціонізму при навчанні технікам: цикл – метафора, що орієнтує у процесі, а не догма (Clarkson, 2014). Саме на цій "орбіті" гештальт-практика вчить відслідковувати фази тілесного процесу (сигнали відчуття, хвилі збудження, рух до дії, сенсорну віддачу контакту й тілесне заспокоєння; Clarkson, 2014).

Тілесний процес – це часово-динамічне "дихання" контакту: коли він завершується, система повертається до гомеостазу; коли переривається – зберігається у тілі як патерн напруження/уникання і відтворюється.

Damasio (1999; 2010) показує, що свідомий досвід виникає на "сцені", де поєднуються образ світу, образ тіла і образ "я"; відчуття тіла (інтероцепція, вісцеросенсорні карти) забезпечують опорну систему координат для "це відбувається зі мною". "Я" не передує відчуттю – воно впливає із конвергенції сенсорних, моторних і соматичних карт (концепт *convergence-divergence zones*), де первинні

образи зводяться у метакarti узагальнених значень і сценаріїв взаємодії. Відтак будь-яка думка має образну тілесну основу – навіть абстракції (напр., "справедливість") "стоять" на конвергентних слідах емоційно-тілесних епізодів (Damasio, 2010).

Cozolino (2017) деталізує мережі страху/регуляції: амігдала (швидка система, зсув до генералізації загрози) і гіпокамп (повільна система, контекст та дискримінація) мають взаємодоповнюючі ролі; вгасання страху – це не "забування", а нове навчання, коли кортико-гіпокампальні асоціації пригнічують надмірну активацію амігдали (Milad & Quirk, 2002; огляд у Cozolino, 2017). Хронічний стрес і глюкокортикоїди ушкоджують гіпокамп, погіршуючи нове навчання та інтеграцію травматичного матеріалу; це пов'язують із дисоціацією, дефіцитами нарративу та тестуванням реальності (Cozolino, 2017)

Там, де Дамасіо описує "сцену свідомості" і метакarti, гештальт говорить про фігуру/фон та цикл контакту; там, де Козоліно описує баланс амігдала-гіпокамп-префронтальна кора, гештальт-терапевт спостерігає ритм збудження/заспокоєння, мобілізацію/інтеграцію, переривання/завершення. Дієві інтервенції (уповільнення, тілесне заземлення, мікро-дозований експеримент) фактично переналаштовують нейронні петлі: підсилюють "повільні" системи дискримінації/контексту, що гальмують автоматизовані загрози (Cozolino, 2017).

Тілесні патерни переривання контакту:

* *Ретрофлексія*. Агресія (у первинному сенсі "тягнутися до/діяти"), заблокована у полі, повертається на себе: стиск щелеп, затримка дихання, соматичний спазм – класичні маркери.

Перлз наполягає: інгібування "кусання/жування" як функції відокремлення/асиміляції породжує симптоми, що маскують незавершену дію ("не можу сказати/відійти/захистити межу") (Perlz, 1969/2000; виклад у Clarkson, 2014).

* *Конфлюенція*. Розмиття меж "я/не-я" знижує інтероцептивну тональність; пацієнт "не знає, що хоче тіло" – тілесна карта не підтягується до сцени, і гештальт не формується.

* *Дефлексія/Егоїзм*. Високий контроль/самопостереження без тілесної участі – "розмова про" замість проживання; амігдалярні мікро-спалахи тримають настороженість, гіпокамп не встигає "прив'язати" контекст (Cozolino, 2017).

Кларксон акцентує, що цикл – це не інструкція, а мапа; інтервенція повинна відповідати фазі і феноменології тіла. Натомість гештальт-позиція – "ближче до досвіду", з опорою на психосоматичну єдність (Clarkson, 2014).

За Дамасіо, усвідомлення – це інтеграція образу світу з образом тіла і образом "я"; інтероцептивні індекси (пульс, дихання, вісцеральні сигнали) "прошивають" перцептивні сцени значенням "зі мною". Коли тілесна карта не під'єднується (дисоціація, дереалізація), події реєструються, але не стають досвідом. Це добре узгоджується з клінічним спостереженням: у пацієнтів із ранньою травмою гіпокамп вирізняється підвищеною вразливістю до стресу; наратив і контекстування страждають, тоді як амігдала утримує неусвідомлені асоціації загрози (Cozolino, 2017). Тому "повернення до тіла" у гештальт-сесії – це не "прийом", а умова виникнення сцени свідомості (Damasio, 1999; 2010).

Як працювати з тілесним процесом у гештальт-терапії? Оцінка (assessment) через феноменологію тіла:

* Сенсація (прелімінарна фаза). Тонкі маркери: мікро-рухи очей, міміка, постуральні зсуви, мікропауза дихання. Завдання – дати місце сенсації, не переводячи одразу у “думку”.

* Усвідомлення/мобілізація. Віддзеркалити ритм збудження; ідентифікувати переривання (ретрофлексія, дефлексія, конфлюенція) у тілі.

* Дія/контакт. Мінімальні експерименти з межами (погляд, відсунути стілець, змінити дистанцію), тимчасовість та дозування є критичними (Clarkson, 2014)

* Асиміляція. Вербалізація після тілесної події (вписування у автобіографічну оповідь) – це гіпокампульне зв'язування; без цього тілесний досвід не стає довготривалою зміною (Cozolino, 2017)

* Інтервенції, узгоджені з нейродинамікою:

* Уповільнення й інтероцептивний фокус. Знижує реактивність амігдали, збільшує участь префронтальних мереж (Cozolino, 2017)

* Мікро-دوزи дії ("кусати/жувати" символічно). Перлзова логіка: повернути організму право на "функціональну деструкцію" – відділити "моє/не-моє", "можу/не буду" (Perls, 1969/2000; виклад у Clarkson, 2014)

* Контекстування ("де, коли, з ким?"). Підсилює гіпокампульну дискримінацію проти генералізації загрози (Cozolino, 2017)

* Ритм і хвилювання. Тримати "пульс" сесії (збудження-інтеграція). Занадто швидко – дисоціація; занадто повільно – дефлексія.

Етика тілесної роботи. Кларксон наголошує: приклади – це лише знімки моменту,

їх не можна переносити без чутливого налаштування до унікальності стосунку "клієнт–терапевт" (Clarkson, 2014). Тілесні інтервенції мають бути прозорі, добровільні й дозовані; пріоритет – безпека (особливо за наявності історії травми з ознаками дисоціації).

Тілесність травми: чому "старі гештальти" уперто повертаються? За Козоліно, дві системи пам'яті (швидка амігдалярна "таксонна" і повільна гіпокампульно-кортикальна "локальна") у стресі розбалансовуються: ми "падаємо" в генералізацію загрози, а контекст і реаліті-тестинг відключаються. Тому симптоми повертаються під стресом – це не "регрес", а нейронна ре-активація збережених амігдалярних слідів (Cozolino, 2017). Гештальт-мова назве це "незавершеним гештальтом": тілесний патерн (пози, дихання, напруга щелеп) – слід незавершеної дії. Терапевтична стратегія – повторне "вписування" тілесного епізоду у безпечний контекст (повільно, із ясною згодою, з орієнтацією на межі й ресурс поля). Саме тут стає зрозумілою перлзівська вимога: не "говорити про досвід", а жити його, оскільки лише інкорпорація через тіло переводить матеріал в асимільований досвід (Perls, 1969/2000).

Тілесний процес – серцевина гештальт-терапії: саме через тілесні хвилі збудження і ритм дії формується/завершується гештальт. Нейронаука підтверджує: без тіла не виникає "сцени свідомості"; тілесні карти – основа "я-контексту" (Damasio). Баланс амігдала-гіпокамп-

ПФК¹³ пояснює, чому у стресі "відкочується" інтеграція і чому повільна, тілесно обґрунтована робота є не опцією, а необхідністю (Cozolino). Перлзова логіка функціональної агресії (кусати-жувати-перетравлювати) перекладається у практику як відновлення здатності діяти у полі (замість ретрофлексії), тоді як карта Кларксон допомагає точніше "приземляти" інтервенції до

фази циклу. Клінічно це означає: орієнтуватися на феноменологію тіла, працювати з ритмом, утримувати безпечний контакт і забезпечувати асиміляцію. Саме так гештальт-підхід реалізує свою обіцянку – повертати цілісність як здатність організму жити своїм досвідом у повному контакті зі світом.

Список використаних джерел: 1. Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. Harcourt; 2. Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Pantheon; 3. Cozolino, L. (2017). *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain* (3rd ed.). W. W. Norton; 4. Clarkson, P. (2014). *Gestalt Counselling in Action* (4th ed.). SAGE; 5. Perls, F. (2000). *Ego, Hunger and Aggression*. Random House.

¹³ Prefrontal cortex (PFC)– префронтальна кора; йдеться про функціональну взаємодія між мигдалиною, гіпокампом і

префронтальною корою, що забезпечує регуляцію емоційних реакцій, пам'яті та контролю імпульсів

ПСИХОЛОГІЧНИЙ БІЛЬ ЯК ФОКУС ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ

Психологічний біль (psychological pain; англ. psychache) – суб'єктивне, часто інтенсивне емоційне переживання, пов'язане з відчуттям глибокого внутрішнього дискомфорту: провини, сорому, безнадії, втрати сенсу, соціального відторгнення, розпаду зв'язків тощо. Він супроводжується відчуттям сильних негативних змін у собі та своєму функціонуванні і є не менш реальним, ніж інші види горя чи втрати. Пролонговане у часі переживання болю, сприймається як страждання і нестерпно дошкуляє особистості. Його часто асоціюють з симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Однак їх потрібно розрізняти – тоді підхід та терапія будуть більш ефективними. Особливо це важливо в умовах затяжного військового протистояння України проти російських загарбників. Психологічний біль може супроводжувати ПТСР, але може бути окремим феноменом, індикатором зупинки, деформації, зависання емоції, зациклення енергії¹⁴, що її супроводжує. По суті, це застій енергії в тілі. Тіло виділило цю енергію для звершень, але дія з якихось причин не може бути реалізованою.

Концепція психологічного болю – "psychache" була систематизована Е. Шнейдманом як центральний фактор

суїцидальної поведінки (Shneidman, 1993; 2018; Holden et al., 2001). Найвні результати досліджень підтверджують, що психологічний біль часто супроводжує депресію, тривожні розлади, розлади особистості та є провідною психологічною рушійною силою суїцидальних намірів (Joiner, 2005; Klonsky & May, 2015). Ключові риси: інтенсивність та негативна валентність; відчуття внутрішньої "нестерпності" або "безвиході"; висока мотивуюча сила (прагнення припинити страждання, іноді шляхом суїциду); тісний зв'язок із соціальним болем (відторгнення), відчуттям беззмістовності, втратою близьких.

Останнє десятиліття ознаменувалося низкою досліджень, які суттєво просунули уявлення психологів про "psychache" у всіх напрямках – як феномена фізичного, психологічного, соціально зумовленого. Загалом до процесу психологічного болю залучені такі структури: передня поясна звивина, передній інсулярій, острівцева кора, мигдалина, медіальні префронтальні ділянки. Ці структури відповідають як за фізичний, так і за соціальний біль (Eisenberger et al., 2003; Apkarian et al., 2011). Нейробіологічні дослідження підтвердили інтеграцію тілесного і соціального болю та довели, що психологічний та фізичний біль

¹⁴ Тут *енергія* розуміється як суб'єктивно переживане напруження чи нереалізована тенденція до дії, але не у фізіологічному чи фізичному визначенні

мають спільні нейронні кореляти, зокрема активацію острівцевої кори та передньої поясної кори (ACC) (Li et al., 2020; Eisenberger, 2021). Доведено, що хронічний психологічний біль супроводжується функціональною та структурною перебудовою нейромереж (Arkarian et al., 2011). Choi, K. W., & Kim, Y. K. (2020) описали біохімічні механізми запалення, що підсилюють психологічні страждання. Підвищені рівні цитокінів (IL-6, TNF- α)¹⁵ асоціюються з погіршенням настрою й симптомами, схожими на "психологічний біль" (Dantzer et al., 2008).

Загалом можна говорити про єдину систему болю, яка інтегрує фізичні, емоційні та соціальні сигнали загрози. Зокрема, роботи Vaumeister & Leary (2017) і Decety & Yoder (2017) показують, що соціальний біль (відторгнення, розрив стосунків, втрата приналежності) активує ті самі мозкові ділянки, що й фізичний. Це підтверджує гіпотезу, що біль є універсальним механізмом сигналізації про втрату зв'язку – як тілесного, так і соціального. На цій основі формується новий біопсихосоціальний підхід, у якому психологічний біль – не просто реакція, а інтегрований маркер системної дисгармонії між тілом, емоційним станом і соціальним середовищем (Gündel et al., 2020; Koenig et al., 2019). Дослідження демонструють, що психологічний біль є механізмом реконсолідації досвіду. Переосмислення болю на рівні когнітивної психології у дослідженні Tamm, Werner-Seidler & Dalgleish (2020) показують, що інтенсивність болю прямо пов'язана з ригідністю автонаративу –нездатністю

оновлювати історію "Я" після травматичних подій. Психологічний біль у цьому контексті є не просто стражданням, а сигналом до переінтерпретації минулого.

Психологічний біль є енергією для переходу від старого до нового патерну сприйняття, заземленою в тіло та пам'ять. Цю ідею підтримують Lane & Nadel (2022), які демонструють, що психотерапія діє через механізм реконсолідації пам'яті – повторного активаційного запису емоційного досвіду в умовах нової когнітивної рамки. Van der Kolk (2018) і Lanius et al. (2020) описують тілесне втілення психічного болю та зауважують, що травматичний досвід не лише зберігається у пам'яті, а й проявляється у соматичних процесах – змінах дихання, тону м'язів, вегетативній регуляції на рівні глибинних процесів у клітинах. Дослідники вказують на обтяжуючу роль соматичної дисоціації та соціальної дезорієнтації. Причини соціальної дезорієнтації знаходимо у концепції Predictive-coding / free-energy: біль часто є "помилкою прогнозу" або відчуттям тривалого, невіршеного прогнозного дисонансу – коли внутрішня модель особистості/майбутнього систематично генерує очікування, які не корегуються (Friston, 2010; Clark, 2016). Автори Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021) говорять про прийняття досвіду як способу зменшити предиктивну невизначеність, що лежить в основі болю.

Таким чином, хронічний психічний біль – це не просто емоційний стан. Це стійкий афективний патерн, у якому: 1) нервова система переналаштовується на очікування болю; 2)

¹⁵ Цитокіни (IL-6 – інтерлейкін-6; TNF- α – фактор некрозу пухлин альфа) – білкові медіатори запалення, які

впливають на нейрохімічні процеси, пов'язані з емоційним станом

відбувається запалення в системах мозку, що регулюють емоції (особливо в лімбічній системі, передній пояській корі, мигдалевидному тілі); 3) психіка втрачає здатність оновлювати передбачення – тобто перестає вірити, що майбутнє може бути іншим (за Friston (2010) – порушення предиктивного кодування); 4) будь-яке нове враження сприймається через фільтр болю. Це вже не реакція на подію – це стан, що став частиною ідентичності.

Якщо хронічний психічний біль підтримується замкнутим колом: *Нейрозапалення* → *афективна дезрегуляція* → *когнітивна ригідність* → *соціальна ізоляція*, тоді систему відновлення можна запустити, пішовши у зворотному напрямку: *Безпечний контакт* → *когнітивна реконструкція* → *емоційна інтеграція* → *фізіологічна стабілізація*. Спочатку: безпечні стосунки – емпатичний контакт, у якому біль визнається, але не домінує. Далі – поступове відновлення довіри (до себе, інших, життя). Показана психологічна робота по створенню образу майбутнього – сценаріїв, у яких біль трансформується у сенс (за Friston (2010) – переписування моделі світу). Обов'язковим компонентом є фізіологічна регуляція – сон, ритм, вода, рух, холодіві практики, дихання. І звичайно ж, творчість — символізація болю через слова, музику, образи, яка допомагає психіці вийти за межі кола повтору. Більшість з цих аспектів впливу інтегровані в моделі SEEDS американського нейропсихолога Дж. Ардена (Arden, 2010; 2013). Його модель ґрунтується на принципах нейропластичності, епігенетики і психонейроімунології та пропонує практичні способи створення середовища, що підтримує оптимальне функціонування мозку.

SEEDS – це акронім, який позначає п'ять ключових компонентів здоров'я мозку та психіки з сфери профілактики: *Sleep* – сон, *Exercise* – фізична активність, *Education* – навчання, когнітивна стимуляція, *Diet* – харчування, *Social connection* – соціальні зв'язки. Однак, багато дослідників зауважує: у конкретних випадках показані медикаментозні та біомедичні втручання: антидепресанти, які зменшують загальну емоційну інтенсивність (хоча вони не завжди діють на базовий psychache); кетамін / ескетамін, що веде до швидкого зниження суїцидальних думок і важкого емоційного болю у деяких пацієнтів (докази рандомізованих контрольованих досліджень (RCTs) щодо швидкого зменшення суїцидальності); протизапальні стратегії – мета: зменшити "психологічні" прояви через корекцію системного запалення (Dantzer et al., 2008). Без фармакотерапії не обійтись — якщо: біль супроводжується вираженою депресією, суїцидальними думками, апатією, анедонією, є розлади сну, апетиту, концентрації, або спостерігається психотичний рівень дезорганізації (наприклад, марення, галюцинації). У таких випадках антидепресанти, стабілізатори настрою або анксиолітики можуть допомогти знизити нейрозапалення та відновити пластичність нервової системи. Психологічна допомога не виключає медикаментозної, а навпаки – робить її осмисленою. Проте Arden і його послідовники (Hanson, 2020; Ratey, 2022) наполягають, що психофармакологічні засоби лише підтримують хімічний баланс, тоді як SEEDS: формує нові патерни передбачення (predictive coding); зменшує ентропію системи; стабілізує афективні та когнітивні петлі. Таким

чином, фармакологія лікує наслідок, SEEDS – середовище причини.

Сучасна психотерапія рухається від моделі "усунення болю" до моделі інтеграції болю. Роботи Hayes & Hofmann (2021), Shahar et al. (2017) та García-Camprayo & Demarzo (2017) показують, що прийняття болю, самоспівчуття і майндфулнес практики зменшують його інтенсивність не через уникання, а через зниження предиктивної невизначеності – мозок вчиться не чинити опір досвіду, а інтегрувати його в оновлену модель "Я". Це узгоджується з концепцією Ruppert (2018), де психологічний біль постає як сигнал розриву внутрішнього зв'язку між частинами особистості. Терапевтична мета – не придушення болю, а відновлення резонансу між частинами психіки.

Отже, психотерапія нового покоління стає практикою динамічної регуляції предиктивної системи психіки, де страждання – не ворог, а процес, що стимулює перетворення. В цьому сенсі свою ефективність довели діалектико-

поведінкова терапія (DBT, Linehan) (регуляція емоцій і зниження суїцидальної поведінки), СВТ / Cognitive therapy (робота з дезадаптивними переконаннями, котрі підсилюють переживання болю), АСТ (навчання прийняттю болю й орієнтація на цінності: знімає страждання через зміну ставлення до болю, а не його ліквідацію), mentalization-based therapy (МВТ) та attachment-oriented підходи – працюють з дефіцитами у розумінні емоцій власних і інших (значимо при соціальному болю), Терапія травми (EMDR, sensorimotor psychotherapy) – знижує довготривалий емоційний "заряд" травматичних спогадів, що часто лежить в основі стійкого психологічного болю (Ogden & Fisher; van der Kolk, 2014).

І найважливіше, біль – не патологія, а сигнал. Хронічний психічний біль – це свідчення, що психіка все ще бореться за інтеграцію. Тобто людина ще рухається у своєму прагненні до цілісності. Це не невиліковно – але вимагає часу, співприсутності і поступовості.

Список використаних джерел: 1. Arden J. (2013), *The Brain Bible*; 2. Choi, K. W., & Kim, Y. K. (2020). Neuroinflammation and psychological pain. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 102, Article 109955. 10.1016/j.pnpbp.2020.109955; 3. Friston, K. (2010). The free-energy principle: a unified brain theory? *Nat Rev Neurosci*, 11(2), 127–138. 10.1038/nrn2787; 4. Verrocchio, M. C., et al. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review. *Front Psychiatry*, 7, Article 108. 10.3389/fpsy.2016.00108; 5. Schneidman, E. S. (2018). Revisiting psychological pain and its measurement. *Arch Suicide Res*, 22(4), 504–517. 10.1080/13811118.2017.1361837.

ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ СТЕРЕОТИПІВ ТЕРАПЕВТА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АЛЬЯНС

Взаємодія між клієнтом і терапевтом є ключовим фактором ефективності психотерапевтичного процесу. Формування терапевтичного альянсу, що включає взаємну довіру, емоційну взаємність і позитивне сприйняття ролей, визначає успішність психотерапії у довгостроковій перспективі.

Незважаючи на значну кількість досліджень, вплив гендерних аспектів на психотерапевтичний альянс залишається недостатньо вивченим. Гендерні стереотипи – соціально зумовлені уявлення про "чоловічі" та "жіночі" риси – формують очікування клієнтів і поведінкові патерни терапевтів, що може опосередковано впливати на якість взаємодії.

Розуміння ролі гендерних стереотипів має важливе практичне значення. У процесі терапії клієнти часто несвідомо порівнюють терапевта зі стереотипним образом чоловіка чи жінки, що може впливати на їхнє відчуття безпеки, готовність до саморозкриття і рівень емоційного залучення. Виявлення таких впливів дозволяє розробляти методики підготовки терапевтів, орієнтовані на підвищення чутливості до гендерних нюансів та зменшення впливу упереджень.

Огляд сучасних досліджень Дж. Геллер, Б. Фарбер і С. Шаффер [2] провели одне з перших емпіричних досліджень, що системно оцінювало вплив гендерних чинників на внутрішні репрезентації терапевтичних відносин. У

дослідженні брали участь дорослі клієнти, які оцінювали свої відносини з терапевтами різної статі.

Результати показали, що хоча чоловіки й жінки мають подібні уявлення про терапевтів у межах сесій, жінки частіше підтримують емоційний образ терапевта поза межами терапевтичних зустрічей. Особливо виражено це спостерігалось у випадку взаємодії з чоловіками-терапевтами, що підкреслює значення емоційної прив'язаності і специфічного сприйняття ролей у межах гендерних стереотипів. Висновки дослідження демонструють, що гендерні уявлення клієнтів можуть формуватися не тільки в процесі сесії, але й у поза її межами, що безпосередньо впливає на тривалість та якість альянсу.

Сучасні дослідження М. Шарпенберг [4] зосереджуються на порівнянні впливу гендерної відповідності у психодинамічних та когнітивно-поведінкових терапевтичних підходах. У вибірку включали дорослих клієнтів та терапевтів обох статей. Результати показали, що гендерна відповідність клієнта і терапевта позитивно впливає на ефективність психодинамічної терапії, особливо у жіночих діадах "терапевт-клієнтка".

Автори пояснюють це підвищеним рівнем емпатійного резонансу та зниженням ризику формування стереотипних очікувань у процесі терапії. У когнітивно-поведінковій терапії, що

характеризується структурованими і методично визначеними процедурами, вплив гендерної відповідності на якість альянсу виявився менш значущим, що підкреслює роль специфіки методів у взаємодії гендерних чинників і терапевтичного процесу.

Дослідження М. Вінтерстін, Дж. Менсінгер, Г. Даймонд [5] проводилося на великій вибірці підлітків і включало оцінку впливу гендерної та расової відповідності на формування альянсу і завершення курсу психотерапії. Автори виявили, що співпадіння статей підвищує якість терапевтичного альянсу, збільшує ймовірність завершення терапії і покращує сприйняття терапевтичного процесу підлітками. Водночас терапевти, які працювали з клієнтами протилежної статі, систематично оцінювали якість альянсу нижче, що вказує на існування несвідомих упереджень. Це дослідження підкреслює необхідність врахування гендерної динаміки у процесі супервізії та підготовки спеціалістів.

Дж. Овен, М. Ліч, Б. Вамполд, Е. Родолфа (2009) запровадили концепт гендерної компетентності терапевта – здатності ефективно працювати з клієнтами будь-якої статі незалежно від власного гендеру. Дослідження показало, що хоча стать клієнта формально не визначає результати терапії, певні терапевти демонструють кращі результати з конкретними групами клієнтів, що свідчить про індивідуальні відмінності у гендерній чутливості. Автори наголошують на необхідності розвитку професійної компетентності для мінімізації впливу стереотипів, що може проявлятися через очікування, невербальну поведінку та емоційну взаємність у терапевтичних відносинах.

Дж. Кларкінг, К. Леві (2004) здійснили огляд досліджень щодо впливу статі клієнта на результати психотерапії. Автори підтвердили, що формальна стать клієнта не є вирішальним чинником ефективності терапії. Проте вони відзначають, що гендерні стереотипи проявляються на рівні очікувань, невербальної поведінки та емоційної залученості, що безпосередньо впливає на формування довіри та глибину терапевтичного альянсу. Робота підкреслює, що аналіз гендерних аспектів важливий для розуміння механізмів терапевтичного процесу та індивідуальних відмінностей у його результатах.

Вплив гендерних стереотипів на терапевтичний альянс реалізується опосередковано через механізми сприйняття, емоційної взаємності та ідентифікації між учасниками терапевтичного процесу. Гендерна відповідність між клієнтом і терапевтом може підвищувати відчуття безпеки, довіру та емоційну залученість, проте ключовим чинником ефективності терапії залишається професійна чутливість та здатність терапевта усвідомлювати власні упередження.

Розуміння ролі гендерних стереотипів та розвиток гендерної компетентності терапевта є критично важливими для підвищення якості терапевтичного альянсу та оптимізації психотерапевтичної практики. Аналіз сучасних емпіричних даних дозволяє зробити висновок, що хоча формальна стать клієнта не визначає успішність терапії, взаємодія гендерних чинників із професійними компетенціями терапевта має суттєвий вплив на емоційний клімат сесій та завершення терапевтичного курсу.

Список використаних джерел: 1. Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client gender on psychotherapy outcome: A review and critique. *Psychother Theor Res Pract Train*, 41(3); 2. Geller, J. D., Farber, B. A., & Schaffer, C. (1982). The effects of patient and therapist gender on internalized representations of the therapeutic relationship. *J Consult Clin Psychol*, 50(3); 3. Owen, J., et al. (2009). Therapists' gender competence and psychotherapy outcomes: Do psychotherapists vary in their ability to treat men and women? *Psychotherapy Res*, 19(6), 10.1080/10503300902933170; 4. Scharpenberg, M., et al. (2022). Gender matching and psychotherapy outcome: Evidence from psychodynamic and CBT approaches. *BMC Psychology*, 10. 10.1186/s40359-022-00761-4; 5. Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do gender and racial matching between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment completion? *J Consult Clin Psychol*, 73(1).

ТРАНСФОРМАЦІЯ ДЕПРЕСІЇ: ЯК РОБОТА З ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНОЮ ТРАВМОЮ ВІДНОВЛЮЄ КУЛЬТУРУ ЖИТТЯ

Коли покоління за поколінням замовчує біль, він перетворюється на тінь, яка супроводжує нащадків. Ця тінь часто проявляється у вигляді депресії – одного з найпоширеніших розладів сучасності. За даними оцінювання Всесвітньої організації охорони здоров'я у жовтні 2024 року, 46% українців повідомили про погіршення свого психічного здоров'я порівняно з довоєнним періодом; 41% відчувають психічні розлади. Серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) рівень симптомів депресії досягає $\approx 50\%$, а серед непереселених – близько 35% (ReliefWeb, 2024).

Депресія – не просто медичний діагноз, вона є культурним і соціальним явищем, що часто сигналізує про "заморожену" родову історію, непроговорені втрати чи травми, які накопичені і передаються між поколіннями. У контексті України, де війна, масові міграції і втрати стали частиною повсякденного життя, ця проблема набуває особливої ваги. Почуття безнадії, емоційного вигорання і тривоги – це не лише індивідуальний досвід, а й колективний, пов'язаний із родовими історіями, які залишилися незавершеними.

Сучасні психологічні теорії і клінічна практика вказують: депресію слід розглядати не лише як прояв біохімічних чи когнітивних

дисфункцій, а як можливість трансформації – через усвідомлення травматичного досвіду роду, проговорення його, інтеграцію в особисту і сімейну історію.

Комбінація психотерапевтичних методик, культурних інтервенцій (освітніх програм, мистецтва, створення місць пам'яті), і сімейної роботи може відновити "культуру життя" і підвищити стійкість, резилієнтність¹⁶, наступних поколінь (Kalaitzaki et al., 2024).

Поняття колективної й культурної травми допомагають зрозуміти депресію як феномен, який виходить за межі особистісного. У сім'ях, де досвід війни, голоду або репресій не був проговорений, формується "заморожена" емоційна атмосфера – заборона на прояв почуттів, замовчування теми втрат, стигма психічних розладів. Ці патерни передаються між поколіннями й стають невидимим фоном, на якому виникає апатія, почуття безсенсовності, труднощі з ідентичністю та встановленням близьких стосунків.

Сучасні дослідження показують, що трансгенераційна передача травми має не лише психологічні, а й біологічні механізми – зміни у роботі стрес-вісь НРА¹⁷ та епігенетичні модифікації, які впливають на регуляцію емоцій (Kellermann, 2013). Таким чином, депресивні

¹⁶ авторка наводить коректну транслітерацію терміну; те ж що й резилієнс, резильєнтність (англ. resilience)

¹⁷ гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь (англ. – hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA)

симптоми можна інтерпретувати як "сигнал системи", яка намагається звернути увагу на непрожитий досвід.

Проговорення травматичних історій – у терапії, родинних розмовах або культурних практиках – виконує інтеграційну функцію: воно дозволяє повернути собі право на почуття, відновити зв'язок із попередніми поколіннями й перетворити родову пам'ять з джерела болю на ресурс життєстійкості (Bowe et al., 2025).

У процесі роботи з трансгенераційною травмою психотерапевт виконує роль фасилітатора й "контейнера" для емоцій клієнта. Він створює безпечний простір, де можлива зустріч із травматичними подіями роду без повторної ретравматизації. Важливим є формування надійного терапевтичного альянсу, який сам по собі є коригуючим емоційним досвідом.

Клінічні завдання терапевта включають: стабілізацію клієнта, регуляцію рівня афекту, поступове дозоване наближення до травматичних спогадів, а також переосмислення та інтеграцію досвіду у власну життєву історію. Для цього застосовуються різні підходи: нарративна реконструкція, метод сімейних констеляцій, EMDR¹⁸, тілесно-орієнтовані та сенсомоторні техніки, які допомагають завершити незавершені стресові реакції.

Етична складова є критичною: терапевт має дбати про темп процесу, поважати межі клієнта й підтримувати його автономію, щоб робота з травмою ставала не лише безпечною, а й такою, що повертає людині відчуття сили і здатності творити власне життя.

Вихід терапевтичного процесу на рівень культури поглиблює ефект інтеграції. Концепція "культурної пам'яті" підкреслює, що суспільство потребує спільних форм вшанування минулого, щоб колективно опрацювати травматичні події. Місця пам'яті, меморіальні музеї та інсталяції стають символічними просторами, де відбувається колективне "проговорення" і визнання втрат (Assmann, 2011).

Мистецькі практики – документальні театральні постановки, арт-терапевтичні виставки, фотопроекти – допомагають символічно виразити досвід, який важко вербалізувати. Освітні ініціативи й публічні лекції створюють мову для розмови про травму та нормалізують звернення по психологічну допомогу. Такі культурні інтервенції знижують колективну ізоляцію й сором, підтримують солідарність і змінюють суспільний наратив – від виживання до наративу життя, гідності й суб'єктності.

Не менш важливою є індивідуальна культурна рефлексія. Людина може створювати власні ритуали пам'яті — вести щоденник родової історії, записувати спогади старших родичів, писати листи предкам або померлим близьким, аби "договорити" те, що залишилося неказаним. Творчі форми самовираження – малювання, колаж, фотографія, рухові медитації – допомагають інтегрувати емоції на тілесному рівні. Такі практики повертають почуття приналежності до власної історії та відновлюють відчуття сенсу навіть у часи колективної кризи.

¹⁸ десенсибілізація та переробка рухами очей (англ. – eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)

Сім'я є головною системою, де формується передача як травматичного, так і ресурсного досвіду (Bowen, 1978). Згідно з теорією сімейних систем, зміни в одній ланці сімейної системи впливають на всю її структуру.

Тому робота з родовою пам'яттю у сімейному форматі має значний потенціал для глибокої інтеграції. Сімейні практики можуть включати регулярні "вечори історій", де члени родини діляться спогадами й розповідають дітям про події минулого, створення родового дерева або фотоальбому, який включає як світлі, так і складні сторінки історії. Корисними є ритуали вдячності, де кожен може сказати, за що вдячний іншим, і ритуали пам'яті, які символічно вшановують тих, кого вже немає.

Такі практики формують безпечний простір для проживання емоцій, зменшують міжпоколінні конфлікти й підсилюють відчуття єдності. Діти, які бачать, що дорослі здатні говорити про втрати й водночас знаходити сенс у житті, засвоюють більш гнучкі моделі реагування на стрес, що підвищує їхню резилієнність у майбутньому.

Резилієнність визначається як здатність системи – індивідуальної чи сімейної – відновлюватися після криз, адаптуватися до нових умов і зберігати відчуття сенсу (Walsh, 2016).

Це не лише повернення до попереднього рівня функціонування, але й можливість розвитку, так званий пост-травматичний ріст.

Робота з родовою пам'яттю впливає на формування у дітей безпечної прив'язаності, навчає їх бачити, що складні почуття можна витримувати й трансформувати, а травматичний досвід може ставати ресурсом для сили. Це знижує міжпоколінну передачу тривоги й депресивних патернів, а натомість підвищує довіру до світу та здатність діяти навіть у кризових обставинах.

Коли такі зміни відбуваються на рівні сімей і спільнот, вони формують культуру психологічної безпеки та солідарності. Таким чином, індивідуальна й сімейна робота з травмою стає довгостроковою інвестицією в психічне здоров'я суспільства та створення більш стійких поколінь, здатних не лише виживати, а й будувати нову культуру життя.

Список використаної літератури: 1. Alexander, J. C. (2012). *Trauma: A Social Theory*. Polity Press; 2. Assmann, J. (2011). *Cultural Memory and Early Civilization: Writing, Remembrance, and Political Imagination*. Cambridge University Press. 10.1017/CBO9780511996306; 3. Bowen, C., Thomas, C., & Mackey, P. (2025). Perspective to Practice: Theoretical Frameworks Explaining Intergenerational Trauma, Violence, and Maltreatment and Implications for the Therapeutic Response. *Int J Environ Res Public Health*, 22(3), Article 321. 10.3390/ijerph22030321; 4. Kellermann, N. P. (2013). Epigenetic transmission of Holocaust trauma: Can nightmares be inherited? *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 50(1), 33–39. PMID: 24029109; 5. World Health Organization. (2025, February 24). *Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation in Ukraine*. WHO Europe. URL.

РОБОТА ЗІ ЗМІСТОМ ДУМОК У КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІЙ ТЕРАПІЇ ТА ТЕРАПІЇ ПРИЙНЯТТЯ І ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (АСТ): ТЕОРЕТИЧНІ ТА ЕМПІРИЧНІ ВІДМІННОСТІ

Когнітивно-поведінкова терапія вже давно зайняла чільне місце у терапії низки психічних розладів, так само як і їх субклінічних проявів та інших порушень психічного здоров'я. Започаткована у 1940-х роках біхевіористами, когнітивно-поведінкова терапія (далі - КПТ) пройшла шлях становлення від суто поведінкового методу до когнітивно-поведінкового, і далі до розгалуження підходу на ціле розмаїття напрямів, що продовжують розвиватися. Таку історію розвитку КПТ прийнято описувати хвилями, і друга хвиля у 1960-х роках внесла когнітивний принцип як медіатор між стимулом і реакцією. Відтоді фокус у цьому терапевтичному підході є на тому, що саме думає людина і як це змінити.

Третя хвиля КПТ є такою досить умовно, адже деякі з підходів скоріше тримаються лише фундаментальних ідей впливу когніцій, емоцій та поведінки на психічне здоров'я, тоді як процес терапевтичних змін обґрунтовують вже на інших філософських та концептуальних засадах. Тобто такі напрями, як терапія прийняття та відповідальності, метакогнітивна терапія, когнітивна терапія, заснована на усвідомленості (МВСТ) представляють собою течії від спільного з КПТ коріння, та вже з іншими рамками та принципами. Зокрема, визначальною рисою більшості напрямів третьої хвилі КПТ є зміщення фокусу зі змісту когніцій у витоках небажаних емоційних та поведінкових труднощів до контексту їх виникнення та

прийняття або ж опрацювання у інший спосіб, без власне зміни.

Терапія прийняття та відповідальності (АСТ, з англійської - Acceptance and Commitment Therapy) була заснована Стівеном Гейзом у 1980-1990х роках внаслідок досліджень ефективності терапевтичних інтервенцій, що базувалися на жорстких рамках діагностичних критеріїв. Гейз та колеги звернули увагу на низьку успішність чітко окреслених психіатричних діагнозів за DSM-5, які не охоплювали весь спектр індивідуальної поведінки пацієнтів. На їхню думку, когніції, як і симптоми, що приписуються тому чи іншому розладу, потрібно розглядати з точки зору функцій та контексту, а не певної постульованої істинності чи негативності. Таким чином, АСТ належить до широкої сім'ї когнітивно-поведінкового підходу, але ґрунтується на принципах функціонального контекстуалізму та теорії реляційних фреймів - поведінково-аналітичній теорії людської мови та когніції.

Як зазначає сам Гейз (2021), з наукової перспективи не має сенсу порівнювати ефективність втручань традиційної КПТ та АСТ чи інших підходів третьої хвилі. Модеруючі та медіаторні фактори (коморбідності, пре-тестові рівні психологічної гнучкості, прийняття тощо) мають достатньо великий вплив, щоб зробити порівняльні аналізи двох методів клінічно безсенсовними. При цьому цікаво все ж розглянути підґрунтя та вплив концептуальної

фундаментальної різниці двох підходів – ставлення і роботи зі змістом когніцій. У КПТ та АСТ за це відповідають інструменти когнітивної реструктуризації та когнітивного відокремлення (cognitive defusion) відповідно.

Когнітивна реструктуризація це процес піддання сумніву некорисних або небажаних думок, їх перевірка на істинність та адекватність, та заміна на більш адаптивні. Цей метод є поширеним та фактично головним у терапії низки психічних розладів, як депресивний, різні тривожні розлади, посттравматичний стрес тощо. Серед способів або етапів застосування методу є помічання когніцій, їх найменування та дистанціювання від них. Як побачимо далі, ці процеси є схожими і в АСТ підході. Та яскравою рисою традиційної КПТ є процес тестування думок – пошук доказів на підтвердження правдивості чи реалістичності когніцій, визначення негативних наслідків таких думок, та виявлення негативних когнітивних викривлень.

Традиційна КПТ у цьому контексті виходить з позицій, що зміст думок можна оцінити та віднести до категорії правдивих, адекватних, прийнятних або навпаки. Очевидною є інтенсивна взаємодія зі змістом згаданих думок та ймовірна висока енергоємність процесу їх оспорювання, дослідження та трансформації.

Когнітивне відокремлення в АСТ це процес протилежний до когнітивного зчеплення або злиття (fusion), яке грає значну роль у витокх людських страждань, згідно з теоретичними положеннями підходу. Автоматичні та плінні думки, переконання та історії про себе та світ є невід'ємною частиною людської природи, тому не варто патологізувати певні з них. Проблема у клінічному розумінні такі когніції стають тоді,

коли їх носії зливаються з такими думками, через що втрачають контакт із поточним моментом та не живуть життя згідно зі своїми цінностями. У терапевтичному процесі когнітивне відокремлення розвивають шляхом психоедукації та експеріментальних технік.

Ключовою відмінною рисою АСТ у порівнянні із традиційною КПТ є принципова відмова від боротьби з думками, емоціями та переживаннями, які сприймаються як небажані чи неприємні. Натомість, підхід пропонує розвивати прийняття – у значенні визнання наявності таких когніцій та марності намагання контролювати їх появу чи оригінальний зміст. Когнітивне відокремлення є одним з компонентів цього процесу, який в разі успішного розвитку навичок допомагає змінювати вплив когніцій на самопочуття, без зміни їх змісту.

Метааналіз Ezawa et al. (2023) підтверджує, що когнітивна реструктуризація має стабільний позитивний зв'язок із терапевтичними результатами, з ефектом, який можна порівняти за силою з іншими психотерапевтичними методами. Її вплив виявляється як негайно в сесії, так і в довгостроковій перспективі. Таким чином, когнітивну реструктуризацію можна вважати критично важливим процесом змін у психотерапії, зокрема у когнітивно-поведінковому підході.

Дослідження когнітивного відокремлення демонструють стійкий терапевтичний ефект за показниками підвищення психологічної гнучкості, зниження інтенсивності тривожних та фобічних когніцій і віри в них. АСТ за дизайном є трансдіагностичним підходом, тож підтверджена ефективність втручань спостерігається для психічних розладів від

депресії до психотичних розладів (Bloy et al., 2021).

Порівняння емпіричних даних дозволяє стверджувати, що когнітивне відокремлення та когнітивна реструктуризація мають порівнювану загальну ефективність у зниженні психологічного дистресу та симптоматики, з розмірами ефекту в діапазоні $d \approx 0.65-0.95$, що відповідає помірному до великого ефекту (Levin et al., 2018). Ключові відмінності полягають у процесах змін та механізмах впливу: когнітивна реструктуризація працює через раціональну переоцінку та корекцію логічних спотворень у змісті думок, тоді як когнітивне відокремлення змінює функціональне ставлення до думок через дистанціювання та спостереження без оцінки (Barrera et al., 2016). Когнітивне відокремлення демонструє переваги у зниженні емоційного злиття, віри в думки та поведінкової реактивності. Реструктуризація, натомість,

показує кращі результати в корекції специфічних когнітивних спотворень, підвищенні раціональності мислення та роботі з переконаннями, що потребують логічного аналізу.

Таким чином, наявний стан досліджень віддзеркалює теоретичні і концептуальні відмінності щодо роботи зі змістом когніцій у традиційній КПТ та АСТ. Гіпотези та механізми в основі відповідних терапевтичних інтервенцій є відмінними, результати після втручань наближені за силою ефекту, а модеруючі фактори відіграють критичну роль щодо вибору інструментарію. Вибір терапевтичної стратегії щодо роботи зі змістом когніцій є контекстуально залежним і має ґрунтуватися не на загальній ефективності, а на характеристиках клієнта, специфіці проблеми та терапевтичних цілях.

Список використаних джерел: 1. Barrera, T. L., Szafranski, D. D., Ratcliff, C. G., Garnaat, S. L., & Norton, P. J. (2016). An Experimental Comparison of Techniques: Cognitive Defusion, Cognitive Restructuring, and in-vivo Exposure for Social Anxiety. *Behav Cogn Psychother*, 44(2), 249–254. 10.1017/S1352465814000630; 2. Bloy, S., et al. (2021). "My voices are just part of me, they don't own me": a qualitative investigation of Acceptance and Commitment Therapy groups for people experiencing psychosis. *Psychosis*, 13(3), 195–208. 10.1080/17522439.2020.1870542; 3. Ezawa, I. D., & Hollon, S. D. (2023). Cognitive restructuring and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 60(3), 396–406. 10.1037/pst0000474; 4. Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363–375. 10.1002/wps.20884; 5. Levin, M. E., et al. (2018). Comparing cognitive defusion and cognitive restructuring delivered through a mobile app for individuals high in Self-Criticism. *Cogn Therapy Res*, 42(6), 844–855. 10.1007/s10608-018-9944-3

УДК 159.9:615.851:616.895.4

Курішко Олена Вікторівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ПСИХОДЕЛІЧНО АСИСТОВАНА ТЕРАПІЯ

В РОБОТІ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний стан, що виникає після пережитої травматичної події. Це суб'єктивне відчуття продовжуваності травми навіть тоді, коли умови змінилися і втратили свою актуальність. Це те, що є у внутрішньому світі, і спогади про що можуть афективно проявитися у будь-який момент. Сучасні методи лікування включають психотерапію та фармакологічні засоби, однак значна частина пацієнтів залишаються симптоматичними навіть після стандартного лікування, що вказує на потребу в нових підходах.

ПТСР супроводжується симптомами нав'язливого повторного переживання (флешбеки, нічні кошмари), підвищеної тривожності та уникання будь-яких нагадувань про травму. (Glatman Zaretsky et al., 2024)

Діючі військові, що перебувають у зоні бойових дій, переживають колосальне психічне навантаження. Хоча повну статистику психічного стану особового складу в умовах триваючої війни зібрати важко, окремі дані свідчать про зростання таких проблем. За даними Міністерства оборони України (липень 2024 р.) ПТСР становить 29% усіх невротичних (стресових) розладів у військовослужбовців (Brodovska & Tkachenko, 2024).

Ксенія Возніцина (директорка центру "Лісова поляна") прогнозувала, що до 20% військовослужбовців можуть отримати діагноз ПТСР. З іншого боку, кризовий психолог Олена Подолян зауважувала, що українська статистика навряд чи перевищить середньосвітову і може сягнути близько 8%. Незважаючи на різницю в оцінках, очевидно, що тисячі українських бійців переживають симптоми бойового стресу та

травми, навіть якщо не всі вони оформлені як офіційний діагноз.

В ряді традиційних підходів роботи із ПТСР, рекомендовані різні форми когнітивно-поведінкової терапії або терапії на основі експозиції як першочерговий метод лікування. Однак ефективність цих підходів обмежується високими показниками припинення лікування – у середньому 29%, а іноді до 55,8% – особливо у дослідженнях, які намагаються оцінити ці підходи в реальних клінічних умовах, таких як служба охорони здоров'я ветеранів (VA).

Недостатнє врахування супутніх розладів та інших ускладнюючих характеристик, таких як проблеми з міжособистісною довірою, неузгоджена самоорганізація та дисоціація, також можуть зробити ці методи лікування недоступними або неефективними для багатьох пацієнтів.

Багато терапій для ПТСР були розроблені в контексті моделі згасання страху. Реакції страху легше моделювати та викликати у тварин, що дозволило отримати дані про неврологічні механізми страху, включаючи активність і зв'язок між мигдалеподібним тілом мозку (амігдалою), префронтальною корою та передньою поясною корою мозку серед інших. Одне лише кондиціонування страху не може повністю пояснити розвиток і підтримку ПТСР, оскільки це багатофакторний розлад, на який впливають різні аспекти: когнітивні, екологічні, генетичні та соціальні фактори (Glatman Zaretsky et al., 2024).

Наприклад, міжособистісна травма підриває базову довіру до людей, що ускладнює психотерапію; окремі пацієнти мають дисоціативний тип ПТСР, коли страхові спогади

ізолювані від свідомості. Традиційні методи експозиції не враховують повністю цю гетерогенність. Таким чином, хоча модель страху багато пояснює на нейронному рівні, у лікуванні ПТСР важливо виходити за її рамки – поєднувати роботу з емоційною пам'яттю із відновленням довіри, цілісної особистісної самоорганізації та соціальних навичок.

На сьогодні жоден препарат не був розроблений і затверджений спеціально для цього розладу на основі патофізіології ПТСР.

Є лише 2 препарати, схвалені FDA¹⁹ для лікування ПТСР: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС): сертралін і пароксетин. Спочатку вони були розроблені для лікування великого депресивного розладу (ВДР), стану з деякими перекривними, але в основному відмінними нейрохімічними особливостями. Відповідно, ці антидепресанти були лише трохи більш ефективними, ніж плацебо. З моменту їх схвалення в 1999 і 2000 роках відповідно, жодних нових фармакологічних засобів не було схвалено FDA для лікування ПТСР. (Glatman Zaretsky et al., 2024)

У практиці застосовують різні засоби "офф-лейбл" – наприклад, снодійні, антипсихотики, протитривожні препарати – але вони спрямовані лише на окремі симптоми (безсоння, психомоторне збудження тощо) і не впливають на ядро розладу. Таким чином, традиційна фармакотерапія ПТСР обмежена і здебільшого підтримувальна. Це спонукає до пошуку інноваційних біологічних методів лікування розладу, які б таргетували нейрональні процеси

травматичного навчання та пам'яті. За останні роки увагу привернули препарати з психоделічними властивостями, здатні впливати на нейропластичність і емоційну переробку спогадів (Shannon & Geller, 2024).

Розглянемо ряд альтернативних методів лікування. Кетамінова терапія, яка впливає наступним чином:

* вивільнення глутамату в медіальній префронтальній корі через антагонізм NMDA-рецепторів на гальмівних ГАМК-інтернейронах, що призводить до активації AMPA-рецепторів (AMPA) на постсинаптичних нейронах, стимулює вивільнення BDNF (фактору росту нейронів) та активацію каскаду mTOR, що запускає нейропластичність і ріст дендритів, що, у свою чергу, відновлює синаптичні дефіцити, спричинені хронічним стресом. Тобто мозок починає знову "рости" й адаптуватись, буквально загоюючи наслідки тривалого емоційного навантаження.

* залучення mPFC у медіальній префронтальній корі (mPFC), що сприяє згасанню страху (fear extinction), що важливо при роботі з травмою, ПТСР або надмірною тривожністю.

* зменшує активність нейронних зв'язків між мигдалеподібним тілом (амігдалою) та вентромедіальною префронтальною корою (vmPFC), що знижує надмірне збудження амігдали, і покращує "згори-вниз" гальмування емоцій (тобто контроль над страхом і тривогою з боку свідомої частини мозку).

* нормалізує реакцію амігдали на загрози або стрес. Простіше кажучи — реакції страху

¹⁹ Food and Drug Administration (FDA) – Управління з продовольства і медикаментів США

стають менш неконтрольованими, мозок повертається до рівноваги. Зменшує симптоми ПТСР.

Підсумовуючи, кетамін відкриває новий напрям у лікуванні ПТСР – фармакологічне полегшення нейропластичності. Він не лише приглушує симптоми, але й створює сприятливі біохімічні умови для перезапису травматичних спогадів, що потім закріплюється психотерапевтично. (Shannon & Geller, 2024)

Терапія за допомогою псилоцибіну. Псилоцибін – психоактивна речовина грибів – належить до класичних психоделіків і теж привертає увагу як потенційний засіб від наслідків психологічної травми. Механізм дії псилоцибіну відрізняється від кетаміну: він є агоністом серотонінових 5-HT_{2A} рецепторів. Під впливом псилоцибіну виникає каскад ефектів:

* *Допамінергічний викид.* Псилоцибін підвищує вивільнення дофаміну в striatum (смугастому тілі) мозку. Це забезпечує відчуття ейфорії, підсилює мотивацію і активує систему винагород. Пацієнти описують підйом настрою, підвищення енергії та емоційне полегшення, що може протидіяти притупленості та дисфорії, характерним для ПТСР.

* *Активація генів нейропластичності.* Дослідження на тваринах демонструють, що псилоцибін дуже швидко (протягом годин) підвищує активність генів, пов'язаних із нейрональною пластичністю, особливо в префронтальній корі. Зокрема, збільшується експресія генів транскрипційних факторів (c-Fos, FosB, JunB та ін.), білків синаптичного росту (PSD95) та факторів росту (BDNF). Це означає, що мозок під дією псилоцибіну входить у стан підвищеної здатності до перебудови нейронних

зв'язків – "перепише" себе, відкриваючи можливість для формування нових переконань і руйнування патологічних емоційних патернів. (Shannon & Geller, 2024)

* *Зміни мозкового кровотоку та активності мереж.* Псилоцибін тимчасово посилює мозковий кровотік у лобних і скроневих зонах, що відповідають за саморефлексію, емоції та мовлення. Відзначено розбалансування активності так званої "режимної мережі мозку" (default mode network, DMN) – зниження її впливу. Натомість підсилюються більш примітивні, сенсорні рівні обробки (bottom-up processing). Це проявляється у своєрідному "хаосі" спонтанної нейрональної активності: мозок перестає фільтрувати інформацію через усталені шаблони, як він робить у нормі. Внаслідок цього суб'єктивно світ сприймається ніби без автоматичних оцінок і упереджень – "таким, як він є". Для травмованої людини такий ефект може означати звільнення від заскорузлих негативних установок (наприклад, "я в небезпеці завжди" чи "я винен").

* *Підвищення інтеграції сенсорних і тілесних відчуттів.* Псилоцибін сприяє кращій координації між сенсорними зонами та соматомоторними мережами мозку. Це підсилює відчуття присутності у моменті – людина гостріше відчуває своє тіло, емоції, контакт із реальністю "тут-і-зараз". Така якорування у теперішньому може бути корисною при ПТСР, де пацієнти часто "відлітають" у минуле травматичне переживання. (Shannon & Geller, 2024)

* *Ефект "розчинення Его".* Вищезгадані зміни (пригнічення DMN, сплеск нейропластичності) ведуть до тимчасового зниження жорсткості самоідентифікації. У

багатьох під дією психоделіка виникає відчуття, що межі особистості розмиваються; внутрішній самокритичний діалог стихає. Це явище відоме як еґо-розчинення. В безпечних умовах терапії воно може мати лікувальний потенціал: людина отримує змогу поглянути на себе і свою травму під радикально новим кутом, без "багажу" сорому чи провини. Поступово це може призвести до формування оновленого, більш здорового образу себе замість травмоцентричної ідентичності. (Glatman Zaretsky et al., 2024)

Терапія за допомогою MDMA. MDMA (3,4-метилендіоксиметамфетамін, відомий як "екстезі") – це психоактивна речовина, яка належить до ентактогенів. На відміну від класичних психоделіків, MDMA не викликає глибоких сенсорних галюцинацій, але потужно впливає на емоції і соціальну взаємодію. Механізми дії MDMA добре вивчені і багатогранні:

* MDMA підвищує рівні серотоніну, норадреналіну і дофаміну у синапсах, блокуючи їхнє зворотне захоплення. Нейромедіатори довше залишаються активними, що суб'єктивно дає відчуття піднесення настрою, приплив енергії, підвищення фокусування та емоційної стійкості. (Shannon & Geller, 2024) В контексті терапії ПТСР це допомагає пацієнту краще переносити обговорення травми, не "відключаючись" від переповнюючих емоцій.

* MDMA стимулює вивільнення окситоцину – гормону довіри та прив'язаності. Це відбувається через активацію серотонінових транспортерів (SERT) і рецепторів 5-HT₄, що вторинно призводить до підвищення чутливості окситоцин-рецепторів. (Shannon & Geller, 2024) По суті, мозок у відповідь на MDMA входить у стан, близький до критичного періоду

соціального навчання, як у дитинстві. Людина відчуває глибоке почуття безпеки, довіри і єднання з іншими. У терапевтичному контексті це надзвичайно цінно: пацієнт, який зазвичай нікому не довіряє і уникає говорити про травму, під MDMA може вперше відкритися терапевту, дозволити собі пережити і переосмислити травматичні спогади без панічного жаху.

* MDMA модулює нейронні мережі пам'яті. Показано, що під його впливом зростає функціональна зв'язність між мигдалеподібним тілом та гіпокампом у стані спокою. (Shannon & Geller, 2024) Гіпокамп – це структура, що відповідає за контекстуальну пам'ять, тоді як мигдалина – за емоційне забарвлення спогадів (страх). Посилення їхньої взаємодії сприяє ефективнішій обробці та реконсолідації емоційних спогадів: простіше кажучи, травматична пам'ять може переписатися у новому, безпечнішому контексті.

* MDMA знижує гіперактивність мигдалини на негативні стимули. Деякі дослідження відзначають, що під його впливом зменшується кровопостачання мигдалеподібного тіла або його реакція на загрозові обличчя. Також MDMA послаблює патологічно сильний зв'язок між медіальною префронтальною корою та гіпокампом, який спостерігається при ПТСР. Сукупно ці ефекти призводять до того, що страхові реакції гасяться швидше, а свідомий контроль над емоціями (top-down) покращується. Пацієнти стають менш чутливими до тригерів, легше переносять соціальні складні ситуації, не "застрягають" у переживанні відкидання чи самокритики. (Shannon & Geller, 2024)

* Особливість MDMA-асистованої терапії – це те, що вона поєднує фармакологічний вплив

із інтенсивною психотерапевтичною роботою. MDMA не є "панацеєю" сам по собі; він радше виступає "каталізатором" психотерапії. Під його дією пацієнт за кілька годин проживає досвід, на досягнення якого звичайною терапією могли б піти роки – знижується оборонність, з'являється сміливість заглянути всередину травми без паніки чи оніміння (Shannon & Geller, 2024).

Людина переживає сильні інсайти, емоційні прориви і переоцінки, які потім обговорюються та інтегруються з терапевтом. Важливо, що MDMA не викликає залежності, якщо застосовується в клінічних умовах кілька разів з відповідною підготовкою і підтримкою. Пацієнти описують цей досвід як дуже глибокий, але не такий, що спонукає вживати речовину рекреаційно. Натомість формується відчуття завершення гештальту травми, пробудження емпатії до себе та інших, відновлення здатності довіряти, любити та відчувати себе в безпеці у стосунках. Часто згадується і духовний аспект – почуття змісту, зв'язку з чимось більшим, що допомагає переосмислити травматичний досвід.

Після обнадійливих результатів кількох досліджень фази II, MDMA-асоційована терапія отримала статус прориву FDA для лікування ПТСР.

У порівнянні з традиційними методами лікування, результати фази III MDMA-асоційованої терапії показали нижчі показники відмови від лікування (7,6%), а також дуже високі показники реакції (80%), при цьому лише близько третини учасників відповідали діагностичним критеріям ПТСР на завершенні дослідження.

Інші психоделік-асоційовані терапії ще не мають опублікованих даних для лікування ПТСР, але обнадійливі результати фази II

включають псilocибін-асоційовану психотерапію для лікування депресії, що не піддається лікуванню, та розладів зловживання алкоголем, що підкреслює цінність у лікуванні ПТСР та розладів, пов'язаних з травмою (Glatman Zaretsky et al., 2024).

Щодо інших психоделіків, дослідження ще тривають. Офіційних результатів для лікування саме ПТСР поки не опубліковано, однак успіхи в суміжних сферах надихають. Зокрема, псilocибін-асистована терапія продемонструвала високі показники ремісії (одужання) у ветеранів із лікування-резистентною депресією. Такі результати підкреслюють цінність психоделіко-асистованих підходів у терапії травматичних розладів. У кількох країнах (наприклад, Австралії) державні регулятори вже дозволили обмежене застосування MDMA та псilocибіну для пацієнтів із ПТСР і депресією, визнавши, що користь переважає потенційні ризики (Nepřilí, 2025).

У підсумку, такий вид інноваційної терапії має свої переваги:

- * можливість пацієнтам займатися інтенсивним процесом інтроспекції та інсайту;

- * не викликає звикання, при правильній підготовці;

- * розвиває: когнітивну гнучкість, самосприйняття, емпатію, довіру;

- * актуалізує духовність і розчинення відчуття окремої особистості (розчинення його). В сумі це дає зміну ідентичності, що є ефективним у роботі із травмою. Амбівалентність цього процесу полягає в тому, що "розчинення Его" треба робити у безпечних, терапевтичних умовах.

Наприкінці слід зауважити, що психоделічна терапія – це не "чарівна пігулка". Це складний комплексний підхід, що вимагає належного відбору пацієнтів, ретельної психологічної підготовки, кваліфікованого супроводу під час сесії та допомоги в інтеграції пережитого досвіду. (Neplii, 2025) Психоделіки відкривають "вікно можливостей" для зцілення, але самі по собі не гарантують успіху – вирішальними є терапевтичні взаємодії, безпечне оточення і готовність людини до змін.

Проте, враховуючи нинішню кризу в галузі лікування ПТСР, поява нових підходів на основі психоделіків дає надію на справжній прорив у допомозі людям, що страждають від наслідків психологічної травми. Така терапія, поєднуючи медикаментозний і психологічний вплив, фактично пропонує нову парадигму – коли і хімія мозку, і переживання душі працюють разом заради зцілення травми. (Glatman Zaretsky et al., 2024; Shannon & Geller, 2024; Neplii, 2025)

Список використаних джерел: 1. Brodovska, A., & Tkachenko, Y. (2024, April 25). *Public Health Fakes: 30% of Ukrainian Armed Forces soldiers suffer from mental illnesses*. VoxUkraine. URL; 2. Glatman Zaretsky, T., et al. (2024). The psychedelic future of post-traumatic stress disorder treatment. *Curr Neuropsychopharmacol*, 22(4), 636–735. 10.2174/1570159X22666231027111147; 3. Neplii, A. (2025, August 29). *How psychedelic PTSD therapy for Ukrainian war veterans works*. UNITED24 Media. URL; 4. Shannon, C., & Geller, A. (2024). MDMA for PTSD and beyond: Updated neurovisceral circuits and predictive perspectives on methodological innovations and computational tools. *Front Hum Neurosci*, 18, Article 1475013. 10.3389/fnhum.2024.1475013.

Литвин Сергій Віталійович

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Малишева Каріне Олегівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

НЕЙРОЕВОЛЮЦІЙНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ

Разом із зростанням кількості нейронаукових досліджень психотерапії збільшилася також інтенсивність вивчення психотерапії в контексті еволюційної психології. Нейронаукові теорії часто є спорідненими із еволюційними концепціями, адже опис процесу філогенетичного розвитку нервової системи, психіки та поведінки – це спосіб дослідження та пояснення нейропсихологічних механізмів, які лежать у основі структурно-функціональних зв'язків. Еволюційна психологія продукує функціональні пояснення, які допомагають дослідникам наділити певні структурні особливості нервової системи функціональним значенням. Також еволюційна психологія часто використовується для пояснення походження певних функцій адаптації, а також опису умов формування тих чи інших нейронних мереж, психічних функцій чи форм поведінки. Як наслідок, виникають концепції, які застосовують поєднання еволюційно психологічного та нейронаукового підходів – нейроеволюційні теорії. Такі концепції зокрема застосовуються і для пояснення передумов виникнення психотерапії. Так, наприклад, підхід "афективної нейронауки" (Panksepp & Viven, 2012) пропонує нейроеволюційне пояснення походження людських драйвів та емоцій. Еволюційна психіатрія (Nesse, 2019) надає пояснення того, як

певні механізми психіки, нервової системи та поведінки можуть бути адаптивними у своєму початковому контексті (де вони виникли та сформувалися), але також можуть ставати дезадаптивними у контексті поточного життя людини (явище еволюційної невідповідності). Полівагусна теорія (Porges & Dana, 2018) пропонує нейроеволюційне пояснення адаптивних та дезадаптивних реакцій автономної нервової системи в умовах соціальної взаємодії чи стресових реакцій. Еволюційно психологічний опис індивідуально-психологічних відмінностей (Nettle, 2011) надає пояснення того, чому певні риси особистості можуть мати водночас як адаптивні переваги, так і призводити до появи певних ризиків дезадаптації (деякі еволюційно сформовані механізми адаптації забезпечують переваги ціною витрат). Також дослідники у сфері нейронауки психотерапії застосовують закономірності еволюційної психології для обґрунтування необхідності появи психотерапії (Cozolino, 2017). Зокрема, Луї Козоліно (2017) у своїй книзі "Нейронаука психотерапії: зміцнення соціального мозку" зазначає: *"Оскільки ми знаємо, що стосунки здатні будувати та відновлювати нейронні структури, психотерапію тепер можна розуміти як*

нейробиологічне втручання з глибокою еволюційною історією." (с. 195).

Одна із причин, яка зумовлює необхідність появи психотерапії, – це тривога та депресивні стани (а також, у ширшому розумінні, емоції з негативною валентністю). В цьому контексті психотерапія є практикою, спрямованою на формування та розвиток системи регуляції емоцій клієнта (Cozolino, 2017). Цей процес відбувається завдяки підсилению функціональних зв'язків між префронтальною корою та лімбічною системою в правій півкулі головного мозку клієнта (Cozolino, 2017), а також за рахунок активації адаптивної парасимпатки – вентральної гілки блукаючого нерву, яка пов'язана із нейробиологічними механізмами соціального залучення (Porges & Dana, 2018). Одне із питань, на яке пропонує відповідь еволюційна психіатрія, стосується того, чому тривога та депресивні стани – це явища, поширені та глибоко вкорінені в структурі і функціях нервової системи. Імовірна відповідь на це запитання полягає в тому, що емоції із негативною валентністю є такими інтенсивними та тривалими через те, що у процесі еволюції нервової системи та психіки вони були пов'язані з вищими шансами на виживання. Як наслідок, генетичні комбінації, пов'язані з більшою інтенсивністю та тривалістю негативних емоцій, отримали більше поширення у популяції. Подібне пояснення надається також і для питання про те, чому емоції негативної валентності тісно пов'язані з системами емоційної пам'яті (Nesse, 2019). Еволюція сформувала людський мозок таким чином, що він схильний помилятися в бік обережності і боятися щоразу, коли це може бути хоча б віддалено корисним

(Cozolino, 2017). Схожа закономірність згадується при обґрунтуванні еволюційного походження особистісної риси "нейротизм". Оскільки нейротизм – це риса, яка пов'язана із порушеннями адаптації особистості, дослідники ставлять питання про те, чому вона існує. Тобто якщо певна риса (нейротизм) підвищує вразливість особистості до психічних порушень, як вона могла закріпитися у процесі добору? Одна із відповідей на це питання полягає у тому, що адаптивні переваги нейротизму більші, ніж та дезадаптивна ціна, яка пов'язана із цією рисою особистості (Nettle, 2011). Нейротизм підвищує вразливість організму людини до хвороб, пов'язаних зі стресом (оскільки хронічний підвищений рівень гормонів стресу чинить руйнівний вплив як на гіпокампи у структурі нервової системи, так і на функціональні систему організму загалом), а також має негативний вплив на процес побудови та підтримання міжособистісних стосунків (Nettle, 2011; Cozolino, 2017). Проте підвищена пильність стосовно загроз та джерел небезпеки (яка пов'язана із нейротизмом) – це необхідна передумова виживання. Схожий аналіз можливий і для інших рис особистості. Так, наприклад, екстраверсія пов'язана із більшою ймовірністю нещасних випадків чи соціальних конфліктів. Але ця риса закріпилася, оскільки сприяє підвищенню статусу, більшому доступу до ресурсів, а також збільшує імовірність поширення своїх генів у популяції. Сумлінність надає переваги, пов'язані з планомірністю та здатністю турбуватися про заздалегідь обдумані завдання. Але в непередбачуваних умовах, де переважає невизначеність, сумлінність може спричиняти труднощі адаптації – для пристосування в мінливих умовах бракує

гнучкості. Доброзичливість надає суттєві адаптивні переваги, пов'язані з співпрацею та побудовою гармонійних альянсів. Втім, високий рівень доброзичливості має також і певні ризики дезадаптації – невдачі у максимізації власної вигоди. Відкритість досвіду, подібно до розглянутих вище рис особистості, також має свої переваги та ризики для адаптації. Ця риса особистості пов'язана із більшою креативністю, гнучкістю та винахідливістю, але також збільшує ризик появи дезорганізованого чи психотичного мислення (Nettle, 2011). В цьому контексті психотерапія – це комплекс заходів, спрямованих на те, щоб пом'якшити та компенсувати ризики і вразливості, пов'язані зі згаданими рисами особистості. Внаслідок цього, адаптивні аспекти цих рис можуть відігравати більшу роль у процесі адаптації особистості.

Ще одна із нейроволюційних передумов появи психотерапії – це пригнічення мовлення і прогностичних можливостей людини під впливом стресу. Цей механізм еволюціонував в умовах, коли нерухомий та мовчазний стан в ситуації загрози виконував функцію маскування. Але він був сформований протягом еволюції тварин, які не були вербальними істотами. Зовсім інші наслідки наявності згаданого механізму має у контексті адаптації людини. Під час станів високого напруження зона Брока, яка відповідає за мовлення та інші види організованої поведінки, гальмується. Як наслідок, брак мовленнєвої спроможності може відмежувати людину від цілющого впливу позитивних зав'язків з іншими людьми саме тоді, коли така підтримка є необхідною. Психотерапія стимулює нейромережі, які забезпечують мовлення, а також заохочує

клієнта до створення адаптивних наративів про травматичний досвід (Cozolino, 2017).

У процесі еволюційного розвитку нервової системи головний мозок набув здатності до дивергентної півкульної обробки – права та ліва півкулі кори сформували різні спеціалізації, а також взаємодію домінантності (одна півкуля, як правило ліва, бере на себе провідну роль у виконавчому контролі та процесі свідомої обробки інформації). Ліва і права ділянки префронтальної кори упереджено реагують на позитивні і негативні емоції, і порушення гомеостатичного балансу між ними може призвести до крайнощів депресії та манії. Психотерапія спрямована на інтеграцію афективної та когнітивної сфери особистості клієнта. Наративи, які терапевт та клієнт створюють в терапії, є інклюзивними: вони враховують свідомий і несвідомий внесок обох півкуль (Cozolino, 2017).

Одразу після народження структури мозку, які відповідальні за імпліцитну соціальну та емоційну обробку, є сформованими та функціональними, тоді як кора головного мозку розвивається повільно протягом перших десятиліть життя. Значна частина найважливішого емоційного та міжособистісного навчання відбувається протягом перших кількох років життя, задовго до розвитку автобіографічної пам'яті та інтроспективних можливостей самосвідомості. Ранній досвід формує структури, які протягом усього життя впливають на три сфери: прихильність, емоційну регуляцію та самооцінку. Така висока чутливість до раннього навчання зумовлює необхідність психотерапевтичної діагностики раннього досвіду і розуміння симптомів як форм

сенсорної, моторної та емоційної пам'яті. Щойно ці форми пам'яті можуть бути свідомо осмислені і викладені в послідовному наративі, стає можливим реінтегрувати роз'єднані нейронні мережі афектів, пізнання, абстрактного мислення і тілесного усвідомлення. Цей процес призводить до того, що у клієнта зменшується інтенсивність переживання сорому та посилюється співчуття до себе (Cozolino, 2017).

Дослідження нейроеволюційних витоків виникнення психотерапії пропонує пояснювальні моделі для кращого розуміння умов появи та формування різноманітних форм особистісної дезадаптації. Також цей підхід надає додаткові аргументи на користь ефективності психотерапевтичної допомоги і пропонує пояснення механізмів особистісних змін клієнта.

Список використаних джерел: 1. Cozolino, L. (2017). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain*. WW Norton & Company. 2. Nesse, R. M. (2019). *Good reasons for bad feelings: insights from the frontier of evolutionary psychiatry*. Penguin. 3. Nettle, D. (2011). Evolutionary perspectives on the five-factor model of personality. In D. M. Buss, P. H. Hawley (Eds.), *The evolution of personality and individual differences* (pp. 5–28). 10.1093/acprof:oso/9780195372090.003.0001 4. Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: neuroevolutionary origins of human emotions*. WW Norton & Company. 5. Porges, S. W., & Dana, D. (2018). *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies*. WW Norton & Company.

КОНСТРУЮВАННЯ РЕАЛЬНОСТІ: ЦЕНТРОВАНА НА ОСОБИСТОСТІ ПЕРСПЕКТИВА

Відчуття реальності стає доступним із здатністю орієнтуватися в часопросторі та у своїй особистості. Мистецтво віднайдення та дієвого помислення себе, інших і стосунку між учасниками/цями процесу у спільних та відмінних досвідах і контекстах – основа для формування та підтримування глибини стосунків. Наша робота покликана дослідити співбуття консультантів/ток та терапевтів/ток з тими, хто до них звернувся, з фокусом на специфіці конструювання реальностей учасниками/цями процесів консультування та психотерапії.

Усвідомлення теперішнього моменту "зараз" є ключовим компонентом людського досвіду, що має значний вплив на когнітивні процеси, емоційне благополуччя та суб'єктивне сприйняття реальності, що конструюється на основі інтеграції сенсорних даних та прогнозів. Розуміння/відчуття реальності в моменті можливе завдяки здатності людини бути повністю присутньою в поточному суб'єктивному досвіді, що має за собою підґрунтя в нейрофізіологічному конструюванні реальності мозком, а не лише у пасивному її сприйманні, що включає в себе інтеграцію сенсорної інформації, пам'яті та уваги (White, 2021).

Концепція розширеного теперішнього (англ. *extended present*) описує суб'єктивний момент як інформаційну структуру, що зберігається в робочій пам'яті та є тематично

пов'язаною з поточним сприйняттям (White, 2021). Феноменальна свідомість, згідно з Фінгелькуртс та Фінгелькуртс (Fingelkurts & Fingelkurts, 2014), є результатом інтеграції сенсорного досвіду в єдину модель реальності, яка існує в межах "віртуального вікна присутності". Це вікно забезпечує когерентність (цілісність і взаємопов'язаність) досвіду та дозволяє людині відчувати себе присутньою в моменті.

Центрована на особистості терапія (ЦОТ), розроблена Карлом Роджерсом, базується на припущенні, що реальність є суб'єктивною конструкцією, яка формується у процесі терапевтичного контакту. Карл Роджерс наголошував на наступному: "Оскільки ніхто інший не знає про те, як ми сприймаємо, ми є найкращими експертами з себе самих" (Rogers, 1961). У ЦОТ реальність не розглядається як об'єктивна істина, а як суб'єктивний досвід, що формується у взаємодії між клієнтом/кою і терапевтом/кою. Згідно з феноменологічним підходом, терапевт/ка не нав'язує інтерпретацій, а створює умови, в яких клієнт/ка самостійно помислює власну реальність.

Перцептивний процес має наступні ланки: стимул (стимул з навколишнього середовища – стимул, який супроводжується – стимул на рецепторах); електричні процеси (трансдукція – трансмісія – процесинг); досвід та дія (перцепція – рекогніція – дія) та знання. Кожна з цих ланок процесу є мішенню впливу для психолога/гині.

Відповідно, якщо бенефіціарами/ками виступають особи, які в силу різних обставин мають змінені процеси передачі стимулу (наприклад, внаслідок травматичного ураження мозку), то безумовно помічним може бути долучити фахівців/чинь, які здатні адресуватися до роботи нервової системи та специфіки обробки нею стимулів із навколишнього середовища.

Робота психотерапевтів/ток з різного ґатунку порушеннями (наприклад, за психозів, деменції і под.) передбачає специфічну організацію контакту з клієнтами/ками, що базується на специфічних функціях контакту, а саме: 1) контакт з реальністю (усвідомленні людей, місць, предметів, подій; всіх частин нашого існування в житті; пов'язаності з часом, загального відчуття реальності, що пов'язане з нашим відчуттям перебування у світі); 2) афективному контакті (усвідомленні емоцій); 3) комунікативному контакті (здатності символізувати досвід і передавати його іншим) (Clarke, 2007). Описані особливості контакту беруться до уваги у претерапії, розробленій Гаррі Прауті (Prouty, 2003) та уможливають специфічну рефлексію контакту в консультативному та психотерапевтичному процесах, а саме у вербальних та невербальних відповідях, які допомагають клієнту/ці поступово перейти від преекспресивного стану до здатності до діалогу, що дозволяє клієнтам/кам переконструювати реальність у більш автентичний і адаптивний спосіб у процесі розгортання простору контакту між фахівцями/чинями та бенефіціарами/ками.

Кетрін Кларк (Clarke, 2007), розвиваючи ідеї Прауті, досліджувала як консультанти/тки та психотерапевти/ки можуть розпізнавати та

підтримувати поведінкові прояви, щоб поступово допомогти клієнту/ці перейти до символічного рівня комунікації, і сформувала концепцію експресивної контактної поведінки (англ. expressive contact behaviour – ECB). Згідно ідей Кларк, завдання терапевта/тки – помітити, ідентифікувати та відреагувати на ECB так, щоб підтримати контакт і поступово розширити здатність клієнта/ки до символізації. Оскільки ECB є початковим рівнем комунікації, який передує здатності до вербалізації, підмічання специфіки зорового контакту, міміки (усмішки, здивування тощо), жестів (вказування, відкрита позиція та ін.), звуків (відгуків, інтонацій і т.п.), рухів тіла (наближення, віддалення і т.д.) уможливує слідування інтерактивності контакту, оскільки ці прояви не є випадковими, а навпаки сигналізують про готовність до контакту, емоційні стани, потреби і под. Себто, віддзеркалення поведінки клієнтів/ок, називання їх емоцій або дій (наприклад: "Ви усміхаєтеся") та підтвердження присутності (наприклад, "Я бачу, ви дивитеся на мене") терапевтами/ками створює базу для розвитку психологічного контакту, що є передумовою для терапевтичного процесу.

Відірваність людини від себе, інших людей та оточення, яка може бути виражена в ізольованих нав'язливих галюцинаціях, мареннях, кататонії, емоційній регресії, дивній фізичній поведінці, безладних та фрагментованих вербальних проявах тощо – є надзвичайно важливими проявами преекспресивного Єства клієнтів, які вимагають поваги у вербальній та невербальній комунікації зі сторони консультантів/ок та психотерапевтів/ок для уможливлення оптимальної співприсутності з поточним

способом презентації людиною свого способу буття.

Кларк (Clarke, 2007) підкреслює, що навіть у клієнтів/ок з важкими порушеннями існує внутрішній потенціал до контакту, який може бути активований через чутливу присутність терапевта/ки, адже це суголосно концепції інтерсуб'єктивності, тобто взаємного впізнавання себе та іншого у спільному просторі досвіду. Встановлення початкового контакту з клієнтами/ками, які не здатні до вербальної комунікації; створення безпечного середовища, де клієнт/ка можуть поступово розвивати здатність до самовираження; підтримка гідності та автономії клієнта/ки, навіть у станах глибокої дезорганізації, доєднуються до функціонування сірої зони, а саме до поєднання експресивної та доекспресивної поведінки, де, наприклад, психоз може проявлятися у переживання психотичної реальності, але водночас і більш конгруентної поведінки та вираження.

Таким чином, ЦОТ, претерапія та ЕСВ утворюють континуум гуманістичних інтервенцій, спрямованих на підтримку процесу суб'єктивного конструювання реальності, навіть у випадках глибокої дезорганізації психічного функціонування, зберігаючи при цьому етичну орієнтацію на автономію, гідність і потенціал особистості. Конструювання реальності в ЦОТ – це процес, що розгортається у просторі контакту між клієнтом/кою і терапевтом/кою. Через емпатію, прийняття та конгруентність терапевт/ка створює центральні умови контакту, в яких клієнт/ка може дослідити, переосмислити і трансформувати власну реальність та свої в ній вербальні та невербальні прояви. Претерапія та ЕСВ розширюють ці можливості для клієнтів/ок з порушеним переживанням контакту, демонструючи гнучкість і гуманістичну природу ЦОТ, з увагою до інтерсуб'єктивної природи стосунку та процесу переживання спільного досвіду консультативного та психотерапевтичного контакту.

Список використаних джерел: 1. Clarke, C. (2007). *Expressive Contact Behaviour in Pre-Therapy: A Person-Centred Approach to Psychosis*; 2. Fingelkurts, A. A., & Fingelkurts, A. A. (2014). Present moment, past, and future: Mental kaleidoscope. *Front Psychol*, 5. 10.3389/fpsyg.2014.00395; 3. Prouty, G. (2003). Pre-Therapy: A newer development in the psychotherapy of schizophrenia. *J Am Acad Psychoanal*, 31(1), 59–73ж 4. Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin; 5. White, P. A. (2021). The extended present: An informational context for perception. *Acta Psychol*, 220, Article 103403. 10.1016/j.actpsy.2021.103403.

**AI AND HUMAN PERSONALITY: CAN THE NEW TECHNOLOGY
HELP US ADDRESS THE INDIVIDUAL DIFFERENCES?**

The new family of algorithms jointly labelled "*artificial intelligence*" (AI) has become a new cultural means extending human abilities and revolutionizing both psychological research and practice. In quantitative and qualitative research, machine learning algorithms and large language models provide efficient solutions to complex problems with minimum human moderation required. In applied psychology, AI can be used to improve the quality of psychological assessment, feedback, and support provided to individuals in various contexts. Prediction of personality states and processes such as workplace burnout or suicidal ideation based on digital traces or thin slices of behavior can help identify and support the individuals at risk. Inferences about personality

traits and emotions based on texts or facial features can help to target products, services, and public messages. In psychological practice, generative AI able to capitalize on the existing body of texts describing human personality in its various contexts can help offer individually tailored interventions and advice. We will discuss several cases of AI applications in positive psychology of personality. We will also focus on the challenges posed by the new technologies, such as the issues of privacy and confidence, and the possible ways of resolving these issues.

keywords: *artificial intelligence; personality assessment; individual differences; machine learning*

"ЦИФРОВІ ЛІКИ": ЧИ МАЮТЬ ВІДЕОІГРИ ПОТЕНЦІАЛ СТАТИ ЗДОРОВИМ МЕХАНІЗМОМ КОПІНГУ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО ЧАСУ?

Війна залишає глибокі психологічні рани в душі кожного, кого торкнулася. Не шкодує вона й підлітків, які стають особливо вразливими в умовах непевності, страху та болю, адже їхня психіка ще не загартована життєвими проблемами і трагедіями, а досі формується. Нині юні українці переживають те, що їхнім одноліткам в Європі та Америці важко навіть уявити: втрата близьких, вимушене переселення, окупація, постійне відчуття небезпеки — не просто страшні події, а й родючий ґрунт для розвитку тривожних розладів, депресії, ПТСР, соціальної ізоляції та інших можливих проблем.

Ускладнюється ситуація тим, що не всі підлітки готові працювати з терапевтом — через недовіру, стигму або брак фахівців. У цьому контексті неочікуваним, але потенційно корисним інструментом терапії виступають цифрові технології, а саме — відеоігри, які при правильному використанні можуть стати засобом емоційної підтримки та психологічної реабілітації.

Важливо розуміти, що, хоч відеоігри мають терапевтичний потенціал "на папері", їхнє використання у терапії наразі обмежене й розглядається здебільшого теоретично: є обґрунтовані механізми дії, позитивні результати пілотних досліджень і кілька метаоглядів, проте бракує великих довготривалих досліджень та стандартів імплементації.

Окрім своєї прямої розважальної функції, відеоігри здатні виконувати кілька важливих психологічних функцій: забезпечувати контроль (якого часто може бракувати в житті підлітка, особливо в умовах війни), вчити соціальній взаємодії, сприяти самовираженню. У терапевтичному контексті особливо перспективними є "серйозні ігри" (англ. *serious games* — відеоігри, розроблені з основною метою, що виходить за рамки розваги) (Fleming et al., 2017). Навіть комерційні ігри можуть сприяти підвищенню самооцінки, когнітивної гнучкості й соціальної залученості (Kowal et al., 2021).

Особливий інтерес у контексті психологічної підтримки становлять пазли та сюжетні ігри з сильним емоційним наративом. По-перше, пазли та головоломки стимулюють когнітивні функції, зокрема увагу, робочу пам'ять і планування (Granic et al., 2014); по-друге, вони забезпечують малі, але відчутні досягнення та, головне, дають гравцю контроль над середовищем, що є критично важливим чинником зменшення тривожності. Для підлітків, які пережили травму війни, можливість вирішувати задачі у контрольованому віртуальному середовищі може зменшити симптоми безпорадності та притлумити відчуття хаосу, що часто супроводжують ПТСР.

Сюжетні ігри з глибоким нарративом та психологічною складовою, такі як *Detroit: Become Human* та *Hellblade: Senua's Sacrifice*, також теоретично мають значний терапевтичний потенціал. Зокрема, *Hellblade: Senua's Sacrifice* створювалася з консультаціями психіатра та дослідників у сфері психічного здоров'я, щоби адекватно передати досвід психотичних симптомів, таких як галюцинації та тривога, і при цьому не травмувати гравця, а забезпечити емпатичне розуміння психологічного стану персонажа (Austin, 2021). Ігри подібного роду дозволяють гравцеві прожити емоційно насичені сценарії у безпечному середовищі, попрактикувати прийняття рішень і навчитися емоційній регуляції без ризику.

Крім того, вони дозволяють отримати відчуття агентності, що є критично важливим для підлітків, чия автономія була порушена війною. Сприяти самовираженню та розумінню власних емоцій, а також формуванню образу себе можуть й інші ігри, які дозволяють гравцеві приміряти різні ролі та пережити альтернативні сценарії. Можливість створити персонажа з рисами, відмінними від власних — фізичними, соціальними або моральними — надає відчуття свободи та контролю й дозволяє експериментувати з поведінкою у безпечному середовищі.

Онлайн-ігри також створюють простір для соціальної підтримки — спільноти гравців нерідко стають джерелом прийняття та взаємодопомоги (утім важливо усвідомлювати, що має значення жанр гри: у змагальних іграх часто панує радше "токсична" та агресивна атмосфера). Соціальний контакт у віртуальному середовищі може зменшувати почуття

самотності й покращувати настрій (Trepte et al., 2012).

Разом із тим потенціал відеоігор як механізму копінгу не може замінити традиційну терапію, а виступає радше допоміжним інструментом. Важливо поєднувати цифрові інтервенції з підтримкою психолога або психіатра та забезпечувати інструкції зі здорового використання ігор, оскільки надмірне або неконтрольоване занурення у віртуальні світи може призвести до втечі від реальності, посилення ізоляції чи навіть формування залежності.

Попри своє розважальне походження, відеоігри мають потенціал для допомоги молоді у кризових умовах. Для підлітків, що переживають воєнні умови, правильно підібрані ігри можуть стати безпечним простором для відновлення відчуття контролю, самовираження та соціальної взаємодії. Гейміфіковані підходи дають змогу безпечно експериментувати з поведінкою, тренувати емоційну регуляцію та формувати навички стресостійкості — саме це поєднання можливості перевтілення, контролю над подіями і безпечного експериментування робить відеоігри перспективним інструментом підтримки.

У подальших дослідженнях доцільно не лише детальніше вивчати можливий терапевтичний вплив відеоігор (оскільки наразі відсутні лонгітюдні валідні дослідження), але й зосередитися на розробленні етичних та методологічних стандартів використання цифрових інтервенцій. Лише за умови науково обґрунтованого підходу і мультидисциплінарної співпраці (психологів, розробників ігор, педагогів і медиків) відеоігри можуть перейти від статусу "експериментального інструменту"

до повноцінного елемента системи психічного розвитку та стійкості українських підлітків у здоров'я, який сприятиме відновленню, післявоєнному суспільстві.

Список використаних джерел: 1. Austin, J. (2021). The hardest battles are fought in the mind: Representations of mental illness in *Hellblade: Senua's Sacrifice*. *Game Studies*, 21(4). Retrieved from <https://gamestudies.org/2104/articles/austin>; 2. Fleming, T. M., Bavin, L., Stasiak, K., Hermansson-Webb, E., Merry, S. N., Cheek, C., Lucassen, M., Lau, H. M., Pollmuller, B., & Hetrick, S. (2017). Serious Games and Gamification for Mental Health: Current Status and Promising Directions. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00215>; 3. Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. C. M. E. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 69(1), 66–78. <https://doi.org/10.1037/a0034857>; 4. Kowal, M., Conroy, E., Ramsbottom, N., Smithies, T., Toth, A., & Campbell, M. (2021). Gaming your mental health: A narrative review on mitigating symptoms of depression and anxiety using commercial video games. *JMIR Serious Games*, 9(2), e26575. <https://doi.org/10.2196/26575>; 5. Trepte, S., Reinecke, L., & Juechems, K. (2012). The social side of gaming: How playing online computer games creates online and offline social support. *Computers in Human Behavior*, 28(3), 832–839. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2011.12.003>

ПСИХОТЕРАПІЯ ОНЛАЙН У РОБОТІ З ВІЙСЬКОВИМИ ТА ВЕТЕРАНАМИ: ЕФЕКТИВНІСТЬ І СПЕЦИФІКА ВЗАЄМОДІЇ

Військові та ветерани становлять групу з підвищеним ризиком посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та супутніх психічних розладів; одночасно вони часто стикаються з бар'єрами доступу до спеціалізованої допомоги (географічні, стигма, логістика). Дистанційні форми психотерапії (клінічна відеоконференція в Zoom, мобільний відеозв'язок, інтернет-платформи з підтримкою терапевта та самостійні мобільні додатки) пропонують рішення для розширення доступу та збереження континууму лікування. Проте характер військового досвіду, коморбідні ураження (черепно-мозкові травми, зловживання речовинами) та специфічна культура служби вимагають адаптації підходів і суворого моніторингу ефективності (Morland et al., 2014).

Емпіричні дані про ефективність. Рандомізовані та контрольовані дослідження демонструють, що провідні травмофокусовані методи когнітивно-поведінкової терапії можуть бути ефективно використані через відеотехнології (Zoom) з результатами, не гіршими за очні сесії в низці випадків. Наприклад, рандомізований клінічний триал показав, що когнітивно-процесуальна терапія (СРТ-С) через відео-трансляції була не менш якісною до очної сесії з терапевтом серед ветеранів, задоволеність лікуванням переважала. При цьому зберігалось зниження симптомів ПТСР, хронічного стресу, виснаження, наявною

була менша проявленість соматичних захворювань. (Morland et al., 2014). Аналогічні попередні результати було отримано для методу Prolonged Exposure, коли її здійснювали у форматі домашньої відеотерапії (Yuen et al., 2015). Водночас систематичні огляди та синтези на рівні доказів підкреслюють, що асинхронні та повністю самостійні інтернет/мобільні інтервенції мають обмежену доказову підтримку для вибірки військових і частіше виявляють слабший ефект у порівнянні з цивільними вибірками; ключовим фактором ефективності є рівень фасилітації терапевтом (VA Evidence Synthesis Program, Belsher et al., 2024).

Специфіка взаємодії з військовими: клінічні й контекстуальні аспекти. Культура служби та недовіра до уразливості. Військові досить часто не хочуть обтяжувати цивільних. Для багатьох ветеранів звернення по допомогу було пов'язане з уявленнями про слабкість, це було актуально в довоєнні часи, коли люди зі специфічними рисами характеру свідомо обирали військову службу. Станом на зараз в Україні немає особливої різниці між цивільними та військовими, дистанційний формат може зменшити потенційну стигму, але також ускладнює розпізнавання непрямих ознак, помітних під час очного контакту. Коморбідність і диференційна діагностика. Часті супутні стани (соматичні симптоми, виснаження, ЧМТ, СДУ) потребують ретельного скринінгу перед початком дистанційної терапії й

планування міждисциплінарного підходу. Ризик і безпека. Оцінка ризику самоушкодження/суїциду повинна бути інтегрована в початкову сесію; при дистанційній роботі необхідні чіткі алгоритми екстреного реагування (локальні служби, контакти родичів).

Технічні бар'єри та приватність. Стабільність з'єднання (starlink, наявність приватного простору, захищеність каналів зв'язку мають бути обов'язковою частиною передтерапевтичної підготовки (Morland et al., 2020).

Практичні рекомендації для клінічної реалізації.

1. Тριαж та відбір пацієнтів: проводиться стандартизований скринінг (PTSD CheckList, оцінка ризику); пацієнти з високим ризиком або нестабільністю безпеки орієнтуються на очне або гібридне надання послуг.

2. Вибір модальності: травмофокусовані інтервенції (СРТ) рекомендовано надавати через синхронний відеозв'язок з терапевтом; асинхронні програми слід розглядати як доповнення для домашніх вправ, моніторингу або після-реабілітації (Belsher et al., 2024).

3. Формування терапевтичного альянсу онлайн: у зв'язку з неможливістю використовувати додаткові невербальні комунікації потрібно активне використання вербальних рефлексій, уточнення очікувань, регулярне опитування про конфіденційність і комфорт. Емпатія та прийняття - необхідні умови для плідної співпраці. Для системи нейроцепції достатньо нейтрального виразу обличчя, щоб відчути небезпеку, що може призвести до неможливості встановлення надійних терапевтичних відносин.

Хибні соціальні кроки, як от позіхання або погляд на годинник під час терапії можуть призвести до зриву контакту, людина відчуватиме себе нецікавою, непотрібною. Немає доступу до зчитування пози та жестів, тож терапевтам слід активно використовувати міміку та інтонацію для зниження активності стресової вісі.

4. Безпека й етика: зафіксовані процедури оцінки ризику, місцеві контакти екстрених служб, письмові інформовані згоди, захищені платформи з шифруванням та мінімізація записів сесій без дозволу.

5. Підготовка кадрів: Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265 (Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації), спеціальні тренінги та вебінари з технічних навичок необхідні для запобігання вигорання працівників підтримки психічного здоров'я. Робота онлайн з військовими має особливу специфіку, тож потрібно розвивати резильєнтність. Очна робота, порівняно з відеосесіями, менше виснажує за рахунок доступу до цілісної картини невербальної комунікації. Ефект резонансу з аудиторією при груповій терапії дає терапевту кращі можливості надання психологічної допомоги та запобігає перепрацюванню. Петля зворотнього соціального зв'язку розмикається при роботі онлайн, тому треба максимально проявляти турботу. Також слід проводити роботу з адаптації протоколів до онлайн-формату та супервізії у межах дистанційної практики (Morland et al., 2020).

Список використаних джерел: 1. Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., & Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 470–476. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08842>; 2. Yuen, E. K., Gros, D. F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P. W., Foa, E. B., & Acierno, R. (2015). Randomized controlled trial of home-based telehealth versus in-person prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans: Preliminary results. *Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 500–512. <https://doi.org/10.1002/jclp.22168>; 3. Belsher, B. E., Beech, E. H., Anderson, J. K., & Parr, N. J. (2024). Internet and Mobile Interventions for Adults with PTSD and Their Family Members: A Systematic Review. Evidence Synthesis Program, Health Services Research and Development Service, Department of Veterans Affairs. VA ESP Project #09-199. Retrieved from <https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/Resources-for-PTSD.pdf>; 4. Morland, L. A., Wells, S. Y., Glassman, L. H., Greene, C. J., Hoffman, J. E., & Rosen, C. S. (2020). Advances in PTSD treatment delivery: Review of findings and clinical considerations for the use of telehealth interventions for PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(3), 221–241. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00215-x>; 5. PTSD: National Center for PTSD. (2020). PTSD and telemental health. U.S. Department of Veterans Affairs. Retrieved from https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/telemental_health.asp.

ТЕХНОЛОГІЇ: VR ТА AR, ІМЕРСІЯ, НЕЙРОФІДБЕК, БІОСЕНСОРНІ ПРАКТИКИ

Сучасна психологія та психотерапія перебувають у стадії глибокої технологічної еволюції, що спричиняє використання інформаційних і сенсорних технологій не лише як допоміжних інструментів, але й як центральних механізмів у процесах діагностики та корекції психоемоційного стану людини. Зокрема, інтеграція технологій віртуальної реальності (VR), доповненої реальності (AR), імерсійних середовищ, нейрофідбеку та біосенсорних практик набуває все більшого значення у клінічній психології як засіб розширення можливостей для дослідження, реабілітації та терапії. Попит на ці інновації обумовлений кількома фундаментальними факторами. Перш за все, швидкі темпи життя сучасного суспільства та зростання рівня стресових впливів формують підвищений запит на методи психологічного втручання, які є безпечними та контрольованими. Крім того, традиційні підходи до психотерапії та методики саморегуляції часто не забезпечують достатньої оперативності та ефективності у роботі з емоційними й когнітивними реакціями, особливо у випадках складних тривожних розладів, посттравматичних станів чи поведінкових порушень.

Технології VR і AR пропонують можливість моделювання різноманітних сенсорних і когнітивних умов, створюючи контрольовані середовища, у яких користувач може пережити специфічний досвід без ризику фізичної чи психологічної шкоди. Феномен

імерсії, який полягає у глибокому зануренні у віртуальне або доповнене середовище, дозволяє досягти високого рівня емоційної залученості, що сприяє ефективному навчанню, розвитку соціальних навичок та проведенню терапевтичних інтервенцій. У свою чергу, технологія нейрофідбеку забезпечує зворотний зв'язок щодо мозкової активності, даючи змогу людині освоювати методи саморегуляції власних когнітивних і емоційних станів. Біосенсорні практики доповнюють цю модель, надаючи об'єктивну інформацію про фізіологічні параметри стану організму та дозволяючи інтегрувати ці дані у терапевтичний процес.

Необхідність систематичного дослідження даних технологій пов'язана не лише з їх технічним удосконаленням, але й з потребою у науковому обґрунтуванні їх застосування в клінічній психології та психотерапії. Впровадження VR, AR, нейрофідбеку та біосенсорних методів вимагає детального аналізу їх ефективності, специфіки впливу на психіку людини та потенційних обмежень, зокрема ризиків сенсорного перенавантаження чи технічних проблем. Розширене розуміння механізмів дії цих інновацій створює передумови для формування інтегративних підходів, які об'єднують психічні, когнітивні та фізіологічні аспекти терапевтичної корекції. Це набуває особливої актуальності у контексті сучасних викликів, пов'язаних із високим рівнем стресу, поширенням тривожності та зростаючою потребою у розвитку стратегій саморегуляції [1].

Сьогодні віртуальна та доповнена реальність є одними з найперспективніших технологій у сфері психології, оскільки вони дозволяють створювати повністю контрольоване середовище, у якому пацієнт може взаємодіяти з імітаціями ситуацій, що в реальному житті могли б бути небезпечними або травматичними. Віртуальна реальність забезпечує цілісне цифрове середовище, де користувач відчуває себе частиною подій, що розгортаються у симульованому світі. Навпаки, доповнена реальність не відмежовує людину від навколишнього середовища, а інтегрує цифрові елементи та інформацію у простір реального світу. Це дає можливість поєднувати природні стимули з контрольованими впливами, сприяючи створенню адаптивного контексту для психотерапевтичної роботи. Такий підхід допомагає поступово формувати нові поведінкові стратегії, пристосовуватися до стресових обставин та знижувати рівень тривожності.

Ключовим елементом успішного застосування VR та AR технологій у психології є імерсія — стан глибокого занурення у моделюване середовище. Імерсія активізує когнітивні та емоційні процеси, забезпечуючи високу залученість пацієнта та інтенсивність переживань. Це дає змогу відтворювати травматичні або тривожні ситуації у безпечних умовах, регулювати ступінь стимуляції та сприяти поступовому опрацюванню психологічно складних станів. Ефективність такого підходу підтверджена дослідженнями, які демонструють позитивний вплив VR-терапії при роботі з фобіями, посттравматичними синдромами, соціальною тривожністю та іншими розладами. Пацієнт отримує можливість

переживати складні епізоди під контролем спеціаліста, одночасно формуючи адаптивні реакції [2].

Додатковим інструментом сучасної психотерапії є нейрофідбек. Ця методика базується на принципі зворотного зв'язку, що дозволяє впливати на активність мозку. Використовується електроенцефалографічне або інше нейрофізіологічне моніторування мозкової діяльності, дані якого трансформуються у візуальні чи аудіальні сигнали. Пацієнт в режимі реального часу отримує інформацію про свою мозкову активність і поступово навчається регулювати когнітивні та емоційні процеси. Нейрофідбек демонструє високу ефективність у зменшенні симптомів тривожності й депресії, підвищенні концентрації уваги у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності, покращенні якості сну та пришвидшенні процесу реабілітації після нейроtraвм. Цей підхід сприяє розвитку точнішого та більш персоналізованого методу психотерапії, адже враховує індивідуальні нейрофізіологічні особливості кожного пацієнта.

Біосенсорні практики відіграють ключову роль у сучасному терапевтичному процесі, пропонуючи інструменти для моніторингу та регулювання фізіологічних показників, які впливають на психоемоційний стан. Завдяки використанню датчиків для вимірювання серцевого ритму, частоти дихання, шкірно-гальванічної реакції та рухової активності, ці технології сприяють розробці індивідуалізованих програм релаксації та саморегуляції. Їх інтеграція із VR, AR та нейрофідбеком дозволяє створити багаторівневі терапевтичні системи, де психічні, когнітивні та

фізіологічні аспекти психокорекції об'єднуються у єдину комплексну модель роботи [3].

Актуальні дослідження підтверджують ефективність одночасного застосування VR-експозиційної терапії, AR-технологій, імерсії, нейрофідбеку та біосенсорних практик. Результати показують значне скорочення симптомів фобій і тривожності у різних вікових групах, покращення когнітивної продуктивності, полегшений контроль емоцій та формування адаптивних нейронних патернів. У цьому контексті біосенсорні технології забезпечують додаткову перевагу — можливість у реальному часі коригувати фізіологічні реакції, що підвищує ефективність терапевтичних втручань і дозволяє враховувати індивідуальні потреби кожного пацієнта.

Проте впровадження таких новітніх технологій у широкомасштабну практику супроводжується певними труднощами. Перш за все, це висока вартість обладнання та потреба в технічній підтримці й кваліфікованих спеціалістах. Додатково до цього виникають ризики сенсорної перевантаженості, а також можливі протипоказання для людей із епілепсією чи схильністю до кібернудоти. Незважаючи на ці обмеження, інтеграція VR, AR, нейрофідбеку та біосенсорних методів відкриває значні перспективи для клінічної психології. Це дозволяє глибше дослідити механізми психічної діяльності, розробити персоналізовані терапевтичні програми та впровадити інтегративні підходи, які гармонійно поєднують психічні, когнітивні та фізіологічні процеси в єдиній системі психокорекції.

Аналіз сучасних технологій демонструє, що віртуальна реальність (VR), доповнена реальність (AR), імерсивні середовища,

нейрофідбек та біосенсорні практики визначають новий напрямок розвитку психологічної науки та психотерапевтичної діяльності. Ці інноваційні інструменти дозволяють створювати контрольовані сенсорні й когнітивні умови, що сприяють ефективній і безпечній роботі з психологічними та емоційними станами людини. Імерсивність підвищує залученість пацієнта, посилює інтенсивність переживань, допомагає формувати адаптивні поведінкові стратегії та забезпечує можливість тренування психофізіологічних реакцій у контрольованому середовищі. Нейрофідбек відкриває перспективи для індивідуальної регуляції мозкової активності, сприяючи розвитку самоконтролю, покращенню концентрації уваги та зниженню проявів тривожності й депресії. Біосенсорні практики інтегрують фізіологічні дані у терапевтичний процес, забезпечуючи мультидисциплінарний підхід до психокорекції, який охоплює психічні, когнітивні та тілесні аспекти.

Отже, попри значну кількість переваг, впровадження таких технологій у терапевтичну практику вимагає врахування низки технічних, етичних і медичних обмежень. Серед них ризик сенсорного перенасичення та необхідність професійної підтримки пацієнтів під час роботи з цими методами. Водночас їх застосування закладає основу для нових досліджень, розробки інноваційних інтегративних підходів і персоналізованих програм психотерапії, які ефективно відповідають на виклики сучасного психічного здоров'я. Так VR та AR, імерсивні середовища, нейрофідбек і біосенсорні технології не лише вдосконалюють психотерапевтичні методи, але й формують нову парадигму у психології, де сучасні технології

стають потужним інструментом комплексного й науково обґрунтованого впливу на людську психіку.

Список використаних джерел: 1. Чорна, Н. В. (2024). Використання біофідбек та нейрофідбек технологій у психокорекційній практиці: Нові методики для покращення когнітивного та емоційного благополуччя. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 35(74)(5), 128–135; 2. Волинець, В. О. (2021). Віртуальна, доповнена і змішана реальність: сутність понять та специфіка відповідних комп'ютерних систем. *Питання культурології*, (37), 231–243; 3. Мартинюк, О., & Корольов, І. (2020). Тенденції розвитку VR, AR та MR-технологій у сучасному бізнесі. *Економіка та суспільство*, (22).

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА ЗМІН ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ОЦІНКИ ПІД ВПЛИВОМ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

В останні роки проводиться все більше досліджень, які можна широко описати категорією "психоінформатика" (Yarkoni, 2012). Вони полягають у діагностуванні та прогнозуванні певних психологічних змінних або поведінки на основі аналізу активності людей в Інтернеті, зокрема в соціальних мережах. Все більше досліджень надають емпіричні докази того, що дані про взаємодію людини з машиною (наприклад, Facebook, Twitter) можна аналізувати для ефективного прогнозування психологічних змінних.

Наприклад, на основі дослідження вподобань майже 60 000 користувачів Facebook дослідники продемонстрували можливість тестування сексуальної орієнтації, етнічної приналежності, політичних поглядів окремих людей і, що особливо цікаво, їхніх особистостей відповідно до теорії "Великої п'ятірки". Кореляція свідчить, що приблизно 16% варіації лайків у Facebook і перекриття тесту особистості (Kosinski et al., 2014) вказують на те, що такі риси особистості, як невротизм і приємність, також можна передбачити на основі активності у Twitter. Інші дослідження показали, що екстраверти та люди з низьким рівнем сумлінності частіше і довше користуються WhatsApp (Montag et al., 2015). Користувачі, які інтенсивно користуються смартфонами, частіше спотворюють час, який вони проводять з телефоном у руках (Montag et al., 2015). Це підтверджують факти, відомі з психології:

екстраверти мають більше контактів з іншими людьми і частіше зв'язуються з ними за допомогою соціальних мереж або смартфонів, тоді як люди з низьким рівнем сумлінності частіше і довше використовують ці засоби комунікації, але з інших причин – відкладаючи виконання повсякденних завдань або неправильно оцінюючи час, необхідний для їх виконання.

Сучасні технології здатні оцінювати та змінювати різні психічні функції людини, і, ймовірно, незабаром ми будемо використовувати дані, надані автомобілем, для визначення поведінки на дорозі (імпульсивність, агресивність, безрозсудність тощо), а також інших пристроїв, таких як підключений до Інтернету холодильник, який показуватиме харчові звички та допомагатиме дотримуватися дієти людям з різними проблемами, наприклад, з розладами харчової поведінки (Luo et al., 2009).

Ми все ще маємо мало знань про використання сучасних технологій в прикладній психології для об'єднання індивідуальних даних з досліджень та клінічної практики в цілісну систему діагностики та психологічної допомоги. Однак ми можемо зробити прогнози з цього приводу і підготуватися до деяких підводних каменів. Неважко уявити, що в діагностиці та психологічній допомозі традиційні методи, такі як клінічне інтерв'ю або анкети з папером і олівцем, будуть замінені в основному іншими даними: виконанням завдання в додатку для

смартфона, грою в комп'ютерну гру, аналізом активності в соціальних мережах або експериментами з поведінкою з використанням віртуальної реальності. Якою буде роль психолога, терапевтичних відносин і чи буде вона взагалі потрібна?

Перше питання, яке потрібно буде вирішити, – це питання еквівалентності даних, зібраних за допомогою технологій, класичним тестам, їх надійності та валідності в порівнянні з тими заходами, що використовувалися в психології до цього часу. Ми знаємо, що стандартні версії психологічних анкет, які заповнюються на папері або в онлайн-формі, мають подібні психометричні властивості (Riva et al., 2003). Однак ми не знаємо, що стосується інших даних – як участь у комп'ютерній грі пов'язана, наприклад, із ситуацією прийняття рішень на роботі або лайками в соціальних мережах із реальним поведінкою під час соціальної зустрічі минулого вікенду. Методи, що використовуються в психології на сьогоднішній день, далекі від досконалості, але водночас за роки досвіду фахівці розробили способи боротьби з цими недоліками, що дозволило надавати ефективну допомогу.

Можливо, сучасні методи виявляться ефективнішими за існуючі, але вони також вимагатимуть змін у поведінці психологів, які повинні навчитися інтегрувати дані з різних джерел. Якщо зміни будуть поступовими, можливо, у вигляді поступової еволюційної зміни, фахівці повільно навчатимуться і змінюватимуться. Однак сучасна природа сучасних технологій демонструє скоріше революційні, тобто швидкі та раптові зміни, що найкраще продемонстрував спалах пандемії COVID-19 та перехід психологів за одну ніч до

нових методів роботи, які вони досі не використовували.

По-друге, можна уявити собі дещо менш різкі зміни та використання сучасних технологій пацієнтами в діагностиці та терапії. Розмови з підлітком про комп'ютерні ігри, наприклад, про те, яких персонажів він або вона зображує, що ці персонажі думають і які мотиви вони мають, можна розглядати як модифікацію методів проєкції шляхом вивчення внутрішньої структури нашого пацієнта. Крім того, розмова з пацієнтом про те, як він реагує на поведінку в соціальних мережах або про його вподобання щодо відвідуваних веб-сайтів, може дозволити глибше зрозуміти наших пацієнтів. Звичайно, ми не згадуємо, що розмова про важливі сфери (наприклад, комп'ютерні ігри для підлітка) буде, ймовірно, важливим елементом у побудові терапевтичних відносин та взаємовідносин.

По-третє, можна уявити ситуацію, коли сучасні технології виконують велику роботу, надаючи нам інформацію про когнітивні функції, соціальне функціонування або розлади у пацієнта, що, в свою чергу, заощадить багато часу на стандартне інтерв'ю, анкетування або поведінковий експеримент, що проводяться з цією метою в кабінеті психолога. Час, заощаджений під час зустрічі з пацієнтом, можна буде використати для розмови між двома людьми, встановлення відповідних відносин і навіть глибокого зв'язку – особливо якщо це в подальших дослідженнях взаємодії психології – сучасні технології не втратять свого значення.

Чи можуть терапевтичний зв'язок і відносини втратити своє значення? Сучасна наука не може відповісти на це питання. Можна уявити, що вся широка діагностична та терапевтична тенденція, що підкреслює

важливість самого втручання (без урахування відносин), повністю домінуватиме в психології та сфері психічного здоров'я. Багато досліджень показують можливість лікування з невеликим залученням фахівця або його участю на етапі створення гри, додатка тощо, але не на етапі лікування. Нібито відносини в цьому випадку не мають значення.

Однак, з іншого боку, ціла низка інших досліджень, особливо в психодинамічних та міжособистісних парадигмах, показують велике

значення терапевтичних відносин. Можливо, це пов'язано з деякими відмінностями, які на даний момент не доступні науці, де за певних умов необхідні терапевтичний зв'язок і відносини, а за інших умов, обставин або характеристик пацієнта вирішальне значення має сама природа технічних втручань. Знання та вирішення цих питань є чітким завданням на найближчі роки, що стоїть перед усією галуззю психології та психічного здоров'я.

Список використаної літератури: 1. Kosinski, M., et al. (2014). Manifestations of user personality in website choice and behaviour on online social networks. *Mach Learn*, 95(3). 10.1007/s10994-013-5415-y; 2. Luo, S., Jin, J.S., Li, J. (2009). A smart fridge with an ability to enhance health and enable better nutrition. *Int J Multimed Ubiquitous Eng*, 4(2); 3. Montag, C., et al. (2015). Smartphone usage in the 21st century: Who is active on WhatsApp? *BMC Research Notes*, 8(1). 10.1186/s13104-015-1280-z; 4. Riva, G., Teruzzi, T., Anolli, L. (2003). The use of the internet in psychological research: Comparison of online and offline questionnaires. *Cyberpsychol Behav*, 6(1). 10.1089/109493103321167983; 5. Yarkoni, T. (2012). Psychoinformatics: New Horizons at the Interface of the Psychological and Computing Sciences. *Curr Direct Psychol Sci*, 21(6). 10.1177/0963721412457362.

Руденко Тетяна Богданівна

Приватний вищий навчальний заклад "Європейський університет"

Дроботько Ірина Дмитрівна

Приватний вищий навчальний заклад "Європейський університет"

АВТОМАТИЗАЦІЯ РАЦІОНАЛЬНО-ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ШІ

Штучний інтелект дедалі частіше стає співрозмовником для тих, хто шукає підтримки у складні періоди життя. Мільйони користувачів уже звертаються до GPT-чатів як до простору самопомоги (American Psychological Association, 2024; Gonzalez et al., 2025).

Однією з ключових умов корисної роботи чат-бота є правильне налаштування промпту. Промпт виконує роль рамки, яка обмежує алгоритм у чітко визначених межах: він не робить більше чи менше, ніж закладено в інструкції. Завдяки цьому стає можливим експериментальне відтворення будь-якої психотерапевтичної практики. Так, було проведено експеримент зі створення промпту в ChatGPT, який суворо дотримувався методики раціонально-емоційно-поведінкової терапії (Ellis & MacLaren, 2005). Це дозволяє показати, що автоматизація психотерапевтичних технік за допомогою ШІ є реальною та відтворюваною, а також відкриває перспективи для практичного застосування у самопомозі та навчанні.

Emotional Freedom – це чат який має вбудований структурований промпт, що допомагає розпізнавати ірраціональні переконання, котрі провокують тривогу, гнів або депресивні стани (Emotional Freedom, n.d.). Алгоритм пропонує користувачеві послідовність дій за моделлю РЕПТ:

Ідентифікація ситуації — формулювання події без оцінок.

Виявлення емоцій — точне визначення власних почуттів.

Виявлення ірраціональних переконань — наприклад: "Якщо партнер не відповідає, значить, він мене не любить".

Оскарження переконань — логічні запитання, що підважують автоматичні думки.

Формування нових, раціональних переконань — наприклад: "Є багато причин мовчання, і більшість не пов'язані з нашими стосунками". (Ellis & MacLaren, 2005).

Такий підхід знижує інтенсивність негативних емоцій, покращує сон і поступово формує "нейронний м'яз" розпізнавання ірраціональних думок. Це корисно для: щоденної саморефлексії між сесіями з психотерапевтом; тренування навичок розпізнавання й заміни деструктивних переконань; "швидкої допомоги" у стресових ситуаціях, коли потрібна структурована розмова (PLOS Mental Health, 2024).

Водночас чат не призначений для роботи з гострими психічними розладами чи суїцидальними думками: у таких випадках обов'язкова підтримка фахівця (American Psychological Association, 2024). Жоден алгоритм не здатен замінити приблизно 150 годин уважної, живої присутності іншої людини,

необхідної для глибокої регуляції психіки (Filtered Learning, 2025).

Отже, автоматизація оцінювальної терапії через РЕПТ відкриває нові можливості для

поєднання штучного інтелекту й психотерапії, допомагаючи швидше заспокоюватися після стресу, зменшувати самосаботаж і розвивати емоційну стійкість.

Список використаних джерел: 1. American Psychological Association. (2024). Artificial intelligence and chatbots in therapy: Opportunities and risks. APA Services; 2. Emotional Freedom. (n.d.). ChatGPT-based structured prompt for REBT; 3. Gonzalez, A., et al. (2025). Ethical considerations of AI chatbots in mental health practice. PsyArXiv Preprints. <https://doi.org/10.31234/osf.io/pjqmr>; 4. Filtered Learning. (2025). Top 100 generative AI use cases (updated 2025). Filtered Blog; 5. PLOS Mental Health. (2024). Effectiveness and limitations of AI-based mental health support: A systematic review. PLOS Mental Health. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000145>; 6. Ellis, A., & MacLaren, C. (2005). Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide (2nd ed.). Impact Publishers.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА РОБОТА З ОСОБАМИ ДОРОСЛОГО ВІКУ СЕРЕД ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО ЧАСУ У ДИСТАНЦІЙНОМУ ФОРМАТІ ГРУПОВОЇ ПІДТРИМКИ

Сучасні виклики пандемії Covid-19 та війни в Україні докорінно змінили умови надання психологічної допомоги. В умовах постійної небезпеки та роз'єднаності онлайн-психотерапія стала дієвим способом збереження безперервності терапевтичного процесу, в той час як групові формати - ефективним засобом підтримки дорослого населення. Дослідження свідчать, що дистанційна психотерапія може бути співставно ефективною з очними форматами, за умови стабільного сеттінгу та фахового ведення (Wajda et al., 2022).

Одним із прикладів такої роботи в українському просторі є закрита онлайн-група під керівництвом кваліфікованих психотерапевтів з багаторічним досвідом Європейської Конфедерації Психоаналітичних Психотерапій (ЄКПП), яка почала роботу ще до повномасштабного вторгнення, хоча тоді ще у очному форматі, і досі безперервно діє у форматі щотижневих зустрічей у дистанційному форматі за допомогою платформи Zoom з травня 2022 року.

До групи входять військовослужбовці, вимушені переміщені особи та цивільні, які залишаються вдома попри небезпеку. Її сталість, відкритість і доступність створюють осередок передбачуваності, зв'язку й довіри. Для багатьох учасників ця закрита група стала точкою внутрішньої опори, де зустріч відбувається "за будь-якої погоди".

Другим показовим прикладом є міжнародний проєкт "Крокуємо разом через складні часи", започаткований Ізраїльським інститутом групового аналізу (ІГА) спільно з українськими груповими психоаналітиками. Формат "сендвіч" поєднує великі аналітичні групи з меншими, паралельними сесіями.

Проєкт об'єднав українських психологів, психотерапевтів, психіатрів і педагогів у просторі міжнародної солідарності та професійної підтримки. Ведучі створили безпечну рамку для опрацювання колективної травми, збереження етичності та професійної рефлексії у надзвичайних обставинах.

Інноваційність такого формату полягає у поєднанні традиційних психодинамічних принципів із сучасними цифровими технологіями. Онлайн-групи створюють нову терапевтичну екосистему, у якій географічні, соціальні й фізичні межі втрачають ключове значення. Терапевтичний простір переноситься у цифрове середовище, що не лише зберігає можливість глибинної роботи, а й розширює її, залучаючи учасників з різних фізичних локацій та часових поясів. Це формує інтерсуб'єктивний простір взаємопідтримки, де групова згуртованість і спільний досвід стають засобом подолання колективного виклику, спільного для всіх учасників групи.

Відповідно до досліджень, онлайн-групи забезпечують ефективну взаємодію, хоча й менш інтенсивну порівняно з очними форматами

(Wajda et al., 2022). Водночас вони мають власну динаміку і переваги: доступність, безпечність та широту охоплення. Учасники можуть приєднатися до таких груп з будь-якого місця, що особливо важливо для тих, хто перебуває у зонах бойових дій чи за кордоном.

Як показують дані емпіричних досліджень, після 10-тижневої програми психодинамічної групової терапії онлайн спостерігалось зменшення тривожності, депресивності та загальної симптоматики, а також зростання самооцінки. Ці ефекти зберігалися навіть через шість тижнів після завершення терапії, що свідчить про стійкість позитивних змін (Wajda et al., 2022).

У психодинамічному підході дистанційні групи зберігають увагу до несвідомих процесів, перенесення, контрперенесення та групової матриці. Дослідники відзначають, що навіть у віртуальному просторі групова динаміка, заснована на довірі, саморефлексії та аналізі взаємодій тут і тепер, залишається ефективною.

Онлайн-групова психотерапія також сприяє зменшенню тривожності та уникання у міжособистісних стосунках, особливо у пацієнтів з високим рівнем емоційної чутливості, що підтверджує гіпотезу про можливість глибоких міжособистісних змін навіть у цифровому форматі (Wajda et al., 2022).

Конфіденційність і безпека даних є ключовими етичними вимогами. Професійні терапевти використовують захищені платформи, що відповідають вимогам конфіденційності, а учасники, в свою чергу, забезпечують приватність з власного боку на період проведення групової зустрічі. Це відповідає сучасним міжнародним етичним рекомендаціям щодо онлайн-психотерапії (АРА, 2021).

Попри технічні обмеження чи зниження інтенсивності невербального контакту, онлайн-групова психотерапія стала реальним інструментом психологічного відновлення та соціальної згуртованості. Вона долає географічні та емоційні межі, створюючи спільноти, що підтримують суб'єктів групової терапевтичної роботи у період особистих і соціальних випробувань.

Отже, дистанційні групи підтримки демонструють, що психотерапія може залишатися можливою навіть у екстремальних умовах. Їхня ефективність полягає не лише у технічній гнучкості, а у здатності зберігати головні принципи терапії: людяність, емпатію та зв'язок. Онлайн-психотерапія в умовах війни стала не просто форматом, вона стала символом психологічної стійкості українського суспільства.

Список використаних джерел: 1. American Psychological Association. (2021). *Guidelines for the Practice of Telepsychology*. APA Publishing. URL; 2. Секція групової психоаналітичної психотерапії АППУ. (2022). *Крокуємо разом через складні часи*. URL; 3. Wajda, Z., et al. (2022). Online group psychodynamic psychotherapy – The effectiveness and role of attachment. *Front Psychiatr*, 13, Article 798991. 10.3389/fpsy.2022.798991.

ТЕХНОЛОГІЇ: VR ТА AR, ІМЕРСІЯ, НЕЙРОФІДБЕК, БІОСЕНСОРНІ ПРАКТИКИ

Сучасна психологічна практика активно впроваджує технології, які дозволяють глибше розуміти психофізіологічні процеси людини. До таких інновацій належать віртуальна (VR) та доповнена реальність (AR), нейрофідбек і біосенсорні практики. Ці інструменти формують новий підхід до роботи зі свідомістю, тілом і емоціями, сприяючи підвищенню ефективності психотерапії, релаксації, навчання, також впливають на лібідо та сон, працюють з тривожністю (Rizzo & Koenig, 2017; Wiederhold & Wiederhold, 2018).

VR і AR створюють імерсивне середовище, що забезпечує глибоке занурення у контрольовану ситуацію. Це допомагає клієнтам проживати травматичні або стресові досвіди у безпечному просторі. Імерсія сприяє розвитку емпатії, навичок саморегуляції й концентрації уваги.

Ефективність VR-технологій у зниженні страху й тривожності підтверджено у клінічному дослідженні, де використання віртуальної distraкції під час стоматологічного лікування значно зменшувалось фізіологічні реакції та страх. Пацієнти почувались спокійно, їх тривожність була зниженою. (Wiederhold, Wiederhold, & Kim, 2001, pp. 359–366).

Нейрофідбек дозволяє людині спостерігати власну мозкову активність у реальному часі та навчатися її регулювати (Gruzelier, 2014). Біосенсорні технології, своєю чергою,

вимірюють показники тіла: пульс, дихання, фази сну та рівень стресу, допомагаючи досягти балансу між психічним і фізіологічним станом (Prinsloo et al., 2019).

Історично нейрофідбек бере початок із 1960-х років, коли Камія (Kamiya, 1968, 1969) вперше продемонстрував можливість навчання людини контролювати власну електричну активність мозку через зворотний зв'язок. Подальші дослідження розширили ці експерименти, сформувавши наукову основу для сучасних методів біологічного зворотного зв'язку. Сучасні роботи доводять ефективність нейрофідбеку не лише в клінічних, а й у здорових вибірках — для підвищення концентрації, стійкості до стресу, творчості та спортивної продуктивності.

Як авторка даної роботи, маю власний досвід проходження нейрофідбек-сесій, які позитивно вплинули на якість сну, рівень концентрації та загальне самопочуття. Цей досвід підтверджує, що сучасні технологічні підходи можуть бути ефективним інструментом саморозвитку й відновлення.

Щодо сучасних біосенсорних технологій (кілцьця, браслети, наручні трекери) вони стають потужним інструментом для моніторингу психофізіологічних станів у реальному часі. Завдяки оптичним та електродним сенсорам вони точно вимірюють частоту серцевих скорочень, варіабельність серцевого ритму

(HRV), рівень стресу, якість сну та інші показники автономної нервової системи. У дослідженні Dial et al. (2025) порівняно точність п'яти популярних носимих пристроїв з ЕКГ; кільця до прикладу, такі як, Oura показали найвищу відповідність еталонним даним. Подібні пристрої активно застосовуються у психології, спорті та медицині як засіб для трекінгу станів стресу, втоми та відновлення (El-Amrawy & Nounou, 2023; Sano et al., 2023).

Таким чином, у сучасному світі, який характеризується високим рівнем інформаційного навантаження, швидким темпом життя та зростанням психоемоційних викликів, технології VR/AR, біосенсорні практики та нейрофідбек набувають особливого значення у сфері психології, освіти та здоров'я. Імерсійні середовища віртуальної та доповненої реальності здатні створювати контрольовані умови для навчання, відновлення та терапії, підсилюючи ефект занурення та формуючи безпечний простір для самопізнання, розвитку та релаксації. Дослідження підтверджують, що VR-технології можуть знижувати тривожність, покращувати емоційний стан та ефективність психотерапевтичних втручань, а також розширювати можливості освітніх програм за рахунок інтерактивності та залучення. Нейрофідбек, який бере свій початок із 1960-х років, сьогодні переживає наукове відродження. Якщо раніше метод сприймався як експериментальний, то зараз його ефективність доведена численними контрольованими дослідженнями у сферах покращення когнітивних функцій, емоційної стабільності, уваги та творчості. Він інтегрується у навчальні,

спортивні та психотерапевтичні програми, даючи людині інструмент саморегуляції через усвідомлення власних фізіологічних процесів. Велике значення мають і біосенсорні технології — кільця, браслети та інші носимі пристрої, що фіксують показники роботи організму у реальному часі. Висока точність таких пристроїв, підтверджена сучасними дослідженнями, відкриває можливості для щоденного самоспостереження, превенції психоемоційних порушень та персоналізованого підходу до здоров'я. Їх поєднання з VR-середовищами та нейрофідбеком створює комплексні технологічні рішення для розвитку психічної стійкості, концентрації та добробуту. Особистий досвід використання нейрофідбеку та біосенсорних пристроїв підтверджує практичну ефективність цих технологій. Регулярні сесії та щоденний моніторинг сприяли покращенню якості сну, зниженню рівня стресу та стабілізації HRV-показників. Це вказує на те, що наукові досягнення можуть органічно інтегруватися в повсякденне життя, стаючи дієвим інструментом для зміцнення психічного та фізичного здоров'я. Таким чином, поєднання VR/AR-технологій, нейрофідбеку та біосенсорних практик формує нову парадигму самопізнання, розвитку та психологічного благополуччя. Ці методи мають значний потенціал для розширення практики психологів, педагогів та фахівців зі здоров'я, а також для особистісного зростання та підвищення якості життя. Вони відкривають шлях до більш свідомої, технологічно підтриманої взаємодії людини з власним тілом і психікою.

Список використаних джерел: 1. Rizzo, A., & Koenig, S. (2017). Is clinical virtual reality ready for primetime? *Neuropsychol*, 31(8), 877–899. 10.1037/neu0000405; 2. Wiederhold, B. K., Wiederhold, M. D., & Kim, S. I. (2001). Using virtual reality distraction to reduce anxiety during dental treatment: A controlled clinical trial. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 17(6), 359–366. 10.1089/cyber.2014.0203; 3. Dial, K., et al. (2025). Accuracy of Wearable Devices in Measuring Nocturnal Heart Rate and Heart Rate Variability Compared With Electrocardiography. *JMIR Form Res*, 9, Article e70835. 10.2196/70835; 4. Li, K., Cardoso, C., Moctezuma-Ramirez, A., Elgalad, A., & Perin, E. (2023). Heart Rate Variability Measurement through a Smart Wearable Device: Another Breakthrough for Personal Health Monitoring?. *Int J Environ Res Public Health*, 20(24), Article 7146. 10.3390/ijerph20247146.

МОЖЛИВОСТІ ТА ОБМЕЖЕННЯ ОНЛАЙН-КОНСУЛЬТУВАННЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З СДУГ В УКРАЇНІ

Зростання попиту на дистанційне консультування було спричинено всесвітньою поширеністю COVID-19. Перехід на віддалений формат співпраці з пацієнтами докорінно змінив спосіб надання та споживання послуг психічного здоров'я в Україні та світі. Крім того, протягом пандемії COVID-19 спостерігалось поширення багатьох онлайн-платформ психічного здоров'я, що пропонують як терапію, так і управління ліками. Незважаючи на подальше зменшення ризиків зараження COVID-19, багато зустрічей з терапевтами та лікарями, що виписують рецепти, зараз проводяться дистанційно та залишаються такими.

Повномасштабне вторгнення в Україну 24 лютого 2022 року тільки посилило потребу в отриманні психологічної підтримки - влітку 2022 року понад 70% популяції України відчували стрес або занепокоєння. На фоні цього, зросла потреба в отриманні послуг психічного здоров'я, але вони не були доступними у потрібній кількості в усіх регіонах України. Окрім цього, потреба у психологічних послугах також була актуальною для громадян України, які виїхали за кордон для отримання тимчасового прихистку. В цій ситуації попит сформував пропозицію: з початку повномасштабного вторгнення кількість сервісів надання послуг в сфері психічного здоров'я збільшилася. За даними МОЗ, охоплення пацієнтів первинним рівнем

психічної допомоги зросло з ≈ 135 тис. у 2023 році до понад 500 тис. пацієнтів у 2024 році (приблизно в 4 рази), що відображає значне розширення доступу до послуг (у тому числі й через телемедичні платформи). Доступність, зручність та рівень комфорту пацієнтів під час дистанційних зустрічей є значними рушійними силами цієї тенденції до дистанційних зустрічей.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) – поширений нейророзвиток, який суттєво впливає на різні аспекти життя (Biederman & Faraone, 2005). Він виникає в дитинстві і характеризується труднощами з концентрацією уваги, гіперактивністю та імпульсивністю особистості. Наявність СДУГ пов'язана зі значно підвищеним ризиком відсторонення від школи, арешту та ув'язнення, штрафів за порушення правил дорожнього руху та нещасних випадків, вживанням психоактивних речовин. Епідеміологічні дослідження продемонстрували, що практично всі ці ризики зменшуються, коли люди проходять медикаментозне лікування СДУГ. Хоча традиційні методи лікування, такі як медикаменти та поведінкова терапія, є ефективними, вони часто неефективні через обмежений доступ. У відповідь на ці обмеження, цифрові втручання у сфері психічного здоров'я стали трансформаційним підходом до полегшення симптомів СДУГ.

Онлайн-консультування відкриває низку можливостей для людей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Насамперед, воно значно підвищує доступність психічної допомоги. Пацієнти, які проживають у сільських місцевостях чи прифронтових регіонах, де традиційні медичні ресурси обмежені, отримують шанс на регулярний контакт із фахівцем незалежно від географічного положення (Hollis et al., 2017). Гнучкість дистанційних форматів дозволяє зменшити часові та організаційні бар'єри: пацієнтам більше не потрібно долати відстань чи узгоджувати складні графіки для відвідування консультацій. Важливим чинником також є зниження стигми: можливість звертатися за допомогою анонімно та у комфортному середовищі робить терапію доступнішою для тих, хто вагається через суспільні упередження. Окремо варто відзначити фінансову доцільність — моделі передплати або групові онлайн-програми часто є дешевшими за традиційну індивідуальну терапію. Цифрові інструменти надають можливість стандартизованої оцінки та моніторингу прогресу, що особливо важливо у випадку СДУГ. Нарешті, дистанційні формати дозволяють підтримувати континуальність терапії навіть у випадку вимушеної міграції, що є актуальним у контексті війни в Україні.

Водночас онлайн-консультування має низку обмежень. Одним із ключових викликів є якість наданих послуг. Розширення ринку призвело до появи платформ, які надають поверхневі консультації або призначають медикаменти без достатнього обстеження (Khan et al., 2019). Технічні бар'єри залишаються значними: відсутність стабільного інтернет-з'єднання,

недостатня цифрова грамотність та обмеженість технічного обладнання у певних груп населення можуть істотно знизити ефективність терапії. Обмеженим залишається і рівень міжособистісної взаємодії: у віртуальному середовищі складніше зчитувати невербальні сигнали, підтримувати мотивацію та формувати терапевтичний альянс. Додатковим ризиком є надмірне використання цифрових технологій: тривала взаємодія з екранами може посилювати втому, знижувати концентрацію та спричиняти додаткове зорове навантаження. Не менш актуальними залишаються етичні та юридичні питання: забезпечення конфіденційності, збереження персональних даних та визначення відповідальності терапевтів у міжнародному форматі потребують врегулювання.

Онлайн-консультування стало ключовим інструментом у сфері психічного здоров'я в умовах пандемії COVID-19 та війни в Україні. Для людей із СДУГ дистанційні сервіси відкривають нові можливості отримання допомоги, знижують бар'єри доступності та стигми. Водночас існують істотні обмеження, пов'язані з якістю послуг, технічними бар'єрами та етичними викликами. Баланс між перевагами й ризиками можливий лише за умов інтеграції онлайн-практик у систему доказової медицини та державної політики.

Таким чином, онлайн-консультування для людей із СДУГ поєднує значний потенціал розширення доступності та зручності з низкою обмежень, що вимагають комплексного вирішення на рівні політики охорони здоров'я, професійних стандартів та технічної інфраструктури.

Список використаних джерел: 1. Ministry of Health of Ukraine (2024). Офіційні дані МОЗ України про охоплення пацієнтів первинним рівнем психічної допомоги; 2. Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), 237–248. 10.1016/S0140-6736(05)66915-2; 3. Hollis, C., et al. (2017). Technological innovations in mental healthcare: Harnessing the digital revolution. *Brit J Psychiatry*, 211(4), 263–265. 10.1192/bjp.bp.113.142612; 4. Khan, N., et al. (2019). Online prescriptions for ADHD medications: Safety and ethical considerations. *J Med Internet Res*, 21(5), Article e13628. 10.1007/s11845-020-02502-1.

UDC 159.98:615.851::616.8-009.7

Butska Lidiia Volodymyrivna

Educational and Scientific Center 'Institute of Biology and Medicine'
Taras Shevchenko National University of Kyiv

Drevitska Oksana Ostapivna

Educational and Scientific Center 'Institute of Biology and Medicine'
Taras Shevchenko National University of Kyiv

INNOVATIONS IN PSYCHOTHERAPY: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN CONTEMPORARY PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY OF PAIN SYNDROMES

Introduction. Pain syndromes represent one of the most complex and pressing problems in modern medicine and psychology. Chronic pain not only causes physical suffering but also reduces social activity, professional functioning, and quality of life. In many cases, pharmacological treatment alone does not provide sufficient relief, especially in chronic conditions. This highlights the need for innovative strategies that combine medical, psychological, and social interventions.

A multidisciplinary approach in psychotherapy of pain syndromes is based on the integration of knowledge from psychiatry, neurology, rehabilitation, cognitive neuroscience, and psychotherapy. Such collaboration makes it possible to consider the biopsychosocial model of pain, where biological, psychological, and social factors interact and determine the course and intensity of pain (Chou et al., 2017).

Aim. To analyze the role of multidisciplinary approaches and innovative psychotherapeutic methods, including body-oriented practices, in the treatment of pain syndromes.

Materials and Methods. The study is based on a review of modern literature, clinical practices, and

interdisciplinary research that emphasize the integration of medical and psychological methods.

The analysis covers:

- * Cognitive-behavioral therapy (CBT) and psychoeducation for pain perception modification;
- * Neuropsychotherapy and neuroscience-based interventions;
- * Digital innovations (VR/AR, mobile apps, biofeedback);
- * Body-oriented psychotherapy, mindfulness-based interventions, and somatic practices;
- * Interdisciplinary teamwork (psychotherapist, psychiatrist, neurologist, rehabilitation specialist, physiotherapist).

Results. Cognitive-behavioral interventions have demonstrated significant efficacy in reducing pain catastrophizing and improving coping strategies (Yang et al., 2022).

Neuropsychotherapeutic techniques based on neuroplasticity help patients reframe pain-related neural patterns and decrease pain sensitivity.

Technological tools (virtual reality, augmented reality, mobile health apps) provide additional

resources for relaxation, self-regulation, and real-time monitoring of pain.

Body-oriented practices (bioenergetics, somatic awareness, Feldenkrais method, yoga therapy, dance and movement therapy) reduce muscle tension, enhance self-perception, and activate internal resources of adaptation.

Mindfulness-based approaches promote new ways of relating to pain, shifting focus from avoidance to acceptance and self-regulation.

Multidisciplinary teamwork increases the efficiency of pain management by reducing medication load and supporting long-term rehabilitation.

Conclusions. A multidisciplinary approach in the psychotherapy of pain syndromes represents a

promising and innovative direction in contemporary psychology. Integration of medical knowledge, psychotherapeutic methods, and body-oriented practices provides a more holistic perspective on chronic pain and its treatment. This approach not only reduces pain intensity but also restores the patient's psychological integrity, improves quality of life, and promotes social reintegration.

The development of specialized multidisciplinary pain centers, the inclusion of body-oriented psychotherapy in clinical protocols, and the use of digital technologies for interdisciplinary collaboration represent the main prospects for future practice.

References: 1. Chou, R. et al. (2017). Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*, 166(7), 493–505. 10.7326/M16-2459; 2. Yang, J. et al. (2022). Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy on Improving Pain, Fear Avoidance, and Self-Efficacy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Res Manag*, eCollection 2022, Article 4276175. 10.1155/2022/4276175.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ПСИХОСОМАТИЦІ: КОГЕРЕНТНІСТЬ ТРАНСГЕНЕРАЦІЙНИХ, ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ

Психосоматична медицина поступово перетворюється з периферійного розділу клінічної психології та психіатрії на один з провідних напрямів інтегративних досліджень. Зростаюча частота психосоматичних розладів, їх стійка хронізація та коморбідність із соматичними і психічними станами вказують на структурну обмеженість редукціоністської біомедицинської моделі. Класична дихотомія "тіло — розум", що історично лежала в основі західної медицини, поступово заміщується концептуальною основою інтегративного типу, де тілесне, психічне, соціальне та історично-культурне розглядаються як взаємопов'язані ланки єдиного етіопатогенетичного процесу (Engel, 2012).

У цьому контексті міждисциплінарний підхід у психосоматиці виступає не як факультативна методологічна стратегія, а як необхідна умова наукової достовірності та ефективності. Когерентність трансгенераційних, психологічних та соціальних факторів постає як складний механізм формування психофізіологічних особливостей, що визначають траєкторію здоров'я індивіда та цілих соціумів.

Біопсихосоціальна модель, розроблена Дж. Енгелем у 1977 році, заклала основи інтегративного бачення хвороби та здоров'я. Вона відмовляється від уявлення про людину як біологічний об'єкт і натомість розглядає індивіда як динамічну систему, вплетену у

контекст взаємодії біологічних механізмів, психологічних процесів та соціокультурних детермінант (Engel, 2012). Ця модель стала епістемологічною основою для розвитку сучасних галузей психонейроімунології, епігенетики та соціальної психіатрії.

Відмінність біопсихосоціальної моделі від інших полягає не лише в багатофакторності, але й у визнанні системності та когерентності різнорівневих впливів. Біологічні процеси зазнають впливу психічних і соціальних чинників та стають своєрідним "архівом" досвіду. Ця ідея підтверджується численними емпіричними даними про зв'язок між соціальним стресом, емоційними станами та епігенетичними змінами, що регулюють експресію генів, пов'язаних зі стресовою реактивністю (Gabbianelli, 2025).

Механізм "втілення" (biological embedding) описує, як соціальні детермінанти здоров'я, наприклад: бідність, дискримінація, насильство, несприятливий дитячий досвід, буквально проникають "під шкіру" та закарбовуються у біологічних системах. Це робить неможливим адекватне лікування чи профілактику психосоматичних станів без розуміння ширшого соціального та психологічного контексту їх виникнення.

Психологічний компонент також є ключовою ланкою, через яку суб'єктивний досвід перетворюється на фізіологічні процеси. Стрессова відповідь — це складна

нейрогуморальна реакція, що включає активацію симпатичної нервової системи та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГН-осі). У короткочасному режимі цей механізм адаптивний, але за умов хронічного стресу він набуває руйнівного характеру, сприяючи соматизації, запальним процесам та дисрегуляції вегетативного балансу (Gabbianelli, 2025).

Важливу роль тут ще відіграють афективні стани, зокрема тривога та депресія. Депресивна симптоматика асоційована з підвищеною активацією осі стресу, гіперпродукцією або зниженням кортизолу та зменшенням нейропластичності. Тривожні розлади, у свою чергу, супроводжуються гіперзбудженням симпатичної нервової системи, порушенням сну, серцево-судинними змінами. Особистісні риси, копінг-стратегії, рівень толерантності до невизначеності та емоційна регуляція модулюють ці процеси, перетворюючи стрес на або фактор резильєнтності, або на тригер захворювання.

Поведінкові реакції є способом, у який індивід інтерпретує та відповідає на власні симптоми, вони створюють замкнене коло між емоційним станом та соматичним досвідом. Це пояснює феномен, коли психічний дистрес не лише супроводжує, а формує та підтримує тілесні симптоми.

Соціальні детермінанти здоров'я є фундаментальним рівнем, з якого розпочинається етіопатогенетичний ланцюг психосоматичних розладів. Рівень освіти, економічна стабільність, доступ до медичних послуг, дискримінація та соціальна підтримка визначають інтенсивність та тривалість впливу стресорів на індивіда (Nussbaum, 2024).

Особливо вагомим предиктором є несприятливий дитячий досвід (Adverse Childhood Experiences). Він формується у критичні періоди розвитку, коли системи регуляції стресу є найбільш вразливими та можуть індукувати довготривалу дисрегуляцію ГГН-осі, гіперметиловання генів стресової реактивності та структурні зміни в мозку (Felitti et al., 1998). У результаті формується "довічна програма вразливості", яка підвищує ризик розвитку психосоматичних розладів у зрілому віці.

Водночас соціальне середовище може виступати не лише фактором ризику, але й як ресурс. Міцна соціальна підтримка, стабільні соціальні зв'язки та позитивна інтеграція в спільноту мають потужний буферний ефект, знижуючи інтенсивність фізіологічних реакцій на стрес, сприяючи адаптивній регуляції емоцій та підвищенню психічної стійкості. Таким чином, соціальне середовище є як біологічним "загрозовим фоном", так і потенційним терапевтичним інструментом.

Однією з найцікавіших та методологічно складних ланок психосоматичних досліджень є трансгенераційна передача досвіду. Дослідження нащадків людей, які пережили травматичні події (війни, геноцид, репресії), показують наявність стійких біоповедінкових патернів — підвищеної тривожності, стресової гіперреактивності, схильності до соматичних захворювань (Yehuda et al., 2014).

Це явище не можна пояснити виключно соціальним наслідуванням. Його біологічний фундамент складається з епігенетичних модифікацій, зокрема метиловання ДНК та модифікації гістонів, які змінюють експресію генів без зміни послідовності нуклеотидів.

Особливе значення має ген, що кодує глюкокортикоїдний рецептор. Гіперметильовання його промоторної ділянки знижує чутливість до кортизолу та послаблює механізми негативного зворотного зв'язку у системі стресової відповіді. Механізми трансгенераційної передачі включають поведінкові (батьківські патерни), внутрішньоутробні (вплив гормонів стресу матері на плід) та гаметні шляхи. Ці шляхи утворюють мультіканальний міст між соціальними подіями та біологією наступних поколінь, демонструючи, що історичний і культурний контекст буквально вписується в людський геном.

Отже, поєднання соціального, психологічного та трансгенераційного вимірів формує когерентну біопсихосоціально-епігенетичну модель психосоматичних станів. Вона описує причинно-наслідковий ланцюг, який починається з макrorівня соціальних

структур (економічна маргіналізація, стигма, бідність), проходить через психологічні реакції індивіда (стрес, афективні порушення), закріплюється у фізіологічних механізмах (дисрегуляція ГГН-осі, запальні процеси) та завершується епігенетичними модифікаціями (Gabbianelli, 2025). Цей ланцюг не є лінійним, він функціонує як динамічна система з численними зворотними зв'язками. Погане здоров'я поглиблює соціальну маргіналізацію, а соціальна маргіналізація підсилює хворобу, створюючи цикли, які самі себе підтримують. Таким чином, біологія індивіда містить у собі сліди не лише особистої історії, але й соціально-історичного досвіду його родини та спільноти.

Тому, безперечно, майбутні розвідки у сфері психосоматики мають зосередитись на епігенетичних біомаркерах вразливості, довготривалих лонгітюдних дослідженнях та оцінці ефективності мультидисциплінарних терапевтичних програм.

Список використаних джерел: 1. Engel, G. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3) 377–396; 2. Yehuda, R., et al. (2014). Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring. *Am J Psychiatry*, 171(8), 872–880. 10.1176/appi.ajp.2014.13121571; 3. Felitti, V. J, et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prevent Med*, 14(4), 245–258. 10.1016/S0749-3797(98)00017-8; 4. Gabbianelli, R. (2025). Impact of social stress on epigenetics: An updated narrative review. *J Lab Precis Med*, 10, Article 14. 10.21037/jlpm-25-4; 5. Nussbaum, A. (2024). The Role of Social Determinants in Mental Health and Psychotic Disorders. *J Psychiatry*, 27, Article 722. 10.35248/2167-0358.24.27.722.

Атаманюк Юлія-Олександра Мар'янівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРИЙОМИ ПОЛЕГШЕННЯ ПРОЯВІВ ДЕЗАДАПТИВНОЇ МРІЙЛИВОСТІ

Деадаптивна мрійливість (ДМ) – нове поняття в психологічній науці, вперше введене у 2002 році. Воно характеризується "застряганням" у фантазіях, які є надзвичайно емоційно насиченими і часто переходять у форму компульсій у вигляді щоденного багатогодинного мріання (Somer E. 2002; Somer, E. 2018). Симптомами деадаптивної, які відрізняють її від нормального стану мріання є 1) залежність від мріання ще з дитячих років; 2) потреба у приватності для того, щоб повністю сконцентруватись на фантазіях; 3) деякі деадаптивні мрійники підтверджують наявність суттєвого несприятливого досвіду в дитинстві, або наявних наразі соціальних та емоційних труднощів; 4) полегшення та заспокоєння переходить у неконтрольовану ментальну активність (Somer E. 2018). Крім того, у деадаптивних мрійників на фоні цієї залежності виробляється почуття сорому, жалю за витраченим часом або дистресу, коли приходиться виходити зі своїх фантазій (Somer E. 2002; Somer E. 2018; Herscu, O., et al. 2023).

Деадаптивна мрійливість досі не визнана розладом, хоча наявні докази того, що вона відповідає клінічним критеріям (Bigelsen, J., et al. 2016). Через невизнання її більшою частиною наукової спільноти як серйозного розладу, ускладнюється діагностування і розробка відповідної лікувальної стратегії. Проте, наявні

статті, що презентують докази того, що певні психотерапевтичні прийоми можуть бути помічними у суттєвому зменшенні проявів ДМ.

У статті Елі Сомера (Somer E. 2018) розглянуто випадок впровадження лікувального плану молодого чоловіка, що мав підтверджені ознаки деадаптивної мрійливості а також страждав від залежності від соціальних мереж. Для полегшення його стану було обрано 3 основні напрямки роботи - мотиваційне інтерв'ю, сенанси когнітивно-біхевіоральної терапії (КПТ) і тренування медитації майндфулнесу.

Мотиваційне інтерв'ю мало на меті збільшити розуміння клієнтом свого стану і розладу, та збільшити мотивацію покращення свого стану. Важливо зазначити, що повне позбавлення від симптомів на меті не стояло, що клієнт також чудово усвідомлював. Це позбавило його від невиправданих очікувань і надало більше мотивації працювати зі своїми труднощами. Протягом інтерв'ювання були використані техніки відкритих запитань, емпатійного слухання, афірмації та узагальнення.

Усе це в купі сприяло формуванню у досліджуваного поведінкових навичок протистояння залежностям від деадаптивної мрійливості та соціальних мереж. Даний ініціуючий початок лікувального плану

сформував у клієнта відповідне налаштування на роботу задля покращення свого стану, що виявилось суттєвим у подальшому лікуванні.

Наступним етапом було впровадження когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Задля досягнення таких цілей, як "зменшення застрягання у фантазіях, відмова від надмірного використання застосунків (Facebook) та формування навичок організованого, а не проблематичного використання інтернету", терапевти формували у клієнта здатність до самозаохочення, тайм-менеджменту, навичок подолання проблем та планування майбутніх цілей у сфері роботи та навчання, а також впровадження релаксаційних та майндфулнес практик. До прикладу, описаний досліджуваний любив бігати, і часто, так як кінестезія є одним із тригерів ДМ (Somer E. 2002), клієнт "провалювався" у фантазії протягом пробіжки. Тому разом із терапевтом вони сформували звичку "усвідомленого бігання", що побудована на базі навичок майндфулнесу.

Крім того, в рамках даних інтервенцій було додано практики терапії прийняття та прив'язаності. Дане рішення пояснювалось трудностю досліджуваного у формуванні і підтримці тривалих романтичних стосунків, попри велике значення цієї сфери у його житті. Завдяки таким інтервенціям, респондент почав розпізнавати свої сумніви як нав'язливі думки та позбувся невиправданих очікувань та уявлень про "ідеальну партнерку".

Тренування технікам майндфулнесу було додано на основі доказів того, що ці медитації здатні покращити концентрацію уваги та зменшувати "блукання думок". З урахуванням

провідної симптоматики ДМ, дані практики виглядають як найбільш продуктивні інтервенції при лікуванні даного синдрому, що підкріплюється дослідженням (Herscu, O., et al. 2023), де також було впроваджено тренування усвідомленості а також практики самозвітування.

Досліджуваний практикував медитації майндфулнес щонайменше 2 рази на день - зранку і ввечері, а також протягом дня, якщо виникали якісь труднощі.

Результати дослідження показали суттєві покращення у сфері роботи та навчання, а також зменшення бажання безконтрольно фантазувати на більш ніж 50%. Крім того, також були наявні ознаки зменшення рівня інтернет залежності, що проявилось у зменшенні середнього часу користування інтернетом на більш ніж 70%. Проте, результати самозвіту та шкали задоволення від дезадаптивних мрій показали скромніші результати, що викликає певні протиріччя.

Даний експериментальний план лікування сформував вектор подальших розробок ефективної терапії дезадаптивної мрійливості. На жаль про цей синдром ще не відомо достатньо, а отже потребуються подальше розширення та поглиблення уявлення про стан "безконтрольного фантазування". Проте техніки майндфулнесу, самозвітності та формування навичок тайм-менеджменту показують багатообіцяючі результати у самопомозі із проявами ДМ. Крім того, проведення тренінгів із формування цих навичок з наявністю фасилітатора також сприяють суттєвому полегшенню (Herscu, O., et al. 2023).

Список використаних джерел: 1. Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2), 195–210. 2. Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. *Consciousness and Cognition*, 42, 254–266. 3. Somer, E. (2018). Maladaptive daydreaming: Ontological analysis, treatment rationale; a pilot case report. *Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation*, 1(2), 1-22. 4. Herscu, O., Somer, E., Federman, A., & Soffer-Dudek, N. (2023). Mindfulness meditation and self-monitoring reduced maladaptive daydreaming symptoms: A randomized controlled trial of a brief self-guided web-based program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(5), 285–300.

РОЗРИВ МІЖ НАУКОЮ ТА ПРАКТИКОЮ В ПСИХОТЕРАПІЇ: КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ, ПРИЧИНИ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ (SCOPING REVIEW)

Однією з найгостріших проблем сучасної клінічної психології та психотерапії є так званий *science-to-practice gap* — розрив між науковими знаннями та їхнім застосуванням у клінічній практиці. Попри те, що ефективність численних психотерапевтичних підходів була доведена в рандомізованих дослідженнях, ці результати часто не транслюються у повсякденну роботу практиків. Як наслідок, між академічною психологією та клінічною практикою формується дисбаланс: з одного боку, дослідження пропонують стандартизовані протоколи, а з іншого терапевти орієнтуються на досвід, інтуїцію чи теоретичні школи, не завжди спираючись на дані доказової психотерапії (Evidence-Based Mental Health, ЕВМН). Це призводить до фрагментації знань, низької відтворюваності результатів і, зрештою, до зниження якості психотерапевтичної допомоги.

Метою дослідження Schwarzbach та співавт. (2025) стало систематичне узагальнення наукових джерел, у яких вивчається феномен "science-to-practice gap" у психотерапії, а також аналіз концептуальних визначень, чинників та можливих шляхів його подолання. Автори провели *scoping review* із пошуком у базах PubMed, PsycINFO та Web of Science. До аналізу було включено 131 джерело, серед яких емпіричні, теоретичні, аналітичні статті та оглядові роботи. Опрацювання матеріалів

здійснювалося за допомогою програм Rayyan та ATLAS.ti із подальшим тематичним аналізом за методом Braun & Clarke. У результаті дослідники ідентифікували чотири основні кластери факторів, що пояснюють наявність розриву між наукою та практикою: терапевтичні, контекстуальні, методологічні та комунікаційні.

До терапевтичних факторів належать не лише базова освіта й рівень підготовки спеціаліста, але й такі змінні, як приналежність до теоретичної школи, особисті переконання щодо наукового знання, а також ступінь відкритості до міждисциплінарної співпраці. Школа думки та орієнтації може вплинути на використання ЕВМН і, таким чином, на розрив між наукою та практикою (Gaines & Goldfried, 2021). Наприклад, КПТ може відігравати сприятливу роль у виборі ЕВМН (Stewart & Chambless, 2007), яка протиставляється психодинамічному або психоаналітичному гуманістичному або екзистенціальному та еклектичні підходи в якому, здається, менше доказів, а отже, менше використання ЕВМН. Було відзначено, що психоаналітичні гіпотези важче перевірити науково, і тому існує менше наукових доказів. Не в ногу зі знаннями також може призвести до застарілих переконань про ЕВМН і створити нереалістичні очікування щодо роботи конкретного втручання або його застосовності (Paynter et al., 2022).

Контекстуальні фактори охоплюють тип установи, в якій працюють практики, а також безпосереднє робоче середовище, наприклад, безпосередні колеги та керівники. Ці фактори можуть створити бар'єри або можливості для використання ЕВМН. Як правило, чим більше навколишнє середовище заохочує ЕВМН, тим більше його використовують окремі практики. Дослідники (Baumeister, 2014; Ramaswamy et al., 2018) підкреслюють, що ефективна інтеграція науки в практику можлива лише в системах, де створено стабільні умови професійного розвитку — регулярні семінари, міжвідомчі проекти, інституційну підтримку дослідницьких ініціатив.

Методологічні фактори пов'язані з особливостями наукового дизайну. Рандомізовані контрольовані дослідження, які вважаються "золотим стандартом" доказової медицини, часто мають низьку екологічну валідність: вони проводяться на гомогенних вибірках і не відображають різноманіття клінічних випадків, з якими працює практик. Schwarzbach et al. (2025) зазначають, що така редуцціоністська логіка створює штучну дистанцію між лабораторією та терапевтичним кабінетом. Альтернативою може бути розвиток *practice-based evidence* досліджень, які виходять із реальних клінічних даних і комбінують кількісні та якісні методи.

Нарешті, комунікаційні фактори включають бар'єри між академічною та клінічною спільнотами. Психотерапевти часто не мають доступу до повних текстів статей, бракує зрозумілих каналів трансляції результатів, а наукові журнали орієнтовані переважно на дослідників. Schwarzbach et al. (2025) описують

потребу у створенні двосторонніх мереж співпраці — *research-practice networks*, де клініцисти долучаються до формулювання дослідницьких питань і інтерпретації даних. Такі моделі дозволяють підвищити релевантність наукових висновків і сприяють обміну знаннями між наукою й практикою.

Отримані результати свідчать, що розрив між наукою та практикою не може бути подоланий лише шляхом посилення емпіричних досліджень. Необхідним є системний підхід, який передбачає реформу підготовки психотерапевтів, розвиток інтеграційних моделей навчання, у яких акцент робиться не лише на техніках, а й на науковій грамотності, критичному мисленні та навичках оцінювання доказів. Важливо також зміцнювати комунікаційні ланки між академічною спільнотою та практиками через міждисциплінарні мережі, клінічні дослідницькі лабораторії та спільні освітні програми. Schwarzbach et al. (2025) підкреслюють, що подолання *science-to-practice gap* потребує плюралізму методів — поєднання ефективніших, прагматичних та якісних досліджень, а також стимулювання практиків до участі у наукових проектах через створення фінансових та інституційних інцентивів.

Таким чином, дослідження окреслює розрив між теорією й практикою не лише як академічну проблему, а як питання якості психотерапевтичної допомоги. Його результати відкривають перспективи для створення нових освітніх стратегій і політик у сфері клінічної психології, спрямованих на підвищення наукової обґрунтованості психотерапії.

Список використаних джерел: 1. Schwarzbach, N. R., Hoekstra, R., Poppe, A., Bouman, T. K., & Pijnenborg, G. H. M. (2025). When theory and therapy part ways—A scoping review of the science-to-practice gap. *Psychotherapy Research*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2488019>; 2. Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 683–694. <https://doi.org/10.1002/jclp.20347>; 3. Gaines, A. N., & Goldfried, M. R. (2021). Consensus in psychotherapy: Are we there yet? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(3), e12340. <https://doi.org/10.1037/cps0000026>; 4. Baumeister, H. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions: A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205–215. DOI: 10.1016/j.invent.2014.08.003; 5. Ramaswamy, R., Shidhaye, R., & Nanda, S. (2018). Making complex interventions work in low resource settings: Developing and applying a design-focused implementation approach to deliver mental health through primary care in India. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 5. 10.1186/s13033-018-0181-7

Вергун Поліна Дмитрівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Венгер Ганна Сергіївна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

ТИПОВІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПОМИЛКИ У РОБОТІ З ЛГБТК+ КЛІЄНТАМИ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Сучасна психотерапевтична практика дедалі частіше стикається з необхідністю роботи з клієнтами, які належать до ЛГБТК+ спільноти. Соціальні трансформації, активізація правозахисних рухів та зростання уваги до питань різноманітності призвели до того, що психологи й психотерапевти все більше взаємодіють із клієнтами з різними сексуальними орієнтаціями та гендерними ідентичностями. Проте практика показує, що далеко не всі спеціалісти готові до такої роботи, а помилки, яких вони припускаються, можуть мати серйозні наслідки для психічного здоров'я клієнтів.

Типові психотерапевтичні помилки. Однією з найпоширеніших помилок є гетеронормативність. Терапевт може свідомо або несвідомо виходити з того, що гетеросексуальність є єдиною можливою "нормою". Це проявляється у нав'язуванні клієнтові традиційних моделей поведінки, запитаннях на кшталт: "*Чи пробували Ви зустрічатися з протилежною статтю?*", або в очікуванні, що клієнт зрештою "*повернеться*" до гетеросексуальності. Такий підхід ігнорує різноманітність людського досвіду і формує у клієнта почуття провини та меншовартості [2].

Другою поширеною помилкою є патологізація сексуальної орієнтації чи

гендерної ідентичності. Попри те, що гомосексуальність була виключена з DSM ще у 1973 році, а з МКХ – у 1990 році, певні терапевти й досі схильні розглядати її як "*відхилення*", "*симптом*" або "*травму*". Подібні установки не лише суперечать сучасним науковим знанням, а й безпосередньо травмують клієнта, поглиблюючи його внутрішню гомофобію та знижуючи самооцінку [2].

Ще однією важливою помилкою є замовчування теми сексуальної та гендерної ідентичності. Уникаючи її обговорення, терапевт фактично ігнорує значну частину життєвого досвіду клієнта, що може позбавити терапію ефективності. Таке "*замовчування*" часто пояснюється небажанням самого терапевта стикатися з темами, які для нього є складними чи незручними.

Окремо слід виділити ігнорування впливу соціального контексту. Часто терапевт зосереджується винятково на індивідуальних рисах клієнта, уникаючи аналізу того, як стигма, дискримінація та соціальний тиск впливають на його психічне здоров'я. Такий підхід спрощує картину та зводить проблему до внутрішніх особливостей клієнта, ігноруючи той факт, що саме соціальні чинники є ключовими у формуванні його симптоматики [3].

Причини виникнення помилок. Найбільш очевидною причиною є недостатня професійна підготовка. У більшості освітніх програм у сфері психології та психотерапії тема ЛГБТК+ залишається маргінальною або зовсім відсутньою. Це призводить до того, що випускники не мають базових знань щодо особливостей роботи з цією групою клієнтів. Другою причиною є вплив особистих переконань терапевта. Культурні, релігійні або соціальні погляди, які не були відрефлексовані, можуть проєктуватися на клієнта. Наприклад, терапевт із традиційними уявленнями про "норму" може підсвідомо уникати тем, пов'язаних із сексуальністю клієнта, або ж спрямовувати його у "більш прийнятному" напрямі. Третьою причиною є відсутність супервізій та інтервізій, де терапевти могли б обговорювати випадки, ділитися досвідом і коригувати власні помилки. Робота з ЛГБТК+ клієнтами часто є складною саме через відсутність усталених практик та методичних рекомендацій, тому супервізійна підтримка є особливо важливою. Нарешті, слід згадати і про стереотипи, засвоєні з дитинства чи під час навчання. Вони можуть бути настільки глибоко інтегровані, що терапевт не усвідомлює їхнього впливу на свою роботу.

Наслідки для клієнтів. Наслідки психотерапевтичних помилок можуть бути серйозними та багатовимірними. Найчастіше вони призводять до поглиблення депресивних та тривожних станів. ЛГБТК+ клієнт, який стикається з упередженим ставленням у терапії, отримує підтвердження власних страхів і

сумнівів, що підсилює його психологічний дистрес. Важливим наслідком є зростання ризику суїцидальності. Дослідження показують, що саме відсутність підтримки, а також негативний досвід у системі охорони здоров'я значно підвищують ймовірність суїцидальних думок та спроб серед ЛГБТК+ осіб [2].

Крім того, терапевтичні помилки можуть призводити до посилення внутрішньої гомофобії, почуття провини й сорому, що формує у клієнта стійке переконання у власній "ненормальності". Це у свою чергу може спричинити самодеструктивні поведінкові моделі та труднощі в побудові міжособистісних стосунків. Ще одним негативним наслідком є втрата довіри до психотерапії загалом. Людина, яка одного разу зіткнулася з упередженим або непрофесійним терапевтом, може повністю відмовитися від подальшого звернення по допомогу. Це призводить до хронізації проблем і підвищує ризик соціальної ізоляції [3].

Шляхи подолання. Подолання типових помилок можливе лише за умови комплексного підходу. Насамперед слід інтегрувати у навчальні програми з психології курси, присвячені ЛГБТК+ тематиці. Це дозволить майбутнім фахівцям сформувати базові знання та культурну компетентність. Важливою складовою є орієнтація на міжнародні етичні стандарти, зокрема "Yogyakarta Principles"²⁰ [1], які визначають права людини у контексті сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності. Використання цих документів як орієнтира допоможе уникнути дискримінаційних практик. Необхідно

²⁰ Джок'якартські принципи (від індонез. м. Джок'якарта) – низка принципів щодо прав людини, прийнятих у 2006 році

забезпечити регулярну супервізійну та інтервізійну підтримку для терапевтів, які працюють із ЛГБТК+ клієнтами. Це дозволить своєчасно виявляти помилки, коригувати їх та обмінюватися досвідом. Особливе значення має рефлексія терапевта. Усвідомлення власних упереджень, готовність працювати зі своїми "сліпими зонами" та постійне удосконалення себе є запорукою ефективної допомоги.

Нарешті, терапевти мають орієнтуватися на доказові методи: когнітивно-поведінкову терапію, клієнт-центровану терапію та афірмативну психотерапію [3]. Ці підходи визнають різноманітність сексуальних орієнтацій і гендерних ідентичностей як нормальний варіант розвитку людини, що робить їх найбільш ефективними у роботі з ЛГБТК+ клієнтами.

Список використаної літератури: 1. International Commission of Jurists (2007). *Yogyakarta Principles: Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. <https://yogyakartaprinciples.org/>; 2. Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behav Sci*, 5(4), 565–575. 10.3390/bs5040565; 3. Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2013). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychother*, 50(4), 463–470. 10.1037/a0032021.

ЗВ'ЯЗОК ЛІТЕРАТУРНОЇ ТВОРЧОСТІ В САМОРЕФЛЕКСІЇ ТА ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СИМПТОМІВ

У сучасному світі, де ритм життя постійно прискорюється, а кількість інформації перевищує здатність людини опрацювати її, психічне здоров'я перебуває під безперервним навантаженням. Серед різноманітних психологічних викликів особливе місце займають депресивні стани. Це поширене явище, яке, на відміну від клінічної депресії, характеризується тимчасовим зниженням настрою, втратою інтересу до звичних справ, почуттям втоми та розчарування. Такі стани часто виникають у відповідь на стресові ситуації, емоційні потрясіння, брак соціальної підтримки або як наслідок внутрішніх суперечностей. Вони значно впливають на загальне самопочуття, ефективність діяльності та здатність до взаємодії з оточенням. У зв'язку з цим, пошук ефективних та доступних методів подолання депресивних станів є надзвичайно актуальним завданням сучасної психології.

Прагнення до самовираження є природною потребою кожної людини, адже саме через нього особистість утверджує свою унікальність та індивідуальність. Цей внутрішній імпульс часто зароджується в підсвідомості й активується під впливом життєвих обставин, коли людина намагається віднайти й реалізувати себе.

Карл Густав Юнг назвав цей процес індивідуацією — становленням самості, тобто рухом до автентичного "Я". За його вченням серед багатьох форм самовираження особливе місце посідає літературна творчість, адже вона

ґрунтується на мистецтві Слова. Той, хто обирає шлях пізнання себе через Слово, стикається з двома ключовими завданнями: по-перше, із внутрішнім розвитком, що передбачає активізацію та вдосконалення природних творчих нахилів, зумовлених архетипами колективного несвідомого; по-друге, із глибоким зануренням у сутність і потенціал самого Слова. Обидва процеси вимагають серйозної внутрішньої роботи та глибокої рефлексії [3, с. 227]

Літературну творчість можна розглядати як спосіб витіснення психічних комплексів. Сильна емоційна зацікавленість чи пристрасть, за певних умов, може трансформуватися в невроз — явище, яке фахівці в галузі психології та психіатрії визначають як комплекс. Іноді подібні комплекси безпосередньо впливають на зміст і напрям літературної творчості, визначаючи її образну систему, тематичну доміную. У цьому сенсі сам процес творення можна розглядати як шлях до позбавлення від психічного напруження, спробу витіснення травматичного досвіду через побудову уявної, віртуальної реальності. Це своєрідна форма катарсису — психологічного очищення від нав'язливих переживань, образів, внутрішніх конфліктів [3, с. 233].

Отже, одним із потенційних інструментів, що можуть допомогти в боротьбі з депресивними станами, є літературна творчість. Письмо як форма самовираження відкриває

можливість глибше пізнати власні почуття, осмислити життєвий досвід і знайти нові способи розуміння себе та навколишнього світу. Вона стимулює розвиток саморефлексії та самоусвідомлення, що є важливими чинниками у процесі виходу з депресивних переживань. Завдяки письму людина може вільно висловлювати свої емоції, усвідомлювати джерела свого внутрішнього стану й поступово шукати шляхи подолання труднощів.

Створення текстів трансформує негативний емоційний досвід у творчий процес, який має катарсичний ефект і сприяє психологічному відновленню. Вигадування персонажів і проживання їхніх історій дозволяє автору переносити власні страждання на них, знижуючи емоційне напруження. У такий спосіб людина ніби делегує героям свій біль, водночас дистанціюючись від нього у безпечному просторі творчої уяви. У цьому випадку письмо стає способом емоційного звільнення, своєрідним "виговоренням". Хоча зовнішні обставини можуть залишатися незмінними, на внутрішньому рівні відбувається полегшення, вирівнювання емоційного стану.

Отже, літературна творчість є не лише мистецьким актом, а й формою психологічної саморегуляції, що допомагає людині зберігати внутрішню рівновагу та впорядковувати власну

психічну реальність у кризові періоди. Це не втеча від реальності, а свідомий, вольовий вибір зосередитися на тому, що не завдає болю — на створенні гармонійного, бажаного світу, у якому можливе зцілення.

Крім того, важливим терапевтичним аспектом є процес читання літературних творів, у якому людина може знаходити вихід зі складних життєвих ситуацій шляхом ідентифікації з художніми персонажами. Така взаємодія між автором і читачем набуває характеру співтворчості: письменник кодує смисли через художні образи, символи та натяки, тоді як читач здійснює їхнє "розшифрування", намагаючись віднайти глибинні сенси та особистісно їх осмислити. У процесі такого діалогу з текстом відбувається проживання чужого досвіду, інтеграція нових моделей поведінки й захисних механізмів, а також перебудова власних наративів. Завдяки розширенню світоглядного горизонту читач отримує можливість помічати відповіді на власні запитання, які раніше залишалися поза усвідомленням. Поступово сам процес творчого або рецептивного занурення стає самоцінним. Тобто людина починає отримувати задоволення від самої діяльності, що сприяє емоційному відновленню та гармонізації внутрішнього стану.

Список використаних джерел: 1. Білоус П. Вступ до літературознавства. Житомир, 2009; 2. Борисенко Є. О. Рефлексія як засіб об'єктивного опанування дійсності. 2009. № 2; 3. Савченко О. Свідомість і рефлексія у базисі психологічного теоретизування. Психологія і суспільство. 2018

ВНЕСОК ШАНДОРА ФЕРЕНЦІ У ПРОЦЕС ПСИХОАНАЛІТИЧНИХ СТОСУНКІВ

Шандор Ференці – угорський психіатр та лікар загального профілю, який отримав диплом лікаря у Відні. Працював у різних медичних установах у Будапешті, де відкрив власну практику. Після зустрічі з Фройдом у Відні починає практикувати психоаналіз. Незабаром стає учнем, найближчим другом та довіреною особою Фрейда, який називав Ференці "людиною, що викликає до себе любов і прихильність", завоювавши і його любов.

Основний внесок Ференці в психоаналіз полягає насамперед в уважному індивідуальному підході до пацієнта, до особливостей його характеру, середовища та умов його життя. Він ввів поняття інтроєкції, намагався вдосконалити психоаналітичну техніку з допомогою включення до неї гіпнозу. В останні роки життя прийшов до використання активної, відносно короткої терапії, заснованої на різних формах вираження любові терапевтом по відношенню до пацієнта, якої той був позбавлений у дитинстві. Відповідно до його поглядів, бажання пацієнта потрібно фруструвати, а потреби – задовольняти. Саме через хронічно незадоволені потреби у дитинстві розвивається невроз. Психоаналітик, який фруструє потреби свого пацієнта – як і батьки, повторно травмує його. Також Ференці першим заговорив про важливість материнської любові для дитини, відійшовши від ортодоксальної парадигми Фрейда. В останній роботі Ференці "Мовленнєві суперечності у розмові дорослого з дитиною. Мова ніжності та пристрасті" він

першим заговорив про необхідність визнання психоаналітиком своїх помилок та аналізу почуттів пацієнта, викликаних цими помилками. Також, у цій статті, Ференці відновив тему травматизації, в той час коли Фройд її вже залишив, стверджуючи, що не дитячі травми, а несвідомі фантазії дитини є причинами неврозу.

Ференці ще на початку кар'єри психоаналітика зумів зарекомендувати себе як новатор, плідний теоретик і клініцист, який мав рідкісний талант терапевта. Намагаючись осмислити обмеження та межі, з якими він зіштовхувався в деяких складних випадках лікування, він, після більш ніж десяти років аналітичної практики, починає приділяти особливу увагу психоаналітичній техніці. Ференці переконується, що техніка це незаперечне доповнення теорії, і що її потрібно адаптувати та розвивати залежно від умов лікування. Труднощі, що зустрічаються в аналізі пацієнтів, пов'язані зі складними структурами особистості, змушують його задуматися над цими питаннями. Незважаючи на те, що ці технічні нововведення, стали в останні роки життя Ференці причиною розбіжностей із Фройдом, вони стали поворотним моментом в історії деяких ключових концепцій психоаналізу.

Ференці працював з вразливою категорією населення, пацієнтами з тяжкими розладами, тому він був змушений змінити звичну на той момент техніку. Цих пацієнтів вважали невіддатливими аналізу через їхню соціальну

маргіналізацію, схильність до травматичних ситуацій. Їм було недостатньо вільних асоціацій, а також вони вимагали близькості. За допомогою "активної техніки" та застосування принципів релаксації та неокатарсису він наполягає на повторенні травми не лише як інтелектуалізації, але й у її переживанні в перенесенні, як способі опрацювання. Ференці вважав, що об'єктивне та стримане спостереження лікаря є безпечним та виправдовує початок аналізу, але холодна об'єктивність не повинна ставати перешкодою для пацієнта, а стосунки вимагають повної щирості. Враховуючи ці питання особистості, середовища та досвіду, не дивно, що він наголошував на тому, що аналітик повинен взаємодіяти з травмою, яку пережив пацієнт, щоб знайти суть стосунків між аналітиком і пацієнтом.

У цьому процесі відданості та близькості до пацієнта також виникає інтерес до контрперенесення, не як перешкоди, як вважав Фройд, а як джерело розуміння об'єктивних відносин, розриву, взаємних стосунків та діяльності терапевта. Ференці засуджував лицемірство і вважав автентичність і спонтанність цінностями своєї практики. Таке залучення, прагнення близького зв'язку з пацієнтом, дослідження оптимальної дистанції, привело його до вивчення таких технік, як взаємний аналіз, і до помилок, над якими він пізніше розмірковує.

Одна з концепцій Ференці, яка виникла в результаті його роботи, експериментів із взаємним аналізом – "діалог несвідомих". Ця концепція визначається як аналітичний процес, коли два несвідомі зустрічаються в аналізі, і між ними починається діалог. Його розуміння взаємного аналізу проклало шлях для сучасного

розуміння теорії інтерсуб'єктивності. Ференці припустив, що приділяючи увагу цьому діалогу, можна розкрити для пацієнта невідомі аспекти про нього самого та невідомі аспекти про його аналітика, і також можна розкрити для аналітика аспекти про його пацієнта, які раніше не були відомі.

Несвідома комунікація існувала і у Фройда, починаючи з роботи про сновидіння. Він стверджував, що основна увага має бути зосереджена на усвідомленні пацієнтом своїх несвідомих психічних процесів – зробити несвідоме пацієнта свідомим. Перенесення стало ключем до його розуміння несвідомого, а переживання пацієнтом аспектів несвідомого аналітика не враховувались. На противагу цьому, Ференці не ігнорував ні несвідомі процеси пацієнта, ні реакцію аналітика на ці процеси. Він робив теоретичні зрушення в бік несвідомої комунікації, яка відбувається з боку обох учасників, звідси й поняття несвідомого діалогу.

Відкриття того, що саме несвідоме аналітика впливає на його пацієнта, було надзвичайно радикальним на той час. Фройд розумів вплив несвідомого аналітика на пацієнта, але він прагнув не робити це технікою та частиною двонаправленого процесу. Суть роботи Ференці полягає в тому, що він пропонує пацієнту спільне дослідження контрперенесення, щоб пролити світло на обох учасників, подібно до дослідження перенесення. Для пацієнта знання його впливу на аналітика дає розуміння того, як інші можуть сприймати його самого. Взаємність означає, що пацієнт має можливість працювати з реакціями аналітика, і таким чином досвід пацієнта щодо аналітика допомагає йому у власному саморозумінні.

Відкриття діалогу несвідомого та його використання в аналізі, мабуть, є одним із найвизначніших внесків Ференці в процес аналітичних стосунків та їх реляційних процесів. У міру того, як він поступово переходив до взаємного аналізу як техніки, концепція про діалог несвідомого стала центральною в його способі роботи з пацієнтами та в його розумінні власного внеску в те, що виникало в аналітичних стосунках – взаємності, співтворчості, двонаправленості.

Важливим висновком з його експериментів із взаємним аналізом було визнання того, що аналітик не завжди усвідомлює себе, і для цього потрібен хтось інший. Відкриттям двох несвідомих, що впливають одне на одного, Ференці висунув дивовижну для свого часу заяву, що проєктивна ідентифікація – це захист, який можуть використовувати як терапевти, так і пацієнти, і що іноді вона може маскуватися під належну психоаналітичну техніку.

У Клінічному щоденнику Ференці описує бажання аналітика створити аналітичну зустріч з пацієнтом як партнером у процесі. Чим складніший випадок, тим більше думок та почуттів пацієнта використовуються для терапії. Ференці виявляє сміливу рішучість у дослідженні своєї суб'єктивності – її внеску у процес лікування та невід'ємну частину аналітичної зустрічі. Він вважав, що здатність аналітика стати автентичним в аналітичній ситуації, бути емоційно чесним – є цілющими елементами терапії. В кінці щоденника Ференці стверджував, що в багатьох аналізах причиною терапевтичної невдачі є те, що сам аналітик бореться з труднощами. Наприклад, він нечутливий, або йому бракує такту та емпатії. Коли Ференці чітко говорить про емоційну

участь аналітика в аналітичному процесі та роль контрперенесення, він наголошує на важливості особистості аналітика та його власного аналізу, який є невід'ємною частиною такої роботи.

Після смерті Ференці його блискучі ідеї були практично забуті. Хоча, М. Кляйн використовувала контрперенесення, яке вона називала "спілкуванням несвідомого з несвідомим", а М. Балінт та А. Балінт підкреслювали "неминуче втручання особистості аналітика в аналітичні стосунки". Концепції та ідеї Ференці існували за 70 років до появи так званого "реляційного повороту" в американському психоаналізі. Деякі з робіт Стівена Мітчелла та Льюїса Арона значною мірою базуються на роботі Ференці з взаємним аналізом та значною мірою сприяли ключовому зрушенню парадигми у фрейдистському психоаналізі, що призвело до реляційного психоаналізу.

Шандор Ференці – людина та психоаналітик, діяльність якого викликає захоплення, натхнення та мотивацію до пізнання. Деякі його експерименти можна вважати невдалими, неетичними, але завдяки цим спробам він отримував важливе знання для подальших ідей та їх реалізацій. Психоаналітична робота має на меті намір терапевта допомогти пацієнту, але також вона є процесом взаємодії та трансформації для обох учасників. Почуття близькості та взаємності, які лежать в основі терапевтичного процесу, розглядаються як невід'ємна умова глибокої трансформаційної роботи та фундаментальний принцип, якими керувався Ференці в експериментах з психоаналітичною технікою, і які виникли з його розуміння "діалогу несвідомих". Мета психоаналітичної

психотерапії може полягати в тому, щоб допомогти клієнту жити більш інтегровано з більшою стійкістю до життєвих стресів. Це може проявлятися у формі зникнення симптомів, покращення розуміння, набуття особистої свободи та підвищення самоцінності. Також метою може бути покращення стосунків, розвиток здатності кохати і бути коханим. Це не

те, що просто проявляється в терапії, це є наслідком терапевтичних стосунків. Ференці вбачав дану трансформацію як таку, що виникає всередині самих стосунків, коли він зосереджувався на діалозі несвідомих, оскільки цей діалог був пов'язаний з двонаправленістю та взаємністю у аналітичних стосунках.

Список використаних джерел: 1. Gaztambide D. J. (2022) A népért való pszichoterápia: Freud, Ferenczi és a hátrányos helyzetű emberekkel végzett pszichoanalitikus munka. *Fordulat* (31), 183–213; 2. Cabré L. J. M. (1999). Ferenczi Sándor hozzájárulása a viszontáttétel fogalmához. *Thalassa*, 1(10), 3–21; 3. Rachman, A. W. (2007). Sándor Ferenczi's contributions to the evolution of psychoanalysis. *Psychoanal Psychol*, 24(1), 74–96. 10.1037/0736-9735.24.1.74.

ІННОВАЦІЙНЕ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ, ЗАСНОВАНОЇ НА ПРАКТИКАХ УСВІДОМЛЕНOSTІ, У РОБОТІ ЗІ СТУДЕНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ

У сучасному суспільстві питання психічного здоров'я студентської молоді набуває все більшої актуальності. Молоді люди, які перебувають на етапі становлення особистості, професійного вибору та самореалізації, стикаються з численними викликами — високим рівнем академічного навантаження, соціальною невизначеністю, фінансовими труднощами, наслідками пандемії COVID-19 та повномасштабної війни в Україні. Ці чинники формують підґрунтя для розвитку емоційного виснаження, підвищеного рівня тривожності, зниження мотивації до навчання та загального погіршення психоемоційного стану. За даними ВООЗ (2023), понад третина молоді демонструє симптоми генералізованої тривоги, що потребує пошуку ефективних способів психологічної підтримки та психокорекції.

Традиційні методи психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), зарекомендували себе як ефективні, однак у багатьох випадках не забезпечують стійких змін та профілактики рецидивів. У зв'язку з цим виникає потреба у впровадженні нових підходів, що поєднують когнітивні техніки з розвитком навичок усвідомленості та саморегуляції. Одним із таких сучасних методів є Mindfulness- Based Cognitive Therapy (МВСТ) — когнітивна терапія, заснована на практиках усвідомленості (майндфулнес). Цей напрям був розроблений

Зінделом Сегалом, Марком Вільямсом і Джоном Тісдейлом у 1990-х роках як засіб запобігання рецидивам депресії, проте згодом його ефективність була доведена і в роботі з тривожними розладами.

МВСТ поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії (аналіз автоматичних думок, ідентифікація деструктивних схем мислення) з майндфулнес-практиками —

усвідомленим диханням, тілесним скануванням, медитаціями спостереження, прийняттям думок без оцінки. Метою програми є розвиток здатності клієнта бути присутнім у теперішньому моменті, спостерігати за власними емоційними реакціями, формувати стійкість до стресових впливів та знижувати рівень автоматичної тривожної реактивності.

Проблематика ефективності МВСТ у роботі з молоддю активно досліджується у сучасній психологічній науці. Зарубіжні вчені (J. Kabat-Zinn, S. Hofmann, P. Grossman, M. Baer, Z. Segal) довели позитивний вплив програми на зменшення симптомів тривоги, депресії, емоційного вигорання. Українські дослідники (Т. Титаренко, О. Іваницька, Л. Снігур) наголошують на необхідності адаптації інноваційних методів до контингенту студентської молоді, яка перебуває у стані

хронічного стресу та невизначеності.

З метою перевірки ефективності МВСТ було проведено емпіричне дослідження серед 30 студентів віком від 18 до 22 років, які навчалися у вищому навчальному закладі м. Київ. Усі учасники мали середній або високий рівень тривожності за попереднім тестуванням. Для експерименту було сформовано дві групи: експериментальну (n=15), що проходила курс МВСТ, та контрольну (n=15), яка не брала участі у психотерапевтичних заходах. Програма тривала 8 тижнів, включала щотижневі групові заняття тривалістю 90 хвилин, індивідуальні консультації, щоденні домашні завдання (медитації, ведення щоденника усвідомленості).

Для діагностики застосовувалися: шкала тривожності та депресії HADS (Zigmond & Snaith), опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої), а також методи спостереження, інтерв'ю та самооцінки.

Табл. 1. Динаміка рівня тривожності за шкалою HADS серед студентів

Показники	До МВСТ (M±SD)	Після МВСТ (M±SD)	Δ (Зміна)
Рівень тривожності (HADS)	11.8 ± 3.2	6.4 ± 2.7	↓ 45.8%
Рівень негативного афекту (PANAS)	30.5 ± 6.8	22.1 ± 5.9	↓ 27.5%
Рівень позитивного афекту (PANAS)	28.4 ± 7.3	34.7 ± 6.1	↑ 22.2%

На початку емпіричного дослідження середній рівень тривожності в експериментальній групі становив 12,4 бала, у контрольній — 12,2 бала, що свідчило про наявність помірних проявів тривожного стану

серед більшості учасників. Після завершення восьми тижневої програми Mindfulness-Based Cognitive Therapy (МВСТ) середній показник тривожності в експериментальній групі знизився до 7,3 бала, що відповідає 41% зменшенню інтенсивності симптомів. Натомість у контрольній групі, де учасники не брали участі в терапевтичній програмі, зміни показників виявилися статистично незначущими (зниження лише до 11,9 бала), що підтверджує ефективність саме інтервенції МВСТ.

Крім кількісних даних, важливими є якісні результати, отримані під час напівструктурованих інтерв'ю з учасниками. Більшість студентів, які пройшли курс, повідомили про помітне покращення сну, зниження рівня емоційного напруження, підвищення концентрації уваги, а також про покращення якості міжособистісного спілкування. Студенти відзначали, що вправи на усвідомлене дихання та тілесне сканування допомогли їм швидше розпізнавати власні емоційні реакції, не уникати неприємних переживань, а навчитися приймати їх без осуду. Це сприяло формуванню внутрішньої стабільності, підвищенню рівня самоприйняття та саморегуляції.

Під час інтерв'ю було виявлено, що учасники після проходження курсу продемонстрували зростання рівня самоусвідомлення, підвищення здатності зосереджуватися на поточному моменті, а також зменшення проявів емоційного вигорання. Багато студентів описували відчуття "психологічного відновлення" та появу відчуття контролю над життєвими обставинами, що позитивно вплинуло на їхнє загальне

самопочуття, навчальну мотивацію та рівень соціальної активності.

Отримані результати підтвердили, що програма МВСТ є ефективним і гнучким інструментом психокорекційної роботи зі студентами, які мають підвищений рівень тривожності. Вона сприяє розвитку навичок емоційної саморегуляції, підвищенню стресостійкості та профілактиці емоційного виснаження, що є надзвичайно актуальним у контексті освітнього середовища сучасної України.

На основі результатів дослідження було сформульовано практичні рекомендації для психологічних служб закладів освіти: доцільно впроваджувати групові заняття з елементами МВСТ, створювати "кабінети усвідомленості", а

також розробляти онлайн-програми для самостійної практики студентів. Такі ініціативи сприятимуть системному підходу до збереження психічного здоров'я молоді та розвитку культури психологічної підтримки у вищих навчальних закладах.

Таким чином, застосування когнітивної терапії, заснованої на практиках усвідомленості, у роботі з молоддю є перспективним напрямом інноваційної психотерапії в галузі клінічної психології. Цей метод поєднує наукову обґрунтованість, гуманістичний підхід та універсальність у використанні, що робить його ефективним засобом підтримки психічного благополуччя студентів.

Список використаних джерел: 1. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion; 2. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press. 3. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063> 4. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x> 5. Титаренко, Т. М. (2020). Психологічні засади формування життєстійкості особистості. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України.

СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ КОРЕКЦІЙНИХ ПІДХОДІВ

Стресові розлади є однією з найбільш актуальних медичних і соціальних проблем сучасності. Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду (МКХ-10) виділяє п'ять нозологій, які є наслідками стресової чи травматичної події, і які супроводжуються порушенням нормальної психічної діяльності. Ці нозології об'єднані у кластер F43 "Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації", який належить до рубрики "Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади". Серед діагнозів зазначеного кластеру є як нозології, які відображують гострі транзиторні порушення психіки, що виникають у відповідь на психічний чи фізичний стрес (F43.0 "Гостра реакція на стрес"), так і нозології, що включають тривалі порушення психічної діяльності (F43.1 "Посттравматичний стресовий розлад" – уповільнена або затяжна реакція на надзвичайно потужну або катастрофічну стресову подію чи ситуацію (коротко- або довготривала), яка виникає через певний час після травми (латентний період); та F43.2 "Порушення адаптації" – порушення психічної діяльності, які виникають у період адаптації до серйозних змін у житті або стресових життєвих подій, і проявляються депресивним настроєм, тривогою або стурбованістю, нездатністю адаптуватися, планувати наперед або продовжувати діяльність і виконувати повсякденні завдання). До цього ж кластеру належать два універсальні діагнози

(F43.8 "Інші реакції на тяжкий стрес" та "F43.9 Реакція на тяжкий стрес, неуточнена"), які використовуються за наявності ознак дистресу після стресової або травматичної події, але за неможливості віднесення розладу до однієї із зазначених нозологій. У Міжнародній класифікації хвороб 11 перегляду (МКХ-11) до цих діагнозів додано ще один – 6B42 "Розлад тривалого горювання", а у діагнозі посттравматичного стресового розладу виділяються два підтипи: 6B40 "Посттравматичний стресовий розлад" і 6B41 "Складний посттравматичний стресовий розлад".

Стресові розлади є надзвичайно поширеним явищем, хоча дані, що ґрунтуються на масштабних популяційних дослідженнях, наразі доступні лише для посттравматичного стресового розладу. Наявні дані свідчать про регіональну варіабельність поширеності тривожних і стресових розладів від 5,3% до 10,4% при сукупній поширеності протягом життя близько 12,9% (Han et al., 2024). Найбільше медичне і соціальне значення серед стресових розладів має посттравматичний стресовий розлад, поширеність якого серед населення країн, які не постраждали від війни, складає близько 2% (для посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв МКХ-11) і 4% (для складного посттравматичного стресового

розладу відповідно до критеріїв МКХ-11), а в країнах, постраждалих від війни – відповідно 16% та 15%; при цьому показники помісячної поширеності посттравматичного стресового розладу коливалися від 1,4% до 32,5%, а складного посттравматичного стресового розладу – від 0,5% до 42,6% (Fung et al., 2025).

В Україні проблема стресових розладів набула особливої гостроти у зв'язку з активними бойовими діями. Наявні дані свідчать про істотно вищу ураженість населення України посттравматичним стресовим розладом. Медіанні оцінки поширеності цього розладу серед мешканців всіх регіонів України склала 15,0% – 41,2%, а серед українських біженців – 8,0% – 45,1%. Важливо, що паралельно зі зростанням поширеності ПТСР зростає також ураженість коморбідною психічною патологією – депресивними розладами (19,6% - 54,8% серед мешканців України і 14,7% - 60,1% у біженців) та тривожними розладами (відповідно 3,7% - 33,4% і 4,3% - 25,3%) (Yasenok et al., 2025).

В якості терапії першої лінії при тривалих постстресових розладах сучасні керівництва рекомендують психотерапевтичні втручання, що ґрунтуються переважно на когнітивних підходах, десенсибілізації, експозиційній терапії та терапії за допомогою рухів очей. Водночас, ефективність психотерапевтичної корекції стрес-асоційованих розладів на нинішньому етапі залишається недостатньою. Складний індивідуальний характер реакцій на стрес зумовлюють неможливість досягнення оптимальної терапевтичної відповіді у значної частини пацієнтів, що актуалізує пошук шляхів удосконалення існуючих психотерапевтичних і психокорекційних підходів, у тому числі через використання традиційних практик "поєднання

розуму і тіла", які ґрунтуються на комбінації активних рухів і вправ на усвідомленість. Емпіричний досвід засвідчив високу ефективність цих технік при широкому спектрі психологічних проблем, соматичних і психосоматичних розладів, що дає підстави розглядати їх в якості перспективного засобу покращення ефективності комплексного лікування стресових розладів і персоніфікації лікувально-реабілітаційних заходів.

Теоретичну основу використання традиційних практик поєднання "розуму і тіла" для усунення порушень психічної сфери становить холістичний підхід до здоров'я, який розглядає людину як цілісну функціональну систему, в якій поєднується фізичний, емоційний, розумовий та духовний аспекти. У рамках цього підходу основним завданням є не лікування певної хвороби, а усунення першопричин проблем зі здоров'ям і досягнення оптимального самопочуття і функціонування. Холістична медицина поєднує медичні підходи, що ґрунтуються на засадах біологічної медицини, з альтернативними, що підтверджені емпіричним досвідом; при цьому пацієнт є не пасивним одержувачем допомоги, а активним учасником процесу одужання. Висока ефективність і суб'єктивна привабливість для пацієнтів неформалізованих підходів, що ґрунтуються на поєднанні дозованої фізичної активності, дихальних та медитативних практик, сприяє популяризації практик "розум і тіло", і стрімкому збільшенню кількості їх прихильників у розвинених країнах світу.

Серед практик, що поєднують вплив на фізичне і психічне здоров'я, можна виділити як традиційні оздоровчі та лікувальні практики, такі, як йога, цигун і тайцзи, так і сучасні

методики, що поєднують фізичну активність з впливом на психологічну сферу.

Численними дослідженнями була доведена висока ефективність йога практик в усуненні депресивної, тривожної і посттравматичної симптоматики, зменшенні дратівливості і агресивності, покращенні сну і корекції соматовегетативних порушень, а також поліпшенні когнітивного функціонування, причому застосування цих практик було ефективним навіть у випадках стійкого до лікування посттравматичного стресового розладу.

Традиційні китайські оздоровчі техніки тайцзи і цигун поєднують дозовану фізичну активність, медитативні техніки і роботу з диханням, що сприяє заспокоєнню, концентрації на внутрішньому світі, усвідомленню свого тіла і контролю над стресом. Ці традиційні практики ефективні для нормалізації афективної сфери, усунення наслідків і профілактики несприятливого впливу психоемоційного стресу, і можуть бути дієвим засобом у комплексному лікуванні стресових розладів.

Сучасні практики "тіла і розуму" розвивають надбання традиційних практик, і

концентруються на досягненні релаксації, почуття спокою, усвідомлення свого фізичного і психологічного стану та самоефективності. Ці техніки включають медитацію, дихальні вправи, кероване уявлення, аутосугестивні підходи, біологічний зворотний зв'язок і терапію за допомогою малюнків і рухів. Застосування цих технік може бути ефективним при посттравматичному стресовому розладі, порушеннях адаптації, стійких тривожних і депресивних станах, усунення порушень сну, а також для покращення якості життя і соціальної взаємодії пацієнтів (Kahn et al., 2016). Важливо, що лікувальний ефект таких практик є стійким і зберігається тривалий час після занять.

Слід зауважити, що незалежно від конкретної техніки, використання практик, що поєднують роботу з розумом і тілом, справляє позитивний вплив на фізичний стан і психічне здоров'я, а також на якість життя пацієнтів (Li et al., 2019), що дає підстави вважати їх перспективним засобом удосконалення існуючих лікувальних і корекційних заходів при стресових розладах.

Список використаних джерел: 1. Fung, H. W. et al. (2025). Prevalence of ICD-11 post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in the general populations: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatr.*, 110, 104610. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.104610>; 2. Han, X. et al. (2024). Disease clusters subsequent to anxiety and stress-related disorders and their genetic determinants. *Nat Commun.*, 15(1), 1209. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-45445-2>; 3. Kahn, J. R. et al. (2016). Post-9/11 veterans and their partners improve mental health outcomes with a self-directed mobile and web-based wellness training program: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(9), 18–40. <https://doi.org/10.2196/jmir.5800>; 4. Li, Z. et al. (2019). Mind-Body Exercise for Anxiety and Depression in COPD Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 17(1), 22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010022>; 5. Yasenok, V. et al. (2025). Mental health burden of persons living in Ukraine and Ukrainians displaced to Switzerland: the mental health assessment of the Ukrainian population (MAP) studies. *BMJ Glob Health*. 10(8), Article e019557. 10.1136/bmjgh-2025-019557.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ПРАКТИЦІ ПСИХОТЕРАПІЇ: ОГЛЯД ДЖЕРЕЛ

Сучасна психотерапія перебуває на етапі активного розвитку, що зумовлено як науковими досягненнями у сфері психології та нейронаук, так і стрімким технологічним прогресом. Традиційні методи психотерапевтичної допомоги, що базувалися переважно на міжособистісній взаємодії у форматі "терапевт–клієнт", доповнюються новими підходами, орієнтованими на глибше розуміння механізмів психіки та розширення можливостей терапевтичного процесу. Інновації у психотерапії сьогодні охоплюють як технологічні, так і методологічні аспекти: від використання штучного інтелекту, віртуальної реальності, нейрофідбеку — до розвитку нових інтегративних напрямів, що поєднують когнітивні, тілесні та емоційно-регулятивні підходи.

Метою даної роботи є аналіз сучасних інновацій у психотерапевтичній практиці, виявлення їх потенціалу та визначення викликів, які постають перед фахівцями у процесі впровадження нових технологій у терапевтичну діяльність.

1. Цифровізація психотерапії та телепсихологічна допомога. Однією з найпомітніших тенденцій останнього десятиліття є цифровізація психотерапевтичної практики. Онлайн-консультування, психотерапія через відеозв'язок, а також використання мобільних додатків для підтримки емоційного стану стали не лише зручним, але й ефективним інструментом допомоги. Згідно з

керівництвом Американської психологічної асоціації (APA, 2022), ефективність онлайн-психотерапії є співмірною з традиційною очною формою роботи, особливо у випадках тривожних і депресивних розладів. Телепсихологія відкрила можливість доступу до допомоги людям із віддалених регіонів, військовослужбовцям у зоні бойових дій та особам з обмеженою мобільністю. Однак цифровізація не позбавлена ризиків. Постає питання конфіденційності, етичного використання даних та забезпечення безпеки інформації. Водночас психологу необхідно адаптувати комунікативні навички до специфіки онлайн-взаємодії, що потребує додаткової професійної підготовки.

2. Використання технологій віртуальної та доповненої реальності. Інноваційним напрямом, який активно впроваджується у психотерапевтичну практику, є використання технологій віртуальної реальності (VR). Такі методи особливо ефективні у лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), фобій, панічних атак і соціальної тривожності. VR-терапія дає змогу клієнту безпечно відтворити травматичні або складні життєві ситуації у контрольованому середовищі. Наприклад, дослідження J. Difede та ін (2007) показали, що VR-терапія при роботі з ветеранами бойових дій знижує інтенсивність симптомів ПТСР на 40–60% у порівнянні з традиційними підходами.

Крім VR, дедалі ширше застосовується технологія нейрофідбеку (біологічного

зворотного зв'язку), яка дозволяє пацієнтові бачити в реальному часі показники своєї мозкової активності. Це підсилює ефект саморегуляції, сприяє розвитку усвідомлення тілесних реакцій і допомагає при тривожних розладах, безсонні та синдромі дефіциту уваги.

3. *Інтегративні та тілесно-орієнтовані підходи.* Поряд із технологічними новаціями, у психотерапії спостерігається посилення інтегративної тенденції — поєднання когнітивно-поведінкових, психодинамічних, гуманістичних і тілесно-орієнтованих методів. Такий підхід дозволяє враховувати багатовимірність людської психіки, емоцій і тілесних відчуттів. Сучасні дослідження (Siegel, 2021) підтверджують важливість інтеграції тілесної обізнаності у терапевтичний процес. Методи соматичної експерієнс-терапії (S. Levine), сенсомоторної психотерапії (P. Ogden), а також підходи, що базуються на майндфулнесі, довели свою ефективність у роботі з травмою, хронічною напругою та емоційним вигоранням. Інноваційність цих підходів полягає у зміні парадигми — від лікування симптомів до розвитку цілісної саморегуляції особистості, формування здатності усвідомлено взаємодіяти зі своїм тілом і психічними процесами.

4. *Використання штучного інтелекту у психотерапії.* Ще одним новим напрямом є застосування штучного інтелекту (ШІ) у психотерапевтичній практиці. Алгоритми машинного навчання здатні аналізувати емоційні патерни мовлення, вирази обличчя чи поведінкові реакції, що дає змогу покращити діагностику психоемоційного стану клієнта. Зокрема, ШІ використовується у створенні чат-

ботів для психологічної підтримки (наприклад, Woebot, Wysa), які надають базову когнітивно-поведінкову допомогу та зменшують відчуття ізоляції у користувачів. Водночас, як зазначають дослідники (Andersson & Carlbring, 2023), роль таких систем залишається допоміжною — вони не замінюють живої терапевтичної взаємодії, а лише доповнюють її. ШІ також може бути корисним інструментом для психотерапевтів — у зборі даних, моніторингу динаміки терапії та прогнозуванні ризиків суїцидальної поведінки.

Інновації у психотерапії відкривають безпрецедентні можливості для поглиблення розуміння людської психіки та підвищення ефективності психологічної допомоги. Технологічні рішення, такі як віртуальна реальність, нейрофідбек, телепсихотерапія та системи на основі штучного інтелекту, не лише розширюють інструментарій фахівця, але й підвищують доступність терапії для різних соціальних груп. Водночас інновації ставлять перед фахівцями нові виклики — етичні, методологічні та гуманістичні. Надмірна технологізація ризикує знеособити терапевтичний процес, тому головним критерієм ефективності психотерапії, як і раніше, залишається якість людського контакту між терапевтом і клієнтом. Таким чином, майбутнє психотерапії полягає не у відмові від традицій, а у гармонійному поєднанні наукових досягнень, технологічних інновацій та гуманістичних цінностей. Лише за умови балансу між раціональним і емпатійним компонентами професійної діяльності психотерапія зможе залишатися ефективною, етичною та посправжньому людиною.

Список використаних джерел: **1.** American Psychological Association (2022). Proposed Revision of Guidelines for the Practice of Telepsychology. American Psychological Association. URL; **2.** Difede, J., et al. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiatry*, 68(11), 1639–1647; **3.** Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Publications; **4.** Löchner, J., et al. (2025). Digital interventions in mental health: An overview and future perspectives. *Internet Interv*, 40, Article 100824. 10.1016/j.invent.2025.100824; **5.** Levine, P. (2015). *Trauma and Memory: Brain and Body in a Search for the Living Past*. North Atlantic Books.

ІНТЕГРАЦІЯ MINDFULNESS-ПРАКТИК

У КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВУ ТЕРАПІЮ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Сучасна психотерапія активно інтегрує mindfulness-підходи в когнітивно-поведінкову терапію, що визнано ефективним при депресивних розладах. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (МВСТ) була розроблена для профілактики рецидивів депресії та поєднує принципи КПТ із медитативною практикою усвідомленості. Вона допомагає пацієнтам розпізнавати автоматичні негативні думки, змінювати ставлення до них і спостерігати власні переживання без осуду (MacKenzie, Abbott & Kocovski, 2018).

Інтеграція практик усвідомленості в КПТ підвищує ефективність лікування депресії. Пацієнти навчаються спостерігати думки як психічні події, а не факти, що зменшує емоційне залучення і ризик повторних епізодів. Зниження когнітивної реактивності супроводжується нейрофізіологічними змінами - зменшенням активності мигдалеподібного тіла та підвищенням активації префронтальної кори, відповідальної за саморегуляцію (MacKenzie, Abbott & Kocovski, 2018).

Рандомізовані дослідження показують, що восьмитижнева програма МВСТ знижує ризик рецидиву депресії на 30-50 %. Вона покращує сон, концентрацію, зменшує тривожність і румінації. Регулярна практика усвідомленого дихання та "сканування тіла" формує навичку відстеження емоцій до пікової фази, що запобігає афективному загостренню (MacKenzie, Abbott & Kocovski, 2018).

Основні механізми ефективності методу - розвиток уважності, самоспівчуття, зниження повторюваного негативного мислення та стабілізація емоційної регуляції. Практики усвідомленості активують "децентровану позицію" спостерігача, що сприяє тривалому збереженню ремісії навіть після завершення терапії (MacKenzie & Kocovski, 2016). Розвиток самоспівчуття зменшує самокритику, почуття провини та емоційне виснаження. Це підтверджується зниженням балів за шкалою депресії Бека (BDI-II) та підвищенням результатів за шкалою прийняття і дії (AAQ-II), що відображає зростання психологічної гнучкості (MacKenzie, Abbott & Kocovski, 2018).

Дослідження Куукен та колег (2015) є одним із наймасштабніших клінічних випробувань, у якому порівнювали ефективність усвідомленої когнітивної терапії (МВСТ) із підтримувальною антидепресантною терапією у профілактиці рецидивів депресії. У дослідженні взяли участь 424 пацієнти з рекурентним депресивним розладом, яких випадково розподілили на дві групи: МВСТ із поступовим зниженням дозування медикаментів та контрольну, де лікування антидепресантами тривало. Протягом дворічного спостереження рівень рецидивів становив 40 % у групі МВСТ проти 44 % у групі антидепресантів, що свідчить про рівноцінну ефективність підходів (Kuiken et al., 2015).

Автори зазначають, що МВСТ є безпечною немедикаментозною альтернативою, яка поєднує

когнітивно-поведінкові принципи з тренуванням уважності. Метод допомагає розвивати здатність усвідомлювати власні емоційні реакції, зменшувати румінацію та підтримувати психічну рівновагу. Крім того, рівень побічних ефектів при МВСТ був нижчим, а пацієнти демонстрували вищий рівень автономії та залученості у процес одужання (Kuypen et al., 2015).

Важливим доповненням дослідження став аналіз економічної ефективності. Незважаючи на вищу вартість через груповий формат і підготовку терапевтів, обидва методи забезпечували схожий рівень ремісії та якості життя. З огляду на це МВСТ визнано рівноцінним за результатами, але більш екологічним підходом завдяки відсутності фармакологічного навантаження (Kuypen et al., 2015).

Психологічний аналіз виявив, що успішність ремісії після МВСТ пов'язана зі зростанням рівня усвідомленості, самоспівчуття та зниженням когнітивної реактивності. Ці процеси виступають ключовими медіаторами тривалого профілактичного ефекту. Найбільш виражені покращення відзначено у пацієнтів із дитячими травмами або хронічним перебігом депресії, що вказує на особливу ефективність МВСТ для емоційно вразливих груп (Kuypen et al., 2015).

Дослідження Barnhofer та колег (2009) стало першим системним вивченням інтеграції mindfulness у когнітивно-поведінкову терапію при хронічній депресії. Автори підкреслюють, що значна частина таких пацієнтів зберігає залишкові симптоми після гострих епізодів, а традиційне лікування, включно з антидепресантами, часто не дає повного відновлення (Barnhofer et al., 2009).

У дослідженні 31 пацієнта з хронічною депресією було рандомізовано у дві групи: МВСТ (8 тижнів) і стандартне лікування (TAU). Учасники

мали не менше трьох епізодів депресії та високий рівень суїцидальних думок. Після курсу МВСТ середній бал за шкалою депресії Бека (BDI-II) зменшився з 29,36 до 17,62, тоді як у TAU - з 31,32 до 28,86. Рівень ремісії досяг 43 % у МВСТ проти 7 % у TAU. Таким чином, МВСТ виявилася значно ефективнішою за стандартне лікування навіть при тривалому перебігу захворювання (Barnhofer et al., 2009).

Автори пояснюють цей ефект формуванням метаусвідомлення - здатності спостерігати власні думки та емоції без оцінювання, що знижує автоматичну активацію негативних схем мислення. Метод виявився безпечним і прийнятним навіть для пацієнтів із високою суїцидальною вразливістю. Водночас наголошено на потребі адаптації практик усвідомленості до рівня емоційної стабільності клієнта, щоб уникати перевантаження під час медитацій (Barnhofer et al., 2009).

Tickell та колеги (2020) провели якісне дослідження в межах випробування PREVENT, вивчаючи досвід людей із рекурентною депресією, які проходили курс МВСТ з підтримувальними антидепресантами або без них. Для більшості учасників ключовим стало переосмислення депресії - від "біохімічного порушення" до керованого психічного процесу. Це зменшило страх рецидиву й сформувало відчуття контролю над власним станом (Tickell et al., 2020).

Учасники описували зростання особистої агентності: вони навчалися розпізнавати ранні сигнали погіршення настрою, реагувати без катастрофізації та підтримувати стабільність через уважність і дихальні практики. Практика сприяла переходу від пасивної ролі пацієнта до активного співтворця одужання. Відзначалося також покращення якості життя - повернення емоційної

глибини, радості та енергії після поступової відмови від медикаментів (Tickell et al., 2020).

Ключовим механізмом ефективності МВСТ дослідники вважають зниження когнітивної реактивності - схильності автоматично повертатися до депресивних схем мислення під впливом стресу. Терапія формує "метаусвідомлення" - здатність спостерігати власні думки як психічні події, а не як факти. Ця навичка зменшує емоційну інтенсивність реакцій і сприяє формуванню стабільної ремісії. Саме цей процес виявився провідним медіатором позитивних змін у більшості досліджень, включно з роботами Куукен та співавт. (2015) і Cladder-Micus та колег (2018).

Важливим фактором ефективності МВСТ є також соціальний контекст терапії. Групова форма занять створює атмосферу прийняття, нормалізує досвід депресії та знижує почуття ізольованості, характерне для цього розладу. Спільна практика допомагає учасникам розвивати емпатію та підтримку, що посилює терапевтичний ефект. Cladder-Micus та колеги (2018) підкреслюють, що

саме групова динаміка і взаємодія з іншими учасниками сприяють глибшому засвоєнню навичок усвідомленості та їх довготривалому використанню у повсякденному житті.

Практики уважності допомагали відрізнити короточасні фізичні реакції від справжніх симптомів депресії, що зменшувало тривожність під час зниження доз антидепресантів. Найкращі результати спостерігались у пацієнтів, чії лікарі підтримували партнерський стиль комунікації, визнаючи автономію клієнта. Це підкреслює важливість міждисциплінарного підходу, де психотерапія й медична підтримка діють узгоджено (Tickell et al., 2020).

Отже, інтеграція практик усвідомленості у когнітивно-поведінкову терапію не лише знижує симптоми депресії, а й формує глибшу якість одужання через прийняття, самоспівчуття та поступову автономію від медикаментозної залежності (Tickell et al., 2020; MacKenzie, Abbott & Kocovski, 2018).

Список використаних джерел: 1. MacKenzie, M. B., Abbott, K. A., & Kocovski, N. L. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Depression: Current Perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1599-1604. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159571>; 2. MacKenzie, M. B., & Kocovski, N. L. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 125-136. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S94210>; 3. Kuyken, W., et al. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4); 4. Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019>; 5. Tickell, A., Kuyken, W., Byford, S., Evans, A., & Morant, N. (2020). Experiences of recovery from depression: A qualitative study of people who discontinued antidepressants after mindfulness-based cognitive therapy. *BMJ Open*, 10(4), e033892. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033892>

КОНСУЛЬТУВАННЯ У КРИЗОВИХ СТАНАХ: ЕТИЧНІ ТА ПРОФЕСІЙНІ АСПЕКТИ

Сучасна реальність характеризується підвищенням кількості осіб, які потребують психологічної допомоги у кризових ситуаціях. Це можуть бути втрати близьких, травматичний досвід війни, вимушене переселення, втрата роботи або сенсу життя. Психологічне консультування у кризових станах є особливим видом допомоги, спрямованим на стабілізацію емоційного стану клієнта, відновлення почуття контролю над життям і пошук нових адаптивних стратегій поведінки. Завдання психолога-консультанта полягає у створенні безпечного простору для емоційного вираження, підтримці клієнта у процесі адаптації та пошуку нових ресурсів.

Основою ефективної кризової допомоги є емпатійне слухання та прийняття клієнта без оцінювання. У кризових умовах клієнт часто перебуває в стані дезорганізації, тому роль психолога полягає у створенні безпечного середовища для вираження емоцій і підтримці процесу самопізнання.

Особливістю консультування у кризових станах є необхідність оперативної допомоги та високого рівня професійної саморегуляції фахівця. Психолог має дотримуватись принципів конфіденційності, безумовної поваги до особистості клієнта, недирективності та неупередженості.

Психолог-консультант керується принципом "не нашкодь". Благополуччя клієнта є найпершим та найвищим пріоритетом у консультативній практиці.

При визначенні благополуччя клієнта беруться до уваги цінності, цілі та особливості клієнта, що робить таке визначення індивідуальним для кожного клієнта.

Психологи-консультанти поважають право вибору клієнтів щодо напрямку терапії, їх життєвого вибору та особистих цінностей.

Психолог-консультант не нав'язує свої цінності клієнту і намагається створити безпечний терапевтичний простір, де клієнт може дослідити свої цінності або ціннісний конфлікт і дійти власних висновків. При цьому психолог-консультант підтримує клієнта у його пошуку, може надавати професійні рекомендації або направляти за консультаціями до інших людей (лідерів думок, релігійних лідерів тощо), але утримується від нав'язування власних поглядів і оцінок.

Психологи-консультанти можуть зберігати власну думку щодо моральних, етичних та духовних аспектів проблем клієнта, які можуть кардинально різнитися з думкою клієнта, але при цьому консультанти витримують професійні кордони, де клієнт визначає свої пріоритети та цінності в безпечній терапевтичній атмосфері без тиску з боку психолога-консультанта.

Психологи-консультанти прагнуть уникати перенаправлення клієнтів до інших психологів виключно через розбіжності у цінностях. Психолог-консультант має право не погоджуватись з вибором або цінностями клієнта, але не наголошує на такій незгоді і виносить свою незгоду на обговорення з

супервізором або шукає професійну консультацію. З клієнтом психолог-консультант обговорює свою незгоду в разі, коли це необхідно, керуючись виключно цілями терапії та запитом клієнта.

Професійна підготовка консультанта передбачає розвиток умінь швидко оцінювати психоемоційний стан клієнта, визначати рівень кризи та обирати відповідну стратегію допомоги (підтримка, стабілізація, перенаправлення до психотерапевта або психіатра). У кризовому консультуванні важливою є здатність фахівця витримувати інтенсивні емоції клієнта, зберігати професійну дистанцію та уникати емоційного вигорання.

Особливу увагу дослідники приділяють проблемі професійного вигорання консультантів, яке часто є наслідком емоційного перенавантаження під час роботи з травмованими клієнтами (Мойсеєнко, 2020) [1]. Тому важливим аспектом професійної етики є забезпечення власної психологічної безпеки фахівця через супервізію, саморефлексію та використання технік саморегуляції.

Виконання етичних норм у терапевтичних стосунках є відповідальністю психолога-консультанта. Консультант усвідомлює, що у терапевтичних стосунках клієнт знаходиться у вразливому стані і терапевт має професійний вплив та перевагу. Тому консультант чутливо ставиться до ситуацій де клієнту незручно відмовити або сказати про свій рівень дискомфорту. Якщо консультант не впевнений у рівні комфорту клієнта він запитує про це і завжди віддає пріоритет більшій безпеці та комфорту клієнта.

Принцип добровільності означає, що зазвичай клієнт сам звертається до психолога,

оскільки суб'єктивно відчуває труднощі у своєму житті, сам прагне допомоги і шукає її, тобто він мотивований до прийняття психологічної допомоги.

Принцип доброзичливого і безоцінкового ставлення до клієнта визначає виявлення теплоти й поваги, уміння прийняти клієнта таким, яким він є, не оцінюючи і не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя, поведінку.

Повага до клієнта та його проблеми виявляється і в реалізації іншого принципу психологічної допомоги – забезпечення конфіденційності зустрічі. Цей принцип означає, що психолог зберігає в таємниці все, що стосується клієнта, його особистих проблем і життєвих обставин (за винятком випадків, коли йдеться про загрозу для життя і здоров'я клієнта чи інших людей, про що психолог має повідомити відповідні установи і про що клієнта попереджають на початку роботи).

Принцип професійної вмотивованості консультанта свідчить, що він захищає інтереси клієнта, а не інших осіб чи організацій, не приймає сторону жодного з учасників конфлікту, уникає упередженого ставлення.

Ще одним важливим принципом є відмова психолога від порад і рецептів, оскільки він не може брати на себе відповідальність за життя іншої людини; його завданням, як уже зазначалося, є посилення відповідальності клієнта за те, що з ним відбувається, спонукання його до активності в аналізі проблеми, у пошуку виходу з кризи.

Етичні стандарти, викладені у прийнятті клієнта без оцінювання (УСП, 2017) [2], наголошують на принципах поваги до гідності клієнта, компетентності, відповідальності, конфіденційності та добровільності участі у

консультуванні. Недотримання цих принципів може призвести до повторної травматизації клієнта або втрати довіри до спеціаліста.

Етичні аспекти також охоплюють питання професійної відповідальності, меж компетентності та необхідності супервізії. Консультант має усвідомлювати власні обмеження та звертатися по підтримку до колег або супервізора у складних випадках.

За даними Американської асоціації консультативної психології (АРА, 2022) [3], ефективно кризове консультування передбачає поєднання підтримувального підходу, короткострокової терапії та розвитку у клієнта навичок стрес-менеджменту. Психолог має діяти

швидко, але зберігати професійну дистанцію, чітко дотримуючись меж компетенції. ними Американської асоціації консультативної психології (АРА, 2022) [3],

Психологічне консультування у кризових станах вимагає від фахівця не лише глибоких знань, але й високої етичної культури та здатності до саморефлексії. Систематична супервізія, самоаналіз і підтримка колег є необхідними умовами збереження ефективності та психологічного здоров'я фахівця. Дотримання професійних стандартів забезпечує ефективність допомоги, зменшує ризик вторинної травматизації клієнта і зберігає психологічне благополуччя самого консультанта.

Список використаних джерел: 1. Мойсеєнко, І. М. (2020). *Психологічне вигорання фахівців допомагаючих професій: профілактика та подолання*. НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2020; 2. Українська спілка психотерапевтів (2017). *Кодекс етики психолога*. URL; 3. American Psychological Association. (2023). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. URL.

Овчаренко Світлана Юрївна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Шеховцов Василь Семенович

Громадське об'єднання "Асоціація психосоматики та емоційно-образної терапії"

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ ЗАСОБАМИ ЕМОЦІЙНО - ОБРАЗНОГО ПРОЦЕСІНГУ

Військові дії, вимушене переселення, втрата близьких, руйнування звичного способу життя - це реальність, з якою українці стикаються протягом останніх років. У таких умовах психіка людини перебуває під надмірним навантаженням, що може спричинити стресові розлади особистості, порушення адаптаційних механізмів та втрату внутрішньої цілісності.

Актуальність дослідження зумовлена нагальною потребою у дієвих, гуманних та глибоко особистісних підходах до психологічної реабілітації. Традиційні методи, спрямовані переважно на когнітивні або поведінкові аспекти, не завжди здатні розкрити всю складність емоційного реагування, символічного мислення та внутрішніх образів, що виникають унаслідок травматичного досвіду. Саме тому емоційно-образний процесінг — як інструмент, що поєднує терапевтичну дію з творчим самовираженням, — набуває особливого значення. Він дозволяє людині не лише осмислити свій досвід, а й трансформувати його через метафору, образ, емоційне проживання, відновлюючи відчуття внутрішньої опори та сенсу.

У статті основну увагу приділено оглядовому аналізу теоретичних підходів до

вивчення стресових розладів особистості з акцентом на потенціал емоційно-образного процесінгу як засобу психологічної реабілітації в умовах війни та тривалого психоемоційного напруження.

Будь-який різновид психологічного стресу (особистісного, міжособистісного, сімейного, професійного тощо) у своїй основі є інформаційним. Джерелом його розвитку виступають зовнішні повідомлення - інформація про поточний (реальний) і передбачуваний, ймовірний вплив несприятливих подій, їхню загрозу, - а також внутрішня інформація у формі уявлень із минулого про травматичні події, ситуації та їх наслідки. Такі реакції зазвичай супроводжуються продукуванням негативних емоцій і розвитком почуття тривоги протягом усього існування конфліктної ситуації – аж до її вирішення або суб'єктивного подолання цього стану. У цих видах психологічного стресу інформація про несприятливу, небезпечну подію є пусковим фактором, що зумовлює його виникнення та формує почуття тривоги й психічну напругу на основі актуалізації психічного образу ситуації професійної діяльності [Романовська та Ілашук, 2014, с. 9].

Актуалізація травматичних уявлень та тривале переживання інформації про загрозу сприяють формуванню хронічного психоемоційного напруження, яке, за відсутності адаптивних механізмів, може призвести до розвитку стресових розладів особистості. Такий стан супроводжується тривожністю, емоційною нестабільністю, соматизацією та порушенням внутрішньої цілісності, що зумовлює потребу в цілеспрямованих реабілітаційних заходах, здатних забезпечити глибоку емоційну обробку й відновлення психологічної рівноваги.

У цьому контексті особливої ваги набуває метод емоційно-образного процесінгу, що орієнтований на роботу з інформаційною природою стресу. Його ефективність полягає не у безпосередньому протистоянні симптомам, а в делікатному зануренні у внутрішні образи, які зберігають емоційний слід травматичного досвіду. Саме ці внутрішні уявлення — як відображення минулого досвіду, загроз і конфліктів — формують основу психоемоційного напруження, тривоги та дезадаптації.

Емоційно-образний процесінг (ЕОП) належить до сучасних психотерапевтичних підходів, орієнтованих на глибинну роботу з несвідомими структурами особистості. Його теоретична основа передбачає інтеграцію образного мислення, емоційної регуляції та системного аналізу внутрішнього світу клієнта [Смольська Л. М. та ін., 2025]. Особливої значущості ЕОП набуває у роботі з наслідками стресових розладів, коли психотравма часто закріплюється у формі емоційно-образних комплексів — фрагментованих психофігур,

символічних конфліктів або соматизованих переживань.

Метод базується на принципах інтерактивності, системності та філософського розуміння природи образів як носіїв життєвого досвіду та адаптаційних механізмів. ЕОП розроблявся на перетині кількох потужних психологічних традицій: глибинної психології (К. Юнг, Е. Нойман – ідея проєктивних образів та архетипів як форм вираження несвідомого); гуманістичної психології (К. Роджерс, Ю. Буженаль – цінність досвіду клієнта та його здатність до самозцілення); експеріментальної терапії (Ю. Гендлін – розгортання внутрішніх процесів самозцілення в діалозі з образами); емоційно-фокусованої терапії (Л. Грінберг – визнання ролі емоцій у формуванні внутрішніх конфліктів); методів кататимно-імагінативної терапії (Х. Льюїнер – робота з образами як інструментом трансформації досвіду в трансовому стані уявних сновидінь) та інших напрямків [Шеховцов та Амінева, 2024].

На відміну від класичних імагінативних методів, що здебільшого зосереджуються на дослідженні образів як діагностичних елементів, ЕОП орієнтований на їх цілеспрямовану трансформацію. Завдяки екологічному, структурованому й водночас гнучкому процесу клієнт має змогу швидко та ефективно змінювати внутрішні уявлення, які підтримують дезадаптивні емоційні стани. Це включає реконструкцію травматичних образів, інтеграцію розщеплених частин "Я", зниження інтенсивності психосоматичних симптомів і формування нових ресурсних моделей реагування.

Як зазначає О. А. Блінов [2024] "терапевтичний вплив має як індивідуальна, так

і групова форма роботи. Для групової роботи характерним є те, що терапевтична робота проводиться з одним із членів групи - за його запитом, але у присутності групи. Спостерігаючи за сеансом, інші учасники часто вирішують свої проблеми за аналогією з обговорюваним випадком" [с. 7].

Отже, ЕОП може розглядатися як дієвий інструмент психологічної реабілітації, здатний забезпечити глибоку емоційну обробку травматичного досвіду, відновлення внутрішньої цілісності та покращення адаптаційних механізмів особистості.

Попри відносну новизну методу емоційно-образного процесінгу, результати емпіричного дослідження, оприлюдненого у 2025 році, засвідчують його високу ефективність у роботі з наслідками психотравм, зокрема стресовими розладами особистості. Об'єктивні показники змін фіксувалися за допомогою валідованих психодіагностичних інструментів, зокрема методики "Шкала депресії, тривоги та стресу" (DASS), для скринінгу ПТСР було використано "Шкалу самозвіту симптомів посттравматичного стресового розладу". Результати проведеного дослідження демонструють статистично значущі покращення за такими параметрами, як рівень ПТСР, соматизації, вираженість стресу, депресивні симптоми та тривожність [Смольська та ін., 2025].

Практика застосування методу емоційно-образного процесінгу демонструє його здатність не лише підтримувати когнітивно-емоційну інтеграцію травматичного досвіду, а й забезпечувати екологічну, структуровану та результативну трансформацію внутрішніх образів, які лежать в основі дезадаптивних

психоемоційних станів. Завдяки інтерактивній роботі з уявою метод створює безпечний терапевтичний простір, у якому клієнт може змінювати фіксовані психофігури, інтегрувати розщеплені елементи "Я" та поступово знижувати прояви психоемоційного напруження, зокрема тривожність, соматизацію, емоційну нестабільність і порушення адаптаційних механізмів.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що емоційно-образний процесінг є не лише інноваційним, а й глибоко гуманним підходом до психологічної реабілітації осіб зі стресовими розладами особистості. Метод дозволяє працювати з несвідомими образами, трансформувати внутрішні психофігури та сприяти відновленню емоційної цілісності — внутрішньої узгодженості й інтеграції емоційного досвіду, порушеної внаслідок травматичних подій. Це відкриває нові горизонти у терапевтичній практиці, особливо в умовах війни, хронічного стресу та соціальної нестабільності. ЕОП демонструє ефективність як у роботі з широкими групами населення, так і в складних клінічних випадках, коли традиційні підходи не дають очікуваних результатів, зокрема серед пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку та потребують комплексної, м'якої, але глибокої психотерапевтичної підтримки. Подальше дослідження ЕОП, його адаптація до різних вікових, соціальних і клінічних контекстів, а також інтеграція в системи психосоціальної допомоги є важливим кроком на шляху до створення ефективних програм реабілітації, здатних повернути людині внутрішню опору, емоційну рівновагу та відчуття життєвого сенсу.

Список використаних джерел: 1. Блінов О.А. Емоційно-образна терапія як сучасний метод психологічної психотерапії. *European Journal of Humanities and Social Sciences*, "East West" Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. Vienna. 2017.1(1). Р. 40–43; 2. Романовська Д.Д. & Ілашук О.В. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Навчальний посібник. – Чернівці: Технодрук, 2014; 3. Смольська Л. М., Шпак С. Г., & Шеховцов В. С. Застосування методу емоційно-образного процесінгу при психосоматичних розладах. *Головна / Архіви / Том 19 № 2 (2025): Rehabilitation and Recreation / Здоров'я людини, фітнес і рекреація, фізичне виховання різних груп населення* <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.24>; 4. Шеховцов В. С., & Амінева Я. Р. Концепція та практики емоційно-образного процесінгу: досвід асоціації психосоматики та емоційно-образної терапії. *Чорноморські наукові студії: XI Всеукраїнська мультидисциплінарна конференція з міжнародною участю, 23 травня 2025 року, м. Одеса. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2025. 424 с.* <https://doi.org/10.36059/978-966-397-522-1-125>

НОВІТНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ. ПЕРСПЕКТИВИ ТА ОБМЕЖЕННЯ

Терапія посттравматичного стресового розладу (ПТСР) залишається значним викликом для фахівців у сфері психічного здоров'я, яка має як правило мультидисциплінарний характер. Серед існуючих психотерапевтичних методів когнітивна терапія опрацювання (СРТ), когнітивна терапія (СТ) та пролонгована експозиція (РЕ) мають найсильнішу доказову базу і залишаються превалюючими в клінічній практиці (Abdallah et al., 2019). Проте, незважаючи на їхню ефективність, багато пацієнтів продовжують мати залишкові симптоми або стикаються з труднощами у дотриманні терапії. Ці прогалини підкреслюють необхідність розширення терапевтичних стратегій за допомогою інноваційних підходів до терапевтичних інтервенцій ПТСР.

Одним із найбільш обговорюваних напрямів є використання нових фармакологічних засобів. Дослідження із застосуванням кетаміну показали його швидку анксиолітичну дію, що може бути критично важливою для пацієнтів із високим рівнем суїцидальних ризиків (Stauffer et al., 2025). Інший напрям — терапія за допомогою МДМА (3,4-метилендіоксиметамфетамін) у поєднанні з психотерапією. Клінічні випробування демонструють, що МДМА-асистована терапія може значно знижувати тяжкість симптомів ПТСР, особливо у випадках, коли інші методи були неефективними (Burbach et al., 2025). Також досліджується роль канабіноїдів, зокрема канабідіолу (CBD), у

зменшенні тривожності та покращенні сну. Хоча ці підходи виглядають багатообіцяючими, доказова база поки що обмежена, а довгострокові наслідки залишаються невивченими. Ще одним перспективним напрямом є розвиток персоналізованої медицини. Використання біомаркерів, таких як рівні кортизолу, варіабельність серцевого ритму чи показники нейровізуалізації, дозволяє точніше прогнозувати, які пацієнти найкраще реагуватимуть на певний вид терапії (Abdallah et al., 2019). Штучний інтелект і машинне навчання відкривають нові можливості у створенні прогнозних моделей та індивідуально підібраних терапевтичних планів. Це підвищує ймовірність ефективності терапевтичного втручання та зменшує ризик невдачі у пацієнтів, для яких стандартні методи виявляються малоефективними. Крім того, персоналізована медицина змінює підхід до терапії: замість універсальних протоколів формується модель, у якій враховується унікальний досвід пацієнта, його генетичні, біологічні та соціальні фактори. Це наближає терапії ПТСР до концепції "precision psychiatry", яка активно розвивається у світі. Також все більшої уваги набувають методи нейромодуляції, такі як транскраніальна магнітна стимуляція та нейрофідбек. Вони дозволяють безпосередньо впливати на функціонування мозкових мереж, залучених до розвитку та підтримання симптомів ПТСР. Попередні дослідження свідчать, що ці

технології можуть бути ефективними у випадках, коли традиційні методи не дають результату (Abdallah et al., 2019). Водночас питання довготривалої ефективності, побічних ефектів та широкої доступності залишаються відкритими (Burbach et al., 2023). Для багатьох пацієнтів головним бар'єром є висока вартість процедур та обмежена кількість клінік, де вони доступні. Тому масштабне впровадження нейромодуляційних методів потребує значних ресурсів і державної підтримки.

Нові перспективи у лікуванні ПТСР відкривають цифрові технології. Віртуальна реальність дозволяє створювати імерсивні середовища для контрольованої експозиційної терапії, що підвищує залученість пацієнтів і покращує результати лікування (Burbach et al., 2023). Мобільні застосунки та телетерапевтичні платформи забезпечують доступність допомоги у віддалених регіонах і для груп із обмеженими ресурсами (Rajkumar et al., 2025). Проте існують і ризики: цифрова нерівність, технічні бар'єри та недостатній контроль якості терапії можуть обмежувати ефективність цих підходів. Водночас такі інструменти мають значний потенціал у майбутньому, адже дозволяють інтегрувати терапію в повсякденне життя пацієнта, підтримуючи його не лише під час консультацій, а й у реальному середовищі.

Окремий напрямок розвитку пов'язаний із громадськими та інтегративними моделями допомоги. Такі підходи акцентують на поєднанні професійної терапії з підтримкою однолітків, культурними адаптаціями та заходами соціальної реінтеграції. Це особливо важливо для ветеранів та осіб, які втратили соціальні зв'язки через травму (Peter et al., 2023). Подібні моделі змінюють традиційний

індивідуалістичний фокус, розглядаючи ПТСР як не лише особистий, а й соціальний феномен.

Ще одним важливим аспектом розвитку нових методів терапії є етичний вимір. Використання психоактивних речовин, зокрема кетаміну чи МДМА, ставить питання щодо можливих ризиків зловживання, потреби у спеціалізованому контролі та забезпеченні безпеки пацієнтів (Stauffer et al., 2025). Крім того, існує проблема суспільного сприйняття таких підходів, адже вони можуть залишатися стигматизованими попри науково доведену ефективність. Аналогічно цифрові інструменти, включно з мобільними застосунками та віртуальною реальністю, потребують суворого регулювання, щоб уникнути комерціалізації без належного нагляду та щоб гарантувати збереження конфіденційності даних (Rajkumar et al., 2025).

Незважаючи на перспективні результати, обмеження нових підходів залишаються значними. Багато методів перебувають на стадії експериментальних досліджень і не мають достатньої кількості рандомізованих контрольованих випробувань. Проблеми фінансування, етичні питання та методологічна різномірність ускладнюють узагальнення результатів (Stauffer et al., 2025). Не менш важливою є проблема прихильності до терапії, адже багато пацієнтів припиняють як традиційну, так і інноваційну терапію через стигму, побічні ефекти чи відчуття неефективності (Rajkumar et al., 2025). Водночас інноваційні підходи вимагають тісної співпраці між різними сферами науки та медицини. Ефективна інтеграція фармакології, психотерапії, нейронауки та цифрових технологій можлива лише у випадку

міждисциплінарної взаємодії дослідників, клініцистів, технічних спеціалістів і фахівців із етики. Такий підхід дозволить не лише вдосконалити терапевтичні інтервенції, але й зробити його більш безпечним, доступним і соціально прийнятним. Майбутні терапевтичні інтервенції ПТСР мають бути спрямовані на інтеграцію традиційних доказових методів з

інноваційними підходами, що поєднують нейронауку, цифрові технології, фармакологічні інновації та соціальну підтримку. Подальший прогрес залежить не лише від наукових досягнень, але й від створення систем, які забезпечать доступність, персоналізацію та довготривалу сталість терапії.

Список використаних джерел: 1. Abdallah, C. G., Averill, L. A., Akiki, T. J., Raza, M., Averill, C. L., Goma, H., Adike, A., & Krystal, J. H. (2019). The Neurobiology and Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 59, 171–189. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010818-021701>; 2. Burbach, L., Winkler, O., Jetly, R., Swainson, J., Zhang, Y., Bhat, V., & Vermetten, E. (2025). Evolving Psychotherapeutic Approaches for PTSD: Beyond the Fear-Based Model. *Psychiatry and clinical psychopharmacology*, 35(Suppl 1), S152–S167. <https://doi.org/10.5152/pcp.2025.241019>; 3. Peter, S. C., Halverson, T. F., Blakey, S. M., Pugh, M. J., Beckham, J. C., Calhoun, P. S., & Kimbrel, N. A. (2023). The Veterans Health Administration's integrated model of care increases accessibility and delivery of mental health services. *Psychological services*, 20(Suppl 2), 213–221. <https://doi.org/10.1037/ser0000683>; 4. Rajkumar, E., Hareesh, P. V., Sri Lakshmi, K. N. V., Shaza, A., Gopi, A., & Romate, J. (2025). Digital interventions for mental health disorders among the war-affected: A systematic review and meta-analysis. *Geopsychiatry*, 2, 100010. <https://doi.org/10.1016/j.geopsy.2025.100010>; 5. Stauffer, C. S., Bouleh, P., & Anderson, B. T. (2025). MDMA-assisted group therapy for PTSD: Development of a novel protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 32(3), 339–350. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2025.03.001>

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІДЕОІГОР ЯК НАПРЯМУ РОБОТИ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА

Відповідно до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, 5-е видання (DSM-5), ігрова залежність визначається як стаłe й повторюване використання Інтернету для регулярної гри з різними користувачами, що призводить до клінічно значущого дистресу або психологічних змін, якщо протягом року спостерігається п'ять або більше критеріїв цього стану:

1. Постійна зайнятість іграми (наприклад, постійні думки про попередні ігрові сесії або очікування наступної).
2. Симптоми абстиненції, такі як дратівливість, тривога або смуток, коли грати неможливо.
3. Толерантність, що проявляється потребою у все більшій кількості часу, проведеному за іграми.
4. Безуспішні спроби контролювати або зменшити час, витрачений на ігри.
5. Втрати інтересу до попередніх хобі та розваг.
6. Продовження гри, незважаючи на усвідомлення її негативних наслідків.
7. Обман членів родини чи інших осіб щодо обсягу часу, витраченого на ігри.
8. Використання ігор для втечі від негативних емоцій або проблем.
9. Погіршення чи втрата значущих соціальних, навчальних або професійних можливостей через ігри.

Залежність від відеоігор належить до категорії інтернет-ігрових розладів (Internet Gaming Disorders, IGD), які мають тісний зв'язок із

порушенням мотиваційного контролю та часто порівнюються з азартними іграми. Ряд досліджень свідчить, що поведінкова залежність може виникати внаслідок компульсивного використання інтернету. Хоча спектр інтернет-залежностей охоплює відеоігри, онлайн-шопінг, азартні ігри та соціальні мережі, саме залежність від відеоігор є найбільш дослідженою формою цього розладу.

Поведінкові залежності мають спільні нейробіологічні механізми з речовинними. Основну роль відіграє мезолімбічна дофамінергічна система винагороди, що включає вентральну тегментальну ділянку (VTA), прилегле ядро (NAcc) і префронтальну кору (PFC).

Ігрова залежність має короткострокові й довгострокові наслідки, які охоплюють емоційні, психологічні та нейробіологічні зміни. Ряд досліджень виявив високий рівень тривоги та депресії серед осіб, залежних від відеоігор. У крайніх випадках це може спричинити депресивні епізоди, тривожні розлади або навіть соціальну фобію, коли особа відчуває дискомфорт поза віртуальним середовищем (Mohammad, 2023).

Біологічний підхід балансує та доповнює психоаналітичний підхід, зосереджуючись на суб'єкті ігрової залежності, а не на психології залежності (що відбувається в мозку тих, хто стає залежним) або на об'єкті залежності (що в іграх спричинює залежність). З точки зору психоаналізу, суб'єкт залежності має дещо інакші стосунки з Іншим. Замість того, щоб досягати задоволення через довгу відчужувальну взаємодію з Іншим,

залежний прагне керувати задоволенням "за бажанням". Наприклад, наркозалежні намагаються керувати задоволенням незалежно від Іншого, а азартні гравці намагаються звести до мінімуму ризик взаємодії з бажанням Іншого, перетворюючи його на "гру випадку". Як зазначає Лакан, девіз залежного міг би звучати так: "насолоджуйся без обмежень!" — насолоджуйся, не проходячи через обов'язкову відчужувальну взаємодію з Іншим.

Відеоігровий залежний зводить Іншого до чистої вимоги, а не до гри випадку. Ігровий процес часто задовольняє, бо пропонує прості та зрозумілі вимоги. Якщо життя характеризується фрустрацією через неможливість отримати заслужене задоволення, то ігровий процес функціонує як протиотрута. Він забезпечує задоволення в обмін на виконання справедливих і прозорих вимог.

У цьому сенсі ігровий процес не є втечею від реальності як такої, проте він може бути втечею від того факту, що реальність "не працює", бо Інший не дотримується правил. Суб'єкт відеоігрової залежності не може прийняти цю ваду в Іншому, і замість цього зводить Іншого до чистого вимоги через надмірну гру.

Якщо, за Palm (2023), залежність часто ідеологічно конструюється як вада волі, то психоаналіз розглядає її як надлишок волі — спробу безпосередньо оволодіти насолодою, минаючи символічний шлях.

Насолода (*jouissance*) у лаканівській теорії не є синонімом задоволення (*pleasure*). Задоволення досягається через зменшення психічного напруження, тоді як насолода — це надлишкове задоволення, що виникає через невдачу у знятті психічного напруження.

Суб'єкт насолоджується саме тоді, коли не досягає свого об'єкта бажання. Лакан визначає кілька форм насолоди, дві з яких важливі тут:

- Неможлива насолода — бажання стати невідчуженим. Попри її неможливість, залежний може прагнути її досягти.
- Надлишкова насолода — отримується у зіткненні з браком в Іншому.

Правильно відчужений суб'єкт отримує надлишкову насолоду зі своїх щоденних зусиль і невдач. Наприклад, автор отримує надлишкову насолоду від того, що йому не вдається досягти повного задоволення від статей, які він пише. Це завжди передбачає зіткнення з бажанням Іншого: скільки статей Інший очікує, що він напише? Про що саме він хоче, щоб автор писав? Ці запитання неминуче приводять до зустрічі з браком в Іншому — Інший не має відповідей, яких автор нав'язливо шукає. Саме цього типу зустрічі залежний уникає, намагаючись керувати насолодою на власний розсуд (Nicol, 2025)..

Психоаналіз визнає, що залежність має соціальні та генетичні причини, але водночас утверджує, що суб'єкт відіграє певну роль у виборі залежності як "способу життя" (Palm, 2023). Важливо відрізнити це від реакційної фантазії про "безвідповідального залежного". Залежний не "обирає" свої стосунки з Іншим так, як може свідомо вирішити "відтворювати чи не відтворювати" дискурс залежності (Palm, 2023). Цей вибір є глибоко несвідомим, він структурований через мову, у спосіб, який вислизає від усвідомлення.

Саме тому залежний, як і будь-який суб'єкт, не може просто "передумати" та змінити свої стосунки з Іншим. Для цього потрібно суб'єктивувати причину своєї залежності в контексті психоаналітичної терапії.

Психоаналіз лікує залежних не шляхом підпорядкування їх авторитету Іншого, а через заохочення проговорювати власну насолоду, розплутуючи стосунки з Іншим у процесі мовлення. Цей процес має на меті відновити інтерес залежного до бажання Іншого, дозволяючи відкритість до світу та його інакшості (Nicoll, 2025).

КПТ є найпоширенішим підходом до лікування ігрової залежності. У рамках КПТ часто застосовуються методи, запозичені з лікування залежності від речовин, включно з контролем стимулів (обмеження впливу ігрових тригерів), навчанням адаптивних реакцій, самоспостереженням, когнітивною реструктуризацією, критичним мисленням щодо залежності, методами регулювання абстиненції з експозицією.

Залежні гравці часто демонструють ірраціональні переконання, наприклад:

- переконання, що вони "повинні закінчити рівень будь-якою ціною";
- думку, що "гра – єдине місце, де вони успішні";
- заперечення наявності проблеми ("я можу кинути будь-коли").

Такі когнітивні спотворення підтримують замкнене коло залежності — невдачі в реальному житті стимулюють пошук втіхи у грі, що, своєю чергою, ще більше посилює соціальну ізоляцію.

Систематичний огляд та мета-аналіз показали, що КПТ ефективна як короткострокова інтервенція для зменшення симптомів та депресії. Однак її ефективність у скороченні часу, проведеного за грою, залишається не до кінця доведеною. Потрібні подальші дослідження для оцінки довгострокових результатів КПТ.

Більш комплексною є програма PIPATIC (Programa Individualizado Psicoterapéutico para la Adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación) — це індивідуалізована психотерапевтична програма для лікування залежності від технологій. Програма призначена для підлітків віком 12–18 років із IGD і поєднує кілька сфер втручання, яка зосереджена на індивідуальній і міжособистісній терапії, допомагаючи підлітку інтегруватися в суспільство. Програма триває 6 місяців із 22–45-хвилинними сесіями щотижня, включно із сім'єю гравця і застосовує різні психотерапевтичні стратегії, в тому числі КПТ. PIPATIC передбачає терапевтичну співпрацю між психологом, підлітком і сім'єю, з домашніми завданнями для закріплення змін у повсякденному житті. Це дозволяє підлітку вирішити труднощі, які він уникав в залежності.

Фармакотерапія майже не впливає на лікування, лікарські випробування зосереджені на препаратах, що застосовуються при депресії або синдромі дефіциту уваги та гіперактивності (ADHD) (Mohammad, 2023).

Список використаних джерел: 1. Mohammad, S. et al. (2023). Symptoms, Mechanisms, and Treatments of Video Game Addiction. *Cureus*, 15(3) <https://doi.org/10.7759/cureus.36957>; 2. Nicoll, B. (2025). The subject of videogame addiction. *Psychoanalysis, Culture & Society*. <https://doi.org/10.1057/s41282-025-00589-y>; 3. Palm, F. (2023). Lacanian Psychoanalysis, Addiction and Enjoyment. *Body & Society*, 29(1). pp. 56-78. <https://doi.org/10.1177/1357034X221134438>.

Сафошина Ксенія Андріївна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Волович Олександр Олегович

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ЛІКУВАННЯ ДИСОЦІАТИВНОГО ПІДТИПУ ПТСР ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ

Наразі існує відносно невелика кількість досліджень, які вказують на те, що дисоціативні симптоми мають вплив на ефективність лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Результати мета-аналізу 2020 року (Hoeboer et al., 2020) вказують на те, що дисоціативний підтип ПТСР (Д-ПТСР), ймовірно, не пов'язаний із гіршими результатами лікування, як це припускалося при його введенні у DSM-5.

В іншому дослідженні (Resick et al., 2012) метою було оцінити чи рівень дисоціації перед початком лікування прогнозує результати терапії ПТСР, чи зменшується дисоціація впродовж курсу лікування ПТСР та чи існують відмінності у впливі дисоціації на ефективність лікування ПТСР залежно від трьох умов терапії, передбачених у дослідженні. Загалом, початковий рівень дисоціації не впливав на динаміку симптомів ПТСР у процесі лікування. Водночас було виявлено значущу взаємодію між рівнем дисоціації, часом і видом терапії: зокрема, учасники з високим рівнем дисоціації, які проходили когнітивну переробку травми (СРТ), демонстрували кращі результати за всіма підшкалами дисоціації порівняно з тими, хто отримував модифікований варіант СРТ із включенням когнітивної реструктуризації (СРТ-С). Особливо помітні ці ефекти були у пацієнтів із вираженою деперсоналізацією до початку

терапії. Натомість серед осіб із нижчим рівнем дисоціації ефективною виявилася саме терапія СРТ-С — вони демонстрували кращу динаміку, ніж учасники з подібним рівнем дисоціації, які проходили стандартну СРТ.

Також зустрічається ідея передконтактної терапії для осіб з Д-ПТСР (A et al., 2022), що включає психоосвіту, тренінги з ідентифікації та емоційної регуляції, тренінги з когнітивної модифікації, тренінги з управління дисоціацією та мета-дисоціативної та мета-емоційної реструктуризації. Вважається, що пацієнтам, які страждають на Д-ПТСР, може бути корисна експозиційної терапії, перед початком якої варто слід опанувати навички використання регуляції емоцій та управління дисоціацією.

У дослідженні терапії орієнтованої на травму (Zoet et al., 2018) було зафіксовано суттєве зниження симптомів ПТСР відповідно до результатів оцінювання за шкалами CAPS та PSS-SR, як у пацієнтів із дисоціативним підтипом, так і без нього. Хоча учасники з Д-ПТСР мали вищий рівень симптоматики як на початку, так і протягом усього курсу терапії, динаміка зменшення симптомів була однаковою в обох групах. Після завершення лікування 26 осіб (68,4%) із групи Д-ПТСР більше не відповідали критеріям цього підтипу.

В літературі також описується когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на дисоціацію

(DF-CBT) (Vancappel et al., 2024). В рамках дослідження на цю тему було відібрано 27 пацієнтів із дисоціативним підтипом посттравматичного стресового розладу. Учасники було запропоновано заповнити анкети, в яких оцінювали рівень дисоціації, посттравматичний стресовий розлад, здатність до уважності, переконання щодо емоцій, переконання щодо дисоціації, труднощі з регуляцією емоцій, тривогу та депресію. Після первинної оцінки учасники пройшли 7 сеансів DF-CBT і були наново оцінені після останньої сесії за допомогою тих самих анкет. Було виявлено значне зменшення симптомів дисоціації, посттравматичного стресового розладу, тривоги та депресії після DF-CBT, а також зв'язок між зменшенням дисоціації та зменшенням негативних переконань щодо емоцій та дисоціації, труднощів усвідомленості та труднощів регуляції емоцій. Це дослідження дало перші емпіричні докази ефективності DF-CBT, хоча для подальшої демонстрації необхідне контрольоване рандомізоване дослідження.

У дослідженні, яке було опубліковане Cambridge University Press 24 лютого 2025 року (Kleindienst et al., 2025) вивчався вплив дисоціації на ефективність психотерапії при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). У вибірку увійшли 193 жінки з ПТСР після жорстокого поводження в дитинстві, які проходили діалектичну поведінкову терапію ПТСР (DBT-PTSD) або когнітивну переробку травми (CPT). Рівень ПТСР оцінювали за шкалою CAPS, а дисоціацію — за шкалою DSS. Результати показали, що вищий початковий рівень дисоціації знижував ефективність лікування, тоді як раннє зменшення дисоціації під час терапії було пов'язане з кращими подальшими результатами. Отримані дані свідчать, що дисоціація може зменшувати ефективність травмоорієнтованої терапії, а зниження рівня дисоціації на початкових етапах сприяє кращій динаміці відновлення.

Аналіз наявних досліджень свідчить, що питання впливу дисоціації на ефективність лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) залишається відкритим і потребує подальших досліджень

Список використаних джерел: 1. Hoesboer, C. M., et al. (2020). Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: meta-analysis. *BJPsych Open*, 19(6(3)), Article e53. 10.1192/bjo.2020.30; 2. Kleindienst, N., et al. (2025). Is dissociation predicting the efficacy of psychological therapies for PTSD? Results from a randomized controlled trial comparing Dialectical Behavior Therapy for PTSD (DBT-PTSD) and Cognitive Processing Therapy (CPT). *Psychol Med*, 55, Article e59. 10.1017/S0033291724003453; 3. Resick, P. A., et al. (2012). The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depress Anxiety*, 29(8), 718–30. 10.1002/da.21938; 4. Vancappel, A., Réveillère, C., & El-Hage, W. (2022). Cognitive Behavior Therapy (CBT) for dissociative subtype PTSD: A case study. *Eur J Trauma Dissociation*, 6(4), Article 100290. 10.1016/j.ejtd.2022.100290; 5. Vancappel, A., et al. (2024). Group Dissociation-Focused Cognitive Behavioral Therapy (DF-CBT) in Patients Suffering from a Dissociative Subtype of PTSD: An Exploratory Study. *J Trauma Dissociation*. Advanced online publication. 10.1080/15299732.2024.2407779; 6. Zoet, H. A., et al. (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *Eur J Psychotraumatol*, 18(9(1)), Article 1468707. 10.1080/20008198.2018.1468707.

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Проблема допомоги особам із розладом харчової поведінки загострюється особливо в теперішній час, при наявності соціальних мереж та соціальних стандартів. У зв'язку з цим, дуже важлива наявність якісних підходів для їх лікування.

Розлади харчової поведінки все ще залишаються одними з найпоширеніших психічних розладів. Різні дослідження сходяться на тому, що розлади харчової поведінки частіше зустрічаються у жінок, хоча точне співвідношення варіюється залежно від типу розладу, методології дослідження та діагностичних критеріїв [5]. Соціокультурні стандарти зовнішності та ідеали краси активно транслюються через медіа й соціальні мережі, та підтримують розвиток розладів харчової поведінки. Люди починають засуджувати себе за невідповідність до вигаданих стандартів та починають змінювати свою зовнішність різними способами. Відповідно до Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-5, розлад харчової поведінки – психічний розлад, що пов'язаний з прийомом їжі та характеризується порушеннями у поведінці, а також проблемами у сприйнятті власного тіла і ваги. До цієї групи розладів можна віднести розлад обмеження споживання їжі, нервову анорексію, нервову булімію, розлад компульсивного переїдання, а також інші прилеглі розлади.

При лікуванні розладу харчової поведінки використовується чимало напрямків психотерапії. Деякі напрямки психотерапії зорієнтовані тільки на лікування нервової анорексії, а інші на лікування розладу булімії. Одним з сучасних напрямків психотерапії при лікуванні розладів харчової поведінки є міжособистісна психотерапія: вона особливо зорієнтована на лікуванні нервової булімії та розладі переїдання. Міжособистісна психотерапія зосереджується на основних міжособистісних зв'язках у житті людини, які, як показують сучасні дослідження сприяють розвитку та підтримці цих розладів [1]. Цей вид психотерапії зосереджується на вирішенні міжособистісних труднощів, таких як зміна соціальних ролей, міжособистісні конфлікти і дефіцит у соціальних контактах, які часто зустрічаються у осіб підліткового віку з розладами харчової поведінки. На початку лікування велика увага приділяється психоедукації стосовно розладу харчової поведінки, пояснюється, що у випадку клієнта причина розладу полягає в особливостях міжособистісних відносин в її житті і що для подолання булімії необхідно вирішити ці проблеми. Часто розлади харчової поведінки проявляються у підлітковому віці саме через проблеми у стосунках з іншими, тож у подальшій роботі важливо провести глибоку оцінку міжособистісних стосунків клієнта [2]. Наступний етап передбачає докладання

спільних зусиль терапевта і пацієнта/клієнта для вирішення виявлених проблем за допомогою когнітивних, поведінкових та інтерпретаційних стратегій. Важливо, аби психотерапевт допоміг пацієнту/клієнту завершити терапевтичне втручання успішно, сформувавши відповідні компетентності для подолання майбутніх викликів. Життя підлітків обертається навколо їхніх близьких стосунків з однолітками, тому міжособистісна психотерапія інтуїтивно має бути їм до вподоби. Це надає міжособистісній психотерапії перевагу над цією групою пацієнтів. На цьому сучасні методи психотерапії для лікування даного розладу не закінчуються.

Наступний сучасний підхід, який ми розглянемо – терапія віртуальною реальністю. Клінічне застосування терапії віртуальною реальністю у пацієнтів, які страждають на розлади харчової поведінки, базується на психологічних методах, що спираються на принципи когнітивної психології. Терапія віртуальною реальністю – це комп'ютерна технологія, яка дозволяє створювати інтерактивні та імерсивні середовища, що імітують реальний світ [5]. Використання цих середовищ можна поєднувати з традиційними терапевтичними стратегіями, такими як експозиційна терапія або когнітивно-поведінкова терапія, що підвищує їх ефективність. Терапія віртуальною реальністю є ефективною у зменшенні потягу до їжі і тривожних реакцій на нього. Віртуальний аспект цієї терапії полягає у створенні контрольованого і безпечного середовища, де пацієнт може взаємодіяти з різними ситуаціями або образами, такими як їжа, яка може викликати тривогу або дискомфорт, без реального ризику, що сприяє поступовому освоєнню нових моделей

поведінки, зменшенню страхів і покращенню емоційного регулювання під час лікування розладів харчової поведінки. Кілька досліджень продемонстрували ефективність віртуального зображення їжі при якому виникає така сама емоційна реакція і тяга, викликанні таких самих емоційних реакцій та залучення, як і при реальній їжі [4]. Результати використання терапії віртуальної реальності показали не тільки поліпшення діагностичних показників переїдання та "очищення", але й заміну тривожних реакцій на їжу нейтральними/позитивними. Цей вид терапії працює у модифікації досвіду тіла у пацієнтів з розладами харчової поведінки шляхом зміни негативних спогадів, пов'язаних з тілом, і, таким чином, зміною мультисенсорних інтеграційних процесів пацієнта. відбувається зміна значення образів, які будуть спрямовані на зменшення дистресу, пов'язаного з негативними спогадами. Перепрограмування пропонує свіжий погляд на події, що відбулися в минулому і призвели до незадоволення тілом, низької самооцінки або ізоляції, створюючи нові позитивні почуття та значення, які зберігаються в пам'яті. В першу чергу терапія віртуальною реальністю використовується для дослідження розладів харчової поведінки, а саме спотворення образу тіла, яке важливе при анорексії та нервовій булімії. Для оцінки спотворень образу тіла створюються 3D-фігури тіла пацієнта і демонструються йому, що дозволяє пацієнту усвідомити спотворення образу тіла в його уяві та отримати більш реалістичне уявлення про власне тіло. Для кращого результату лікування використовують поєднання когнітивної терапії і терапії віртуальної реальності. Іншим прикладом використання віртуальної реальності для роботи

з нервовою булімією є експозиція, коли пацієнти можуть потрапити у віртуальні кухні або ресторани, де вони можуть симулювати споглядання, дотик та споживання різноманітних продуктів харчування. За даними досліджень, де було доведено ефективність терапії віртуальної реальності, 24 жінкам з нервовою білумією було запропоновано або а) десять сеансів когнітивної терапії з використанням віртуальної реальності, або б) мультимодальну програму стаціонарного лікування [3]. Під час сеансів віртуальної реальності учасники піддавалися впливу тригерних стимулів у декількох віртуальних

середовищах з метою відпрацювання навичок, отриманих під час сеансів когнітивної терапії. Пацієнти, які проходили терапію віртуальної реальності, продемонстрували зменшення когнітивних та поведінкових симптомів розладу харчової поведінки після лікування та меншу частоту епізодів переїдання та "очищення" протягом 9-ти місяців спостереження порівняно з контрольною групою.

Обидва підходи – надають простір/відкривають широкі можливості для покращення лікування розладів харчової поведінки та є ефективними у роботі з ними.

Список використаних джерел: 1. Alharbi, Y., Saleh, F., & Shahat, K. A. (2024). Effective treatment approaches for eating disorders in children and adolescents: A review article. *Cureus*, 16(11); 2. Aires, M. L., Barreira, J., Stolnik, D., & Pinto, M. (2025). Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Eating Disorders: A Literature Review. *European Psychiatry*, 68(S1),S1055-S1056. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2136>[Opens in a new window]; 3. Bryson, C., Douglas, D., & Schmidt, U. (2024). Established and emerging treatments for eating disorders. *Trends in Molecular Medicine*, 30(4), 392-402; 4. Riva, G., Malighetti, C., & Serino, S. (2021). Virtual reality in the treatment of eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(3), 477-488.<https://doi.org/10.1002/cpp.2622>; 5. Sarrió-Colas, L., Reverté-Villarroya, S., Castellà-Culvi, A. B., Barberà-Roig, D., Gas-Prades, C., Coello-Segura, A., & Adell-Lleixà, M. (2025). Immersive Virtual Reality in Psychotherapeutic Interventions for Youth with Eating Disorders: A Pilot Study in a Rural Context. *Applied Sciences*, 15(16), 9013. 10.3390/app15169013.

ПАРАДОКС КОНТРОЛЮ: ЧОМУ СПРОБИ КОНТРОЛЮВАТИ ЕМОЦІЇ ПРИЗВОДЯТЬ ДО ЇХ ДИСРЕГУЛЯЦІЇ

У модерному соціумі набуває загального визнання погляд цілковитого самоконтролю — запит "тримати себе в руках" став соціальною нормою. Проте така установка створює психологічний парадокс: що більше людина намагається приборкати свої емоції, то складніше їй це вдається. Феномен, який можна назвати "парадоксом контролю", полягає у тому, щоб спроби подавити емоційні реакції або запобігти їхньому прояву призводять до зворотного ефекту.

Проблема контролю емоцій набуває особливої актуальності в клінічній психології, оскільки надмірне прагнення керувати внутрішнім станом часто є передумовою розвитку тривожних, депресивних та obsесивних розладів.

Метою даної роботи є теоретичний аналіз феномена парадоксу контролю емоцій, його психологічних механізмів та наслідків для психотерапевтичної практики.

Класична когнітивно-поведінкова модель (Бек, 1979) розглядає контроль емоцій як похідну від когнітивних переконань. Люди, які вважають емоції загрозливими чи "неприпустимими", прагнуть їх уникати, що призводить до підвищення внутрішньої напруги. Емоційне уникнення формує замкнене коло: чим сильніше ми намагаємося не відчувати, тим інтенсивніше емоція проявляється.

У своїй "теорії іронічних процесів ментального контролю" Вегнер (Wegner, 1994) описав, що коли людина намагається не думати про певний зміст (наприклад, не хвилюватися чи не злитися), увага до цього змісту парадоксально зростає. Підсвідомі процеси постійно перевіряють, чи не з'явилася заборонена думка, тим самим підтримуючи її активність. Цей механізм пояснює, чому спроби "вимкнути" емоцію лише підсилюють її.

Моделі "прийняття" (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) пропонують альтернативний підхід: не боротися з емоціями, а навчитися їх приймати як частину досвіду. Такий підхід, реалізований у Acceptance and Commitment Therapy (ACT), розвиває психологічну гнучкість — здатність відчувати складні емоції, не втрачаючи ефективності поведінки. Подібну позицію займає й діалектико-поведінкова терапія (Linehan, 1993), де ключовою є навичка толерантності до дистресу.

Парадокс контролю розгортається за принципом "контроль → напруга → фокус на емоцію → посилення емоції". Наприклад, людина, яка намагається "заспокоїтися перед панічною атакою", фактично посилює тривогу, оскільки спроба придушення фіксує увагу на тілесних симптомах. Те саме відбувається, коли індивід прагне "не злитися" — напруга зростає, і з часом

емоція проявляється у вибуховій формі. Отже, контроль емоцій, який спочатку здається адаптивною стратегією, перетворюється на чинник дезрегуляції.

Сучасна психотерапія поступово відходить від моделі "контролю" на користь моделі "прийняття".

Завдання терапевта — не навчити клієнта позбавлятися від емоцій, а допомогти йому залишатися з ними, не ототожнюючись.

До ефективних технік належать техніки усвідомленості (mindfulness), спрямовані на розвиток спостереження без оцінки; практики прийняття (ACT), що формують готовність відчувати емоцію без боротьби; методи підвищення толерантності до дистресу (DBT); а також психоедукація, яка пояснює клієнту природу парадоксу контролю та зменшує страх перед власними емоціями.

Таким чином, робота з емоційною дезрегуляцією повинна спрямовуватись не на "контроль" як усунення, а на розвиток внутрішньої гнучкості — здатності жити поруч із емоцією, не потрапляючи під її владу.

Проведений теоретичний аналіз дає підстави стверджувати, що феномен парадоксу контролю є одним із ключових механізмів формування емоційної дезрегуляції. Надмірна орієнтація на контроль, що підкріплюється соціальними нормами "емоційної стриманості", створює внутрішній конфлікт між природною потребою у вираженні почуттів та очікуванням самоконтролю. Такий дисбаланс формує ґрунт для розвитку тривожних та депресивних проявів, соматизації, а також хронічного емоційного виснаження.

У контексті когнітивно-поведінкової парадигми контроль емоцій розглядається як

когнітивна стратегія, спрямована на зниження суб'єктивного дистресу. Проте емпіричні та клінічні спостереження свідчать, що ця стратегія має зворотний ефект: вона збільшує частоту нав'язливих думок і посилює емоційне напруження. З позицій теорії іронічних процесів ментального контролю (Wegner, 1994), спроби не допустити появу певних думок або переживань призводять до підвищеної ментальної пильності, що з часом виснажує психіку.

Підходи, побудовані на прийнятті (ACT, mindfulness, DBT), пропонують альтернативну траєкторію: ефективна емоційна регуляція можлива лише через готовність переживати емоцію, а не через спроби її уникати. Прийняття емоцій не означає пасивність, натомість воно формує усвідомленість, знижує інтенсивність автоматичних реакцій і відновлює відчуття контролю на метарівні — через спостереження, а не через боротьбу.

Таким чином, парадокс контролю демонструє фундаментальний принцип психологічного функціонування: прагнення уникнути болю часто стає джерелом ще більшого страждання. Заміна стратегії "контролю" на стратегію "сприйняття" є не лише терапевтично ефективною, а й екзистенційно необхідною для підтримання психічної рівноваги у сучасному світі постійної невизначеності.

Для практики клінічного психолога це означає переорієнтацію з інструкцій типу "як позбутися тривоги" на розвиток у клієнта здатності бути поруч із тривогою, не втрачаючи при цьому сенсу та цілісності власного "Я".

Список використаних джерел: 1. Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin Books; 2. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press; 3. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press; 4. Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52; 5. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.

ВИКОРИСТАННЯ ТІЛЕСНИХ ПРАКТИК У КОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним з найбільш вагомих психологічних, медичних і соціальних наслідків воєнних дій, що вимагає тривалих лікувальних і реабілітаційних заходів, і ефективність корекції якого залишається недостатньою (Ahmed et al., 2024). Пацієнти з ПТСР зазвичай мають взаємопов'язані психологічні та соматичні симптоми, що відображують пережитий стрес і які зумовлені психосоматичними зв'язками; ці пацієнти часто незадоволені існуючими терапевтичними підходами, що передбачають ізолюваний вплив на соматичну і психічну сферу, такі пацієнти потребують особливого підходу до лікування, що враховує як травматичний досвід і його психологічні наслідки, так і соматичні прояви захворювання, що передбачають існування різних соматичних фенотипів (Sariahmed et al., 2025).

Пацієнти з ПТСР представляють собою гетерогенну групу з точки зору психологічного реагування на психотравму та її наслідки, а також щодо чутливості до різних методів корекції та лікування. Це визначає необхідність персоніфікації лікувальних та корекційних заходів за рахунок розширення кола терапевтичних підходів і використання ефективних засобів комплексного впливу на психічну та соматичну сферу пацієнтів.

Одним з найбільш перспективних способів удосконалення лікувально-реабілітаційних заходів при ПТСР є інтеграція до них тілесних

практик, ефективність яких підтверджена багатовіковим емпіричним досвідом і результатами сучасних рандомізованих досліджень, і популярність яких стрімко зростає протягом останніх десятиліть. Такі практики забезпечують унікальне поєднання фізичних та психологічних стимулів, що стосуються афективної симптоматики, насамперед, тривожної та депресивної, когнітивного функціонування, усвідомлення власних психічних процесів і соматичних відчуттів, а також дають можливість пацієнтам поєднати у свідомості психологічні та соматичні прояви ПТСР і краще розуміти взаємозв'язки між ними; важливо також, що тілесні практики є прийнятними та культурно релевантними для пацієнтів з ПТСР, що належать до різних етнічних і мовних груп, і можуть бути успішно інтегровані в систему соціальної підтримки пацієнтів (Sariahmed et al., 2025).

Найбільш дослідженими з традиційних тілесних практик на сьогодні є різні види йога-практик. Йога поєднує дозовану фізичну активність з оздоровчими, духовними та психологічними практиками, що створюють сприятливі умови для відновлення і збереження фізичного і психологічного благополуччя, а також допомагають напрацювати навички психологічної саморегуляції. Важливою складовою йоги є медитативні і дихальні техніки, які забезпечують синергичний лікувальний вплив на психіку і соматичне

здоров'я, нормалізацію психоемоційного стану і відновлення вегетативної рівноваги.

Лікувальний ефект тілесних практик при ПТСР опосередкований складними нейрохімічними і нейробіологічними механізмами системного реагування на стрес і відновленням фізіологічного та психологічного гомеостазу, що проявляється нормалізацією афективної і когнітивної сфер, покращенням сну і загальносоматичного стану.

Йога пропонує цілісний підхід до покращення як фізичного, так і психічного благополуччя. Завдяки використанню спеціально розроблених поз (асан) та дозованих рухів, які розтягують різні групи м'язів і забезпечують активний рух у суглобах, практика йоги може значно збільшити діапазон рухів у суглобах і загальну рухливість, покращити рівновагу та пропріоцепцію, що призводить до кращої координації, усвідомлення свого тіла, сприяє глибшому зв'язку між розумом і тілом.

Йога справляє потужний позитивний вплив на серцево-судинну систему через дихальні техніки, які покращують оксигенацію, підвищуючи ефективність кровообігу, через техніки релаксації сприяє зниженню артеріального тиску, покращує варіабельність серцевого ритму, знижує рівень кортизолу, маркерів запалення та судинної реактивності.

Оскільки йога поєднує практики усвідомленості та медитації, які можуть значно покращити ясність розуму та зосередженість, вона покращує когнітивні функції, допомагає зосередженню уваги, поліпшенню пам'яті і розслабленню. Медитаційні практики в йозі покращують нейропластичність, забезпечуючи формування нових нейронних зв'язків і покращуючи реактивність мозку (Chen, 2024).

Практики йоги довели високу ефективність у корекції психопатологічних проявів у пацієнтів з клінічно оформленим ПТСР, а також з наявністю окремих посттравматичних симптомів. У військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, і виявляли симптоматику ПТСР, заняття йогою дозволили зменшити симптоми збудження, зменшити виразність тривоги і депресії, причому тимостабілізуючий і анксиолітичний ефект проявлявся не лише під час занять, а й зберігався тривалий час після лікування. Закономірним є також істотне зменшення посттравматичної симптоматики, що стосується симптомів повторного переживання травматичного досвіду, симптоматики уникання, збудження, а також афективної і диссомнічної симптоматики ПТСР. Важливо, що терапевтичний ефект йоги проявлявся також у пацієнтів з вираженим і стійким до лікування ПТСР, що робить її важливим інструментом боротьби з терапевтичною резистентністю (van der Kolk et al., 2014).

Окрім йоги, високу ефективність у корекції психопатологічної симптоматики при ПТСР продемонстрували традиційні китайські лікувально-оздоровчі техніки тайцзи та цигун. Тайцзи характеризується поєднанням рухів бойових мистецтв з китайською філософією та вправами для оздоровлення і балансування тіла і розуму. Цигун, основа багатьох практик традиційної китайської медицини, концентрується на роботі з "життєвою енергією ци" і вправах для відновлення і збереження її нормальної циркуляції. Як цигун, так і тайцзи включають медитативні практики і техніки роботи з диханням. Повільні, вивірені концентровані рухи цигун і тайцзи зменшують неспокій і нав'язливі думки, дають можливість

усвідомлення власного тіла і контролю м'язового напруження і стресу. Наявні дані дозволяють стверджувати, тайцзи і цигун справляють комплексний оздоровчий вплив на організм людини, що сприяє відновленню функціонування у психічній та фізичній сферах.

Тайцзи і цигун можуть бути ефективно використані для корекції посттравматичної симптоматики. Було доведено, що вправи цигун і тайцзи зменшують стрес і покращують загальне самопочуття у пацієнтів з ПТСР, при цьому вони включають також когнітивний аспект, якого немає у більшості фізичних вправ, що пояснює більший ефект тайцзи і цигун порівняно з фізичними вправами аналогічної інтенсивності. Показано, що тайцзи та цигун призводять до значущого покращення психологічного благополуччя, включаючи усунення проявів тривоги, депресії, стресу, напруги, гніву, втоми, психосоматичної симптоматики, а також покращують самосприйняття, загальне відчуття задоволеності життям і благополуччя. Цигун і тайцзи поліпшують когнітивне функціонування хворих з ПТСР, а практика усвідомленості може

допомогти у вирішенні дисоціативних змін ідентичності, сприяючи ідентифікацію індивіда зі своїм внутрішнім "я", а не з фізичним тілом, яке часто стає джерелом страждань. Дослідження встановили, що тайцзи і цигун мають також позитивний вплив на якість сну і стан вегетативної нервової системи, що підтверджено відповідними змінами електроенцефалографічних показників, яких не було у пацієнтів, які використовували звичайні фізичні вправи (Grodin et al., 2008).

Важливо також, що на відміну від формалізованих підходів, тілесні практики зазвичай позитивно сприймаються пацієнтами, що сприяє збільшенню прихильності до терапії і покращенню її результатів.

Таким чином, тілесні практики є ефективним способом корекції посттравматичної симптоматики, а інтеграція їх до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів при ПТСР дозволяє персоніфікувати терапевтичні підходи і збільшити ефективність відновлення і збереження психічного і соматичного здоров'я пацієнтів.

Список використаних джерел: 1. Ahmed, S.H. et al. (2024). Prevalence of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among civilians residing in armed conflict-affected regions: a systematic review and meta-analysis. *Gen Psychiatr.*, 37(3), e101438. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101438>; 2. Chen, Q. (2024). Neurobiological and anti-aging benefits of yoga: A comprehensive review of recent advances in non-pharmacological therapy. *Exp Gerontol.*, 196, 112550. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2024.112550>; 3. Grodin, M. A. et al. (2008). Treating survivors of torture and refugee trauma: a preliminary case series using qigong and t'ai chi. *J Altern Complement Med.*, 14(7), 801-806. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0736>; 4. Sariahmed, K. et al. (2025). The Acceptability of Somatic Therapy for PTSD Among Patients at an Urban Safety Net Primary Care Clinic. *Glob Adv Integr Med Health*, 14, 27536130251366942. <https://doi.org/10.1177/27536130251366942>; 5. van der Kolk, B. A. et al. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 75(6), e559-565. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08561>.

КІНЕЗІОЛОГІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ІНСТРУМЕНТ ПСИХОТЕРАПІЇ ЕМОЦІЙНОЇ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ТА ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Сучасна студентська молодь перебуває у середовищі високої динамічності, соціальної невизначеності та інформаційного перевантаження, що зумовлює підвищення рівня емоційної нестабільності та тривожності. За даними міжнародних метааналізів, понад 40% студентів вищих навчальних закладів мають підвищений рівень тривоги або симптоми депресивного спектра, що негативно позначається на академічній успішності та психічному здоров'ї [1]. У цьому контексті особливої актуальності набуває пошук ефективних психотерапевтичних і психопрофілактичних методів, орієнтованих на гармонізацію емоційної сфери та розвиток навичок саморегуляції.

Одним із перспективних напрямів сучасної психотерапії є використання кінезіологічних підходів – системи психокорекційних практик, що ґрунтуються на взаємозв'язку між тілесними рухами, нейропсихічними процесами та емоційною регуляцією. Кінезіологія, за визначенням Вітінга Д., розглядає рух як універсальний канал інтеграції сенсорних, когнітивних та емоційних систем, що може бути ефективним засобом оптимізації психічного стану. У практичній психології цей напрям репрезентований декількома школами – освітньою кінезіологією (Brain Gym), енергетичною кінезіологією (Touch for Health) та прикладною кінезіологією – кожна з яких має

власну методологічну базу та терапевтичні цілі [3].

Мета дослідження – проаналізувати наукові підходи до застосування кінезіології у психотерапії емоційної нестабільності та тривожності студентської молоді, визначити можливості інтеграції кінезіологічних технік у сучасні психотерапевтичні моделі.

Методологічна основа та методи дослідження. Методологічною базою дослідження є біопсихосоціальна модель емоційної регуляції, що розглядає тривожність як результат порушення узгодженості між нейрофізіологічними, когнітивними та афективними компонентами психіки. Для досягнення поставленої мети було проведено аналітичний огляд актуальних публікацій у базах PubMed, PsycINFO та Scopus за період 2015–2025 рр., із фокусом на дослідженнях, які оцінювали вплив кінезіологічних або рухових інтервенцій на показники емоційної стабільності, рівень тривоги та стресостійкість у молодіжних вибірках.

Огляд сучасних наукових підходів. Більшість доказових досліджень підтверджує значний психорегулювальний потенціал рухових практик у подоланні тривожності. Зокрема, систематичний огляд Ваньяю та співавт. [2] довів, що регулярна фізична активність знижує інтенсивність тривожних симптомів у студентів на 20–30%, завдяки підвищенню рівня β-ендорфінів і серотоніну,

поліпшенню сну та когнітивної функціональності. Хоча класична фізична активність не є власне кінезіологічною практикою, вона створює наукове підґрунтя для розуміння ефекту "рух-емоція".

У контексті освітньої кінезіології (Educational Kinesiology, Brain Gym) наукові дані залишаються неоднозначними. Згідно з дослідженням Таї та співавт. [3], короткотривале виконання комплексів вправ "Brain Gym" сприяє зниженню рівня кортизолу та підвищенню секреції окситоцину у дітей, що корелює зі зниженням фізіологічних маркерів стресу. Однак систематичні огляди зазначають недостатню репрезентативність вибірок та методологічні обмеження, що не дозволяють робити остаточні висновки щодо ефективності цього напрямку у клінічній або академічній популяції [5].

Деяку більшу доказову базу мають енергетичні техніки, що частково інтегровані з кінезіологічними методами, зокрема в рамках "енергетичної психології" (acupoint-based approaches). За даними Феїнстена Д. [4], подібні втручання демонструють клінічно значущий ефект у зниженні постстресової тривожності, хоча точні нейрофізіологічні механізми їхньої дії залишаються предметом наукової дискусії. Водночас більшість оглядів наголошує на потребі у стандартизації протоколів, контролі ефекту очікування та подальшій верифікації результатів у рандомізованих дизайнах.

Узагальнення наявних емпіричних даних дає підстави розглядати кінезіологічні підходи як комплементарний напрям у психотерапії емоційної нестабільності. Їхня ефективність значною мірою зумовлюється не стільки специфічними технічними прийомами, скільки

активацією тілесної усвідомленості, розвитком моторної концентрації та зниженням психофізіологічного збудження. У цьому аспекті кінезіологія може слугувати ресурсною платформою для інтеграції з когнітивно-поведінковою терапією, майндфулнес-підходом або елементами тілесно-орієнтованої психотерапії.

Практичні аспекти та перспективи впровадження. На основі аналізу джерел запропоновано модель короткотривалої групової програми для студентів "Kinesio-Assist", спрямованої на розвиток навичок емоційної регуляції через поєднання структурованих рухових вправ (аеробні та координаційні елементи), коротких комплексів "Brain Gym" і дихальних технік усвідомленості. Програма розрахована на 8 тижнів (2 заняття на тиждень) і може реалізовуватись у межах центрів психологічної підтримки університетів. Оцінка її ефективності передбачається за показниками тривожності (GAD-7), емоційної регуляції (ERQ), перцепційного стресу (PSS) та суб'єктивного самопочуття. Подальше масштабування програми потребує проведення рандомізованого контрольованого дослідження для визначення достовірності ефектів.

Висновки.

1. Кінезіологічні практики є перспективним напрямом психокорекційної роботи зі студентською молоддю, оскільки поєднують тілесний, емоційний та когнітивний рівні регуляції.

2. Незважаючи на обмежену кількість високоякісних досліджень, наявні дані вказують на їхню потенційну ефективність у зниженні рівня тривожності, особливо у складі

комбінованих програм із доказовими психотерапевтичними методами.

3. Впровадження кінезіологічних підходів у практику психологічного консультування студентів потребує подальшої наукової

верифікації, етичного контролю та методичного забезпечення, але може стати важливим

компонентом превентивної психологічної допомоги у закладах вищої освіти.

Список використаних джерел: 1. Aylett E., Small N., Bower P. (2018). Exercise in the treatment of clinical anxiety in general practice: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(559). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3313-5>; 2. Wanjau M. N., et al. (2023). Physical activity and depression and anxiety disorders: A review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1162452. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1162452>; 3. Tai A. P. L., Wong S. M., Leung M. H. (2021). Revisit the effectiveness of educational kinesiology on salivary cortisol and oxytocin changes in children. *PLoS ONE*, 16(8), e0256579. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256579>; 4. Feinstein D. (2019). Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 15(6), 404–411. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.07.001>; 5. Australian Government Department of Health. (2025). *Natural Therapies Review 2025: Kinesiology Evidence Evaluation Report*. Canberra: Department of Health.

ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ (ТРИВОЖНОСТІ) У СТУДЕНТІВ

Переважно кожен із нас захоплюється різними видами творчості таким як малювання, в'язання, вишивання, ліпнина, куховаріння, різьблення, пошиття одягу, акторство, читання книжок, фотографування, рисунок на планшеті тощо. Однак, не задумувався над тим, що цей процес творчості є одним із найцікавіших способів позбутися емоційних розладів, стресів, звільнитися від нав'язливих хвилювань і підняти настрій, і саме цей спосіб психологічної підтримки людини називають арт-терапією.

Арт-терапія допомагає покращити душевний стан людини за допомогою творчості. За допомогою арт-терапії як засобу психологічної корекції людина безпечним чином виражає накопичені як позитивні, так і негативні почуття, емоції та переживання. Більш того, вивчаючи своє творіння, людина проводить своєрідний самоаналіз внутрішнього стану, що допомагає їй розібратися в собі, зрозуміти його причини та наслідки.

Арт-терапія – це створення візуальних образів, усвідомлення через ці образи неусвідомленого психологічного матеріалу, взаємодія автора твору, самого твору мистецтва та терапевта, створення захисного середовища для прояву сильних переживань. Цілеспрямоване застосування арт-терапії як психологічної корекції використовується в психологічній практиці як сукупність прийомів, що сприяють корекції емоційних розладів і психологічному розвитку особистості.

Цим методом користуються багато психологів та психотерапевтів як для діагностики, так і в якості окремого інструменту роботи з клієнтом. Але найголовніше, цей метод доступний кожному, і користуватися ним можна самостійно. Адже для арт-терапії вам підійдуть практично будь-які матеріали: це можуть бути фарби і пензлик, пластилін або глина, пісок або нитки для вишивки або в'язання, тканина для пошиття одягу, продукти для приготування страв, планшет, комп'ютер тощо. Жодних обмежень немає, аналогічно як і немає ніяких вимог до художніх навичок або творчого досвіду людини. Основну роль відіграє саме процес творчості, а не лише результат створення чогось. В основі арт-терапії лежить механізм проєкції, тобто вона дозволяє перенести внутрішні переживання, нав'язливі думки й емоції на арт-об'єкт.

Таким чином, людина через творчість висловлює свій внутрішній стан, який досить складно вербально пояснити. Більш того, творчість сама по собі сприяє викиду дофаміну в кров, від чого поліпшується настрій і знижується рівень стресу.

Таку терапевтичну властивість творчості помітив й потім використовував лікар і художник, Адріан Хілл, який запровадив поняття "арт-терапія" у 1942 році, а пізніше описав у своїй книзі "Мистецтво проти хвороб". Потім цей метод психотерапії став привертати увагу й інших фахівців, в результаті чого було проведено безліч

досліджень, які підтверджують добродійний вплив творчості на ментальний і фізичний стан людини.

Оскільки період студентства є надзвичайно важливим етапом у житті кожної людини, впродовж якого активно формується її особистість, відбувається психічний розвиток, який нерідко супроводжується переживаннями, тривожністю, різними психоемоційними станами, що виникають у ситуаціях небезпеки, несприятливого розвитку подій, зумовлені невдачами у соціальній взаємодії, тому важливо навчитися виявляти причини та долати їх вчасно, адже тривога може мати як конструктивний (мобілізує ситуаційну тривожність), так і деструктивний (дезорганізує особистісну тривожність) характер. Високий рівень тривожності у студента може спричинити розвиток неврозу та ускладнити процес формування його особистості. Тому дуже важливим є визначення причин тривожності, виявлення яких сприятиме подоланню цього негативного явища, а інструментом виявлення таких причин є арт-терапія як засіб психологічної корекції.

Методологічні основи впровадження арт-терапії в психотерапію та проблема ефективності психологічних впливів арт-терапевтичних засобів на психічну діяльність людини не втрачають своєї актуальності й добре вивчені зарубіжною та вітчизняною психологією, зокрема, Б.Мун, З.Моула, Л.Ігон, К.Доєрти, О.Халік, О.Вознесенська, Ю.Гундертайло, А.Котляр, З.Ковальчук, М.Козигора, Н.Калька, Т.Кузьменко та ін.

Таким чином, актуальність та соціальна важливість проблеми, необхідність подальшого дослідження факторів виникнення та особливості тривожності у студентів, узагальнення психолого-педагогічних умов його подолання й зумовили вибір теми нашого дослідження: "Використання

арт-терапії як засобу психологічної корекції емоційних розладів (тривожності) у студентів".

Сьогодні арт-терапія включає безліч різних видів і методик, завдяки чому кожен може знайти для себе щось до душі. Наприклад, до найпопулярніших видів лікування мистецтвом відносяться:

- художня терапія – ґрунтується на образотворчому мистецтві;
- фототерапія – використовуються як готові, так і нові знімки;
- пісочна терапія – ґрунтується на створенні композицій з піску;
- глиняна терапія – спрямована на створення об'ємних образів із глини, гіпсу та кераміки;
- бібліотерапія – аналіз літературних творів і створення власних;
- драматерапія – ґрунтується на динамічному мистецтві (акторство, постановка вистави, танець, поезія);
- в'язальна терапія – ґрунтується на створенні в'язаних речей на спицях або гачком ручної роботи;
- вишивальна терапія – ґрунтується на створенні речей оздоблених вишивкою;
- терапія словом – ґрунтується на написанні віршів, творів, поезії.

Також постійна поява нових напрямків у мистецтві щорічно розширює список видів арт-терапії, поповнюючи його свіжими видами та модифікаціями.

Розглядаючи методи арттерапії, можна виділити дві основні категорії:

1. Активні. Полягають в створенні чогось нового (малюнок, колаж, скульптура).
2. Пасивні. Аналізують готові предмети мистецтва і / або переробляють їх.

В першу чергу, варто відзначити, що арт-терапія не має вікових обмежень, а значить підходить як дітям, так і дорослим. Також вона не тільки допомагає привести в норму психічний стан, а й просто приносить задоволення. Однак, особливу увагу даному методу психологічної корекції варто приділити тим, хто:

- довготривало піддається стресу;
- відчуває емоційне вигорання;
- відчуває підвищену тривожність;
- знаходиться в міжособистісному конфлікті;
- відчуває роздратування або невмотивовану агресію;
- страждає від депресії;
- має фобії, безпідставні страхи.

Звичайно, краще не доводити себе до подібних станів і користуватися арт-терапією в профілактичних цілях. Більш того, вона також дозволяє розкрити творчий потенціал, розвиває

мислення, допомагає визначити життєві цілі й шляхи їх досягнення. Виходячи з цього, мабуть, цей метод потрібен всім, хто хоче перебувати в гармонії з собою і підтримувати ресурсний стан.

Мабуть, неможливо не погодитися, що зараз імовірніше у людини під рукою виявиться телефон, планшет або ноутбук, ніж набір фарб або олівців. Однак для арт-терапії це не перешкода. Сьогодні існує безліч сайтів для малювання онлайн.

Таким чином, до такої категорії як студенти легко застосувати арт-терапію як засіб психологічної корекції, пропонуючи використати різні методики до кожного студента відповідно його вподобанням та захопленням. Важливим для формування та розвитку особистості студента є виявлення за допомогою методик арт-терапії причин стану тривожності та їх подолання на ранніх етапах зародження.

Список використаних джерел: 1. Бохонкова Ю., Пелешенко О., Кобиляцька М. Психологічні особливості використання видів арт-терапії в різні вікові періоди. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2021. № 1(54). С. 15–25. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-54-1-15-25> (дата звернення: 04.09.2024); 2. Опанасюк І. Використання арт-терапевтичних технологій у розвитку усвідомлення підлітками особистісного емоційного простору. Психологія: реальність і перспективи. 2023. № 20. С. 135–143. URL: https://doi.org/10.35619/prap_rv.v1i20.348 (дата звернення: 04.09.2024); 3. Використання методів арт-терапії у роботі психолога з корекції тривожних станів особистості [Електронний ресурс] / О.В.Карапетрова // Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія "Педагогіка і Психологія". 2020. № 2. С. 34-41. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vduer_2020_2_5_22; 4. Левковська Л. Психологічні чинники виникнення тривожності у осіб юнацького віку. "Молодий вчений" • № 1 (101) • січень, 2022 р. Режим доступу : <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/3123/3092>; 5. Паламарчук М. Є., Сердюк Л. С., Маруненко І. М., Неведомська Є. О. Вплив рівнів тривожності на пізнавальну діяльність студентів. Наукові здобутки студентів Інституту людини Київського університету ім. Б. Грінченка, 2015. Вип. 2 (4). URL : <http://studscientist.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/47/49>; 6. Сміті, Д., Амбулкар, С., Менг, К., Каймал, Г., Рамотар, К., Парк, С.Й. Терапія творчим мистецтвом для психічного здоров'я молодих дорослих: систематичний огляд. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101861>.

РОЛЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ ОСІБ З ПАНІЧНИМИ АТАКАМИ

Сучасний світ з його швидкими та швидкоплинними інформаційними, технічними, політичними змінами вимагає від людей неабиякої стресостійкості. Сучасна людина знаходиться у постійному вирії подій: домашні справи, вирішення робочих питань, постійне інформаційне навантаження за рахунок соціальних мереж, потоків інформації про події в Україні та у світі.

З лютого 2022 року українцям довелося стикнутися з новим важким випробуванням – початком повномасштабного вторгнення російських військ на територію України.

Феномен панічних атак та тривожності актуальне питання в сучасних умовах, а особливо в умовах військового стану.

Питанню дослідження панічних атак з різних аспектів та причин походження приділяли увагу як вітчизняні, так і зарубіжні науковці, дослідники та спеціалісти різних галузей науки.

Серед вітчизняних дослідників варто виділити Юр'єву Л.М.[1], яка досліджувала в своїх працях кризові стани, їх діагностику та корекції панічних та тривожних розладів, Туріну Л.О.[2], яка розглядає питання стресу та його впливу на психіку, що пов'язане з виникненням тривожних розладів, Чабана О.С., який широко досліджував явища психосоматики, зокрема тривожні розлади, Бека. А., який є засновником когнітивно-поведінкової терапії, як методу

корекції психологічних станів, пов'язаних з панічними атаками, Кларка Д., який зробив вагомий вклад у розвиток когнітивно-поведінкової терапії, Бенталл Р, відомий завдяки своїм роботам в галузі психопатології, зокрема дослідженні панічних розладів.

Актуальним залишається питання: чому серед спеціалістів в галузі психології вибір методу при консультуванні осіб з панічними атаками припадає саме на метод когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Насамперед, ефективність КПТ доведена емпірично та пов'язано це з тим, що терапевтична модель базується на сучасних наукових підходах щодо розуміння механізмів тривоги, панічних атак, та в цілому, тривожних розладів.

Існує досить велика кількість підходів, згідно яких можна тлумачити термін "панічна атака".

Якщо розглядати панічну атаку з біологічного підходу, то дане явище позиціонується як результат порушень біологічних функцій організму. У розрізі даного підходу розглядаються конкретні зміни в організмі, такі як, наприклад, зміна хімії головного мозку, хімічний або гормональні зміни організму, які можуть сприяти виникненню панічних атак.

Спеціалісти у галузі нейрохімії досліджують роль нейромедіаторів, таких як

норадреналін, серотонін, GABA у спричиненні панічних атак.

Якщо розглядати поняття "панічна атака" з психологічної точки зору, то дане поняття можна тлумачити як результат довготривалої дії психологічних факторів, серед яких можна виділити стрес, травмуючі події, аномалії в когнітивній сфері та інші психічні чинники.

Психологи, які працюють в методі когнітивно-поведінкової терапії, вивчають роль когнітивних процесів у виникненні панічних атак. Таким чином, зазначається, що специфічні деструктивні думки або когнітивні викривлення можуть призводити до високого рівня тривожності, та, як наслідок, панічних атак.

Однією з переважаючих причин виникнення панічних атак є виражений рівень внутрішньої тривоги. Характерною особливістю панічних атак є їх виникнення у неочікуваних та непередбачених ситуаціях.

Панічна атака – це епізод сильного страху, що супроводжується тілесними симптомами (табл.1).

Пітливість	Тремор	Відчуття нестачі повітря	Задуха	Біль в грудній клітці
Нудота	Блювота	Запаморочення в голові	Дереалізація	Деперсоналізація
Біль в животі	Оніміння або поколювання в кінцівках	Озноб	Жар	Страх смерті

Джерело: сформовано автором за даними [3]

Симптоми панічної атаки розвиваються за лічені секунди та за 5-10 хвилин досягають пікової точки та йдуть на спад. Як правило, панічна атака минає за максимум 15 хвилин,

якщо ж напад продовжується довше, то можна говорити про серію панічних атак [4].

Особи з панічними атаками є надто чутливими до проявів фізичних та тілесних відчуттів, та інтерпретують їх у негативному світлі, а також є схильними до катастрофізації. Варто також підкреслити, що такі люди можуть робити катастрофічні інтерпретації несвідомо, а також ці думки можуть бути поза сферою їх обізнаності [5].

У психологічній літературі панічні атаки не вивчаються як окремий психофізіологічний феномен, а розглядається у комплексі з особистісними розладами. Якщо говорити в цілому, то панічна атака – це неконтрольований страх, який майже неможливо пояснити раціональним шляхом та має досить високу інтенсивність.

Панічні атаки можуть повторюватися через певний проміжок часу. Під час кожної нової панічної атаки людина починає розкручувати негативні думки та вірити у негативні сценарії, які не мають нічого спільного з реальністю.

Слід розмежовувати панічну атаку та панічний розлад, для якого характерне постійне відчуття тривоги та повторювальні панічні атаки. Самі по собі панічні атаки не завжди свідчать про наявність в людини панічного розладу або генералізованого тривожного розладу, хоча в обох випадках можуть спостерігатися серії панічних атак.

Тривога відображається в чотирьох системах: когнітивна, емоційна, поведінкова та фізіологічна. Реакція є процесом, що протікає в підсвідомості, а тривога стає проблемою тоді, коли реакція виникає без видимої на те причини. Наприклад, у людини в минулому

спостерігались панічні атаки, а тепер людина боїться, що це буде повторюватись, а тому вмикає "уникаючу поведінку", через що якість життя значно погіршується. Важливим є те, як людина саме інтерпретує ті чи інші події.

Можна виділити три основні фази моделі когнітивно-поведінкової терапії при панічних атаках.

Перша фаза – обстеження, визначення формулювання, психоедукація, соціалізація в модель КПТ, встановлення терапевтичного альянсу та мотивування.

Друга фаза – використання психоедукації, використання технік КПТ, тестування значень та початок покрокових ситуативних експозицій.

Третя фаза – робота з попередженням рецидиву виникнення панічних атак.

КПТ завжди досить індивідуальна, тому що виходить з ретельного обстеження та дослідження кожного випадку, вибудовування індивідуального формулювання та побудову індивідуального плану.

Когнітивно - поведінкова терапія панічного розладу з агорафобією є ефективним психотерапевтичним методом, що має чіткі докази ефективності (Roth, Fonagy, 2005) і відповідно включена в сучасні протоколи лікування цього розладу (NICE, APA). Ретельний метааналіз 27 рандомізованих контрольованих плацебо досліджень застосування КПТ при різних тривожних розладах, проведений Hofman 2008 (2008p.), підтвердив встановлену ефективність методу.

Список використаних джерел: 1. Юр'єва, Л. М., Носов, С. Г., Мамчур, О. Й., Ніколенко, А. Є., Огоренко, В. В., Шустерман, Т. Й., & Єрчкова, Н. О. (2017). Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. ТОВ "Галерея Принт". ISBN 978-966-97698-0-0; 2. Туриніна, О. Л. (2017). Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. ДП "Вид. дім "Персонал"; 3. Орос, М. М., & Сабовчик, А. Я. (2019). Панічний розлад: сучасні погляди на лікування. Український медичний часопис. <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/04/4755.pdf>; 4. Арнц, А. (2014). Схема-терапія: модель роботи з частками. Свічадо; 5. Вестбрук, Д. (2014). Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Свічадо.

ДИСПОЗИЦІЙНИЙ ОПТИМІЗМ У ПСИХОТЕРАПІЇ ТА КОНСУЛЬТУВАННІ: ЗВ'ЯЗОК ІЗ КОПІНГОМ

Як позитивний психологічний ресурс та відносно стабільна рисоподібна схильність особистості очікувати сприятливих результатів у майбутньому, диспозиційний оптимізм виступає важливим захисним фактором фізичного та психічного здоров'я людини (Puig Pérez et al., 2021). Конверсано та колеги (Conversano et al., 2010) стверджують, що позитивні та негативні очікування особистості щодо майбутнього є важливими для розуміння її вразливості до психічних розладів, зокрема розладів настрою. Зазначається про наявність зворотної кореляції між оптимізмом і депресивними симптомами, а також суїцидальними думками. Метааналіз Аларкона та колег (Alarcon et al., 2013, as cited in Heinonen et al., 2016) на основі 391 дослідження та 280 різних вибірок виявив міцні та послідовні зв'язки оптимізму з меншою депресією, самотністю та безнадією, а також більшим щастям, соціальною підтримкою та відчуттям життєвої мети. Водночас, попри численні дані щодо переваг диспозиційного оптимізму, його роль як предиктора результатів психотерапії та консультування залишається недостатньо вивченою (Hatchett & Park, 2004).

Для розуміння цієї ролі важливо розглянути механізми, через які диспозиційний оптимізм впливає на психологічне благополуччя людини. Одним із ключових серед них є зв'язок оптимізму зі стратегіями подолання стресу. Метааналіз Нес та Сегерстром (Nes & Segerstrom, 2006) показав, що оптимізм позитивно пов'язаний із копінг-стратегіями наближення, спрямованими на

усунення, зменшення або управління стресорами, та негативно – з копінг-стратегіями уникнення, що передбачають ігнорування, уникнення або відсторонення від стресорів. Важливо, що оптимісти демонструють гнучкість у виборі стратегій подолання залежно від типу стресорів: із контрольованими (наприклад, академічні вимоги) – вони схильні до використання проблемно-орієнтованого копіngu, тоді як із неконтрольованими (наприклад, травма) – до емоційно-орієнтованого.

Численні дослідження підтвердили, що оптимісти порівняно з песимістами схильні до більш частого використання проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, а в ситуаціях, коли ті неефективні, – до застосування адаптивних емоційно-орієнтованих стратегій (прийняття, гумор, позитивна переоцінка) (Conversano et al., 2010).

Ці емпіричні закономірності узгоджуються з теорією саморегуляції поведінки Ч. Карвера та М. Шейера, що становить теоретичну основу концепції диспозиційного оптимізму. Відповідно до неї, позитивні очікування щодо майбутнього призводять до збільшення зусиль та наполегливого прагнення до бажаних цілей, тоді як негативні очікування навпаки ведуть до зменшення зусиль, вагання, відходу або відмови від прагнення до мети (Nes & Segerstrom, 2006). Орієнтуючись на вирішення проблем, оптимістичні люди схильні сприймати стресові ситуації як подоланні виклики та можливості до зростання, що контрастує з

деякою відстороненістю та пасивністю осіб, для яких притаманний песимістичний погляд на світ (Heinonen et al., 2016). Таким чином, схильність оптимістів до застосування копінг-стратегій наближення відображає їхню впевненість у можливості впливати на ситуацію та досягати бажаних результатів, що в напружених умовах сприяє зниженню рівня сприйнятого стресу та позитивній переоцінці переживань особистості (Puig Pérez et al., 2021).

З точки зору психотерапевтичної та консультативної практики рівень диспозиційного оптимізму та пов'язані з ним копінг-стратегії особистості можуть бути інформативними для розуміння відмінностей у результатах, які демонструють клієнти. В цьому контексті наявні дещо суперечливі дані. В дослідженні Хетчетт та Парк (Hatchett & Park, 2004) на вибірці 96 студентів коледжу, які звернулися до університетського консультативного центру, виявлено, що нижчий рівень диспозиційного оптимізму асоціювався з передчасним припиненням участі клієнтів у консультуванні, тоді як вищий рівень оптимізму був пов'язаний із більшим покращенням за оцінкою терапевтів. Водночас жоден із копінг-стилів, – орієнтованих на завдання, емоції чи уникнення, – не виявився значущим предиктором результатів консультування. На думку авторів, клієнти з вищим рівнем оптимізму, ймовірно, мали більш позитивні очікування щодо ефективності консультування, що, як наслідок, посилювало їхню готовність до наполегливої роботи над досягненням власних цілей. Такий механізм відповідає природі диспозиційного оптимізму як схильності сподіватися на сприятливі результати в різних життєвих ситуаціях, що підтримує мотивацію до активної участі в консультативному процесі.

Хейнонен та колеги (Heinonen et al., 2016) на вибірці 326 дорослих амбулаторних пацієнтів із тривожними та розладами настрою виявили диференційовану роль рівня диспозиційного оптимізму залежно від тривалості психотерапії. Нижчий рівень оптимізму передбачав швидше зменшення симптомів пацієнтів у короткостроковій терапії порівняно з довгостроковою, тоді як вищий рівень – однаково швидке, але зрештою більше покращення, демонстроване пацієнтами в довгостроковій терапії порівняно з короткостроковою. Автори дійшли висновку, що нижчий оптимізм асоціювався з підтримкою проблематики на ранніх етапах довгострокової терапії, тоді як вищий оптимізм найкраще сприяв залученню пацієнтів до тривалого терапевтичного процесу та отриманню користі від нього.

Дані окреслених досліджень дозволяють припустити, що оцінка диспозиційного оптимізму клієнта потенційно може бути інформативною для розуміння різних аспектів перебігу психотерапевтичного або консультативного процесів. Водночас вони залишають відкритим питання про те, які саме аспекти копінгу та їхні зв'язки з оптимізмом можуть бути релевантними для практичної роботи.

Дослідження Ріда (Reed, 2016) на вибірці 95 британських студентів, хоча й проведене не в терапевтичному контексті, надає інформацію про можливі механізми таких зв'язків. Автор досліджував не конкретні копінг-стилі, а гнучкість подолання (coping flexibility) – здатність людини припиняти неефективні копінг-стратегії та створювати й упроваджувати альтернативні. Було виявлено, що диспозиційний оптимізм опосередковує зв'язок між гнучкістю подолання та як сприйнятим стресом, так і задоволеністю життям. Тож науковець припускає, що причина,

чому люди з більш гнучким копінгом мають нижчий сприйнятий стрес і вищу задоволеність, значною мірою пояснюється вищим рівнем їхнього оптимізму. Ці результати мають практичне значення: оскільки диспозиційний оптимізм є відносно стабільною рисою подібної характеристикою особистості, саме розвиток гнучкості подолання може стати більш доступною ціллю інтервенцій, спрямованих на підвищення здатності людини справлятися зі стресом (Reed, 2016).

Варто зауважити, що особи з різними рівнями диспозиційного оптимізму потенційно можуть по-різному реагувати на певні типи терапевтичних або консультативних інтервенцій. Припускається, що клієнти з вищим рівнем оптимізму, які схильні використовувати проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, ймовірно, краще відповідатимуть на більш активні форми інтервенцій, такі як, наприклад, тренування навичок вирішення проблем. Натомість для клієнтів із нижчим рівнем оптимізму, які частіше вдаються до емоційно-орієнтованого подолання, більш ефективними можуть виявитися експресивні та підтримуючі терапевтичні техніки. Проте ці аспекти потребують

емпіричної перевірки в майбутніх дослідженнях (Hatchett & Park, 2004).

Таким чином, наявні дані свідчать, що диспозиційний оптимізм пов'язаний із різними аспектами перебігу й результатів психотерапії та консультування, зокрема з залученістю клієнтів до терапевтичного процесу, їхньою готовністю до роботи над досягненням власних цілей та динамікою покращення. Зв'язок оптимізму з копінг-стратегіями, зокрема схильність оптимістів до використання стратегій наближення та гнучкості у виборі копінгу, потенційно може пояснювати ці дані. Відтак оцінка диспозиційного оптимізму клієнта може бути корисною для розуміння фахівцем деяких особливостей перебігу терапевтичного або консультативного процесів, динаміки результатів та підбору оптимальних психологічних інтервенцій. Перспективними напрямками є вивчення ролі гнучкості подолання як потенційної мішені терапевтичних втручань, що може легше піддаватися змінам порівняно з відносно стабільним конструктом диспозиційного оптимізму, а також дослідження особливостей реагування клієнтів із різними рівнями оптимізму на певні типи терапевтичних інтервенцій.

Список використаних джерел: 1. Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25-29. doi: 10.2174/1745017901006010025; 2. Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36(8), 1755–1769. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.07.014>; 3. Heinonen, E., Heiskanen, T., Lindfors, O., Härkäpää, K., & Knekt, P. (2016). Dispositional optimism as predictor of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi: 10.1111/papt.12109; 4. Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235–251. doi: 10.1207/s15327957pspr1003_3; 5. Puig Pérez, S., Aliño Costa, M., Duque Moreno, A., Cano López, I., Martínez López, P., Almela Zamorano, M., & García Rubio, M. J. (2021). Dispositional optimism and stress: keys to promoting psychological well-being. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 42(2), 135-142. doi: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2021.2953>; 6. Reed, D. J. (2016). Coping with occupational stress: the role of optimism and coping flexibility. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 71–79. doi: 10.2147/PRBM.S97595

Секція 3. Клінічні та культурні аспекти суспільних криз

Психічне здоров'я фахівців допомагаючих професій

УДК 159.922.62:159.944.4::[61-057.4]

Бабаян Юлія Олександрівна

Приватний заклад вищої освіти "Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика"

Томашевська Юлія Борисівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

ВПЛИВ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ ДИТИНСТВА НА РОЗВИТОК ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

Психічні та поведінкові порушення належать до найскладніших проблем медицини, що охоплюють населення в усьому світі. Залежно від форми прояву такі розлади можуть суттєво впливати на тривалість і якість життя людини або ж залишатися майже непомітними. Психічний розлад – це стійке порушення психічної діяльності, яке проявляється у відхиленнях в мисленні, емоціях, поведінці чи сприйнятті реальності, що ускладнює адаптацію людини до соціального життя. У науковому дискурсі психічні розлади розглядаються як багатофакторне явище з біологічними, психологічними та соціальними причинами. Психічними розладами, в залежності від ступеня тяжкості, опікуються клінічні психологи, психіатри, психотерапевти (Savenkova, 2018).

Найбільш відомими дослідниками психічних розладів особистості в світовому вимірі визнані: Ф. Базалья, Е. Берн, В. Вундт, Б. Зейгарник, Е. Крепелін, І. Рейль, Г. Салліван, З. Фройд, К. Юнг та ін. Серед вітчизняних науковців, які вивчають психічні розлади і методи їх лікування, такі: Л. Карамушка, В. Клименко, О. Кокун, О. Креденцер,

С. Миронець, В. Панок, І. Савенкова, Т. Титаренко, М. Ткалич, Т. Хомуленко та ін.

Для нашого дослідження інтерес представляють психічні розлади, зумовлені травматичними подіями дитинства, адже саме воно відіграє ключову роль у формуванні духовних, соціальних, релігійних і світоглядних переконань особистості. Як мікросоціальне середовище, сім'я має виняткове значення у процесі становлення індивіда та його соціалізації.

Негативне ставлення, непослідовність у вихованні, некоректна поведінка батьків, або надмірна опіка 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 особистості в колективі чи навіть спричинити психічні розлади.

Сутність і вплив сім'ї на формування та розвиток особистості вивчала ціла плеяда вітчизняних: О. Бондарчук, В. Бочелюк, О. Васильченко, В. Вашкевич, В. Кравець, В. Левицький, А. Макаренко, М. Марцинюк,

О. Посвістак, О. Савчук, В. Семиченко, і зарубіжних дослідників: А. Адлер, К. Бейкер, М. Боуен, Д. Віннікотт, Е. Еріксон, А. Карлсон, Е. Кюблер-Росс, Н. Мак-Вільямс, Т. Парсонс, К. Роджерс, В. Сатир, Ш. Сільвер, У. Тоумен, В. Франкл, Е. Фромм, Т. Хілл, К. Хорні, І. Ялом та ін.

Дійсно, сімейний вплив у дитинстві є чинником виникнення психічних розладів у дорослому віці. Так, наприклад, А. Грін запропонував поняття *"мертва матір"*²¹. 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 одержав травми і психічні розлади.

Дослідно-експериментальна робота проводилася протягом січня-травня 2025 року із 60 працівниками медичної сфери м. Одеса і м. Миколаїв (32 жінки та 28 чоловіків), віком від 25 до 55 років. Для реалізації експерименту було сформовано дві вибірки, до кожної з яких входило по 30 осіб. Перша вибірка – працівники медичної сфери, з повних сімей, друга, контрольна вибірка – медики з неповних сімей.

Експериментально-дослідницька робота здійснювалася у професійному середовищі медиків, адже у реаліях сьогодення лікарі постійно стикаються із ситуаціями, які здатні мати як позитивний, так і негативний вплив, провокуючи ризики та небезпеки, що можуть

привести до руйнівних особистісних змін. Для лікарської спільноти типовими є випадки професійного вигорання, деформації, алкоголізації, депресивних станів, викликаних розпадом сім'ї через надмірну зайнятість. Представники цієї професії змушені працювати у стані хронічного стресу та постійної нереалізованості потреб. Висококваліфіковані фахівці найчастіше потерпають від невротичних розладів, обумовлених ненормованим робочим графіком, переважною й важкими умовами праці.

У процесі дослідження застосовано такі методики:

- Опитувальник для діагностики посттравматичного стресового розладу (PCL-5);
- Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R);
- Шкала депресії Бека (BDI).

Запропоновані тести містили питання для виявлення симптоматики ПТСР, що дозволяли підтвердити або спростувати наявність дитячих травм, які могли спричинити розвиток психічних порушень:

Повторне переживання травматичних подій. Людина може знову відчувати травматичний досвід через емоційні відчуття, спогади, сновидіння або несподівані флешбеки.

Уникання нагадувань. Індивід свідомо уникає місць, ситуацій чи людей, які асоціюються з травматичною подією.

Гіперзбудливість. Надмірна реактивність чи збудливість проявляється у вигляді дратівливості, посиленої чутливості до

²¹ Green, A. (1983). *Die tote Mutter. Psychoanalytische Studien zu Lebensnarzissmus und Todesnarzissmus*. Gießen, Psychosozial.

зовнішніх подразників, труднощів з концентрацією уваги, порушень сну (кошмари, часті пробудження, тривога перед засинанням).

Відчуття провини та втрата інтересу. У осіб, що пережили травмівні події виникають почуття провини, небажання жити, зниження зацікавленості у справах, які раніше приносили задоволення.

Соматичні прояви. У деяких людей відзначаються фізичні симптоми, такі як біль у грудях, головні болі, розлади травної системи, проблеми зі шкірою, підвищений артеріальний тиск тощо.

Під час інтерпретації результатів доцільно брати до уваги контекстуальні особливості та індивідуальні потреби різних груп медичних працівників, аби забезпечити максимально точну й ефективну психологічну підтримку. Для узагальнення даних опитування за трьома методиками доцільно у відсотковому співвідношенні показати різницю між кількістю досліджуваних, які потребують психологічної

допомоги у зв'язку з ПТСР, і тими, хто наразі такої підтримки не потребує.

Згідно з результатами трьох використаних методик, більше ніж половина лікарів, незалежно від досвіду травм у дитинстві, потребують професійної психологічної допомоги для подолання ПТСР, викликаного військовими подіями в Україні. Ці результати підтверджують значущість подальших наукових пошуків та розробки ефективних програм психологічної підтримки і втручань, орієнтованих на українських медиків та їхні унікальні потреби.

Табл.1. Специфіка перебігу ПТСР у лікарів, які виховувалися в повних і неповних сім'ях

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)		Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)		Шкала депресії Бека (BDI)	
>36*	<36	>50*	<50	>16*	<16
58,33%	41,66%	88,33%	11,66%	85%	15%

Прим. * – лікарі, які потребують психологічної допомоги за результатами оцінювання.

Список використаних джерел: 1. Savenkova, I. I. (2018). *Klinichna psykholohiia: navchalnyi posibnyk* [Clinical Psychology: Handbook]. Plant. 123456789/12558.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ ДОПОМІЖНИХ ПРОФЕСІЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

Тривалий воєнний стан створив значний стресовий фон для всього населення нашої країни. В умовах війни значно посилюються ризики перенавантаження емоційної сфери людини через додатковий вплив травматичних подій, соціально-економічної нестабільності, підвищеними вимогами до професійної діяльності. Як свідчать дані соціологічних опитувань, зокрема дослідження Gradus, до 77% українців відчувають стрес та сильне знервованість (Кокун, 2025, Gradus, 2023). Цей макросоціальний кризовий контекст виступає потужним додатковим фактором, що посилює психоемоційне навантаження на кожного індивіда, зокрема і на тих, хто за професійним обов'язком має надавати підтримку іншим. Ці професії вже за своєю природою пов'язані з високими ризиками емоційного вигорання через постійний контакт із хворими чи особами, які зазнали психологічних травм, що може спровокувати подальший розвиток клінічних проявів психічних розладів та психосоматичних захворювань (Пилягіна, 2020).

Вивченню чинників, які провокують розвиток емоційного вигорання присвячена низка вітчизняних та зарубіжних наукових робіт. Дослідники відмічають, що одним з критичних чинників розвитку вигорання є професійний стаж. У працівників із більшим стажем відмічають більш виражені симптоми емоційного вигорання, зокрема на фоні накопиченого стресу. Синдром емоційного

вигорання та переживання стресових ситуацій стають чинниками погіршення стану психічного здоров'я фахівців, що може негативно позначитися й на якості професійної діяльності (Марута, 2019; Перелигіна, 2019). За даними досліджень до дієвих методів подолання емоційного вигорання та наслідків стресу відносяться психоедукація, формування відповідальності за власне здоров'я, а також впровадження програм підтримки психічного благополуччя. Розробка та впровадження таких заходів є особливо актуальними в сучасних умовах, коли фахівці допоміжних професій стають ключовими у підтримці психічного здоров'я населення України (Кокун, 2025).

Мета роботи – вивчення емоційного вигорання та рівнів стресу фахівців допоміжних професій під час війни. В дослідженні використовувалися методика діагностики емоційного вигорання (В. Бойко) з диференціюванням на стадій напруги, резистентності та виснаження, шкала сприйнятого стресу (PSS-10), шкала стресостійкості Коннора-Девілсона-10 (CD-RISC-10) та шкала соціальної адаптації Холмса та Прає (SRRS). Опитувальники були доповнені питаннями про соціальний стан фахівців (стать, вік, стаж роботи тощо), а також питаннями про самооцінювання знань з сфери управління емоціями, відчуттям власного рівня емпатії та ступеню впливу воєнного стану та війни на емоційну сферу. Для оцінювання відповідей

використовувалася шкала від 1 балу (мінімальний рівень) до 10 балів (максимальний рівень). З метою проведення аналізу отриманих даних використовувався метод розрахунку відносних та середніх величин.

Опитування проводилося анонімно, за добровільною згоду фахівців. Результати накопичувалися в таблиці, яка була створена до відповідної гугл-форми. Відповіді респондентів були трансформовані в числові вирази відповідно до кожної методики, для аналізу використовувалися вказані авторами градації ступенів вираженості тої чи іншої ознаки.

Під час дослідження емоційного вигорання та характеристик стресу були проаналізовані відповіді фахівців, які працюють з населенням та надають медичну, психологічну чи соціальну допомогу. Середній вік респондентів становив 43,1 років, середній стаж роботи за професією 14,1 роки, середні години навантаження на тиждень - 37,2 години. За сімейним станом респонденти розподілилися наступним чином: у шлюбі були 65,1% осіб, 23,8% - неодружені, 11,1% - не мали подружжя. 37,7% респондентів зазначили, що окремо не цікавилися питаннями психології, зокрема вивченням емоцій та стресу. 67,2% опитуваних вказали високі бали (9 або 10) щодо бажання навчитися або удосконалити навички керування власними емоціями.

На питання анкети щодо самооцінювання та самосприйняття знань щодо рівню розвитку емоційного інтелекту середній рівень становив 6,3 бали (з 10 можливих), що можна трактувати як середній. На питання про власний рівень емпатії отримано середній показник у 8,5 бали (вище середнього). 73,8% усіх опитаних обрали високі бали (8-10 балів) на питання про наявність взаємозв'язку між вмінням керувати власними

емоціями та рівнем стресу під час виконання професійної діяльності.

При оцінюванні впливу війни (воєнного стану) на здатність керувати власними емоціями 13,6% респондентів вказали високі бали впливу (9 балів), 29,5% відмітили позначку у 8 балів, що відповідає вище середнього рівня впливу, 43,2% відмічали середній рівень впливу (5-6 балів).

Під час аналізу об'єктивних результатів за вищезгаданими методиками, було встановлено, що у фахівців допоміжних професій відмічається помірний рівень сприйнятого стресу ($M=23,1$), вище середнього показник життєстійкості ($M=28,3$) та високий показник накопиченого стресу ($M=349,5$).

Результати щодо характеризують стан емоційного вигорання свідчать про досить тривожну ситуацію, яка розвивається у працівників допоміжних професій. Так високий загальний показник емоційного вигорання ($M=351,6$) супроводжується низкими показником напруги ($M=25,5$), високими показниками резистентності та виснаження ($M=58,9$ та $104,1$ відповідно). Низький рівень напруги може свідчити, що вигорання вже перейшло в хронічну форму: ранні симптоми (тривога, очікування проблем) пригнічені або компенсовані, але не розв'язані. Низька напруга вказує, що процес не гострий, а хронічний — вигорання "вкорінилося" без раннього втручання.

Високий показник резистентності свідчить, що компенсаторна фаза домінує. Психика фахівців активно захищається через ізоляцію емоцій (емоційна відстороненість від колеґ/клієнтів, цинізм, редукція контактів, фіксація на рутинних ролях без креативу). Здається, що все під контролем, але насправді

мотивація зникає, а стрес накопичується. Високий показник виснаження може свідчити, що критична фаза на піку. Емоційні та фізичні ресурси вичерпані, що супроводжується симптоми хронічної втоми, апатії, психосоматичними проблемами, втратою сенсу в роботі. Це сигнал небезпеки: без втручання стан може призвести до вигорання як клінічного розладу (депресія, тривожні стани). Високий інтегральний показник може свідчити, що синдром вигорання сформований і глибокий. Домінуючі симптоми зосереджені в резистентності та виснаженні, що можна трактувати як досить типову ситуацію для професіоналів з досвідом 5 та більше років у стресовій сфері. Психіка намагається адаптуватися (резистентність), але ресурси закінчуються (виснаження), що робить стан вразливим до будь-якого додаткового стресу, хвороби. Це етап процесу вигорання, коли порушується здатність до емоційного саморегулювання і професійного функціонування. Людина може залишити професію або потребувати психотерапевтичного втручання.

Висновки. Вивчення особливостей розвитку синдрому емоційного вигорання, рівнів життєстійкості, стресу у фахівців допоміжних професій в умовах війни є актуальним завданням, оскільки воно спрямоване на збереження професійної ефективності, підтримку психічного здоров'я суспільства загалом.

Фахівці допоміжних професій демонструють глибокий рівень емоційного вигорання, зосереджений на фазах резистентності та виснаження, що загрожує їхньому здоров'ю, професійній ефективності та може призвести до депресії чи залишення професії. Війна посилює ці процеси, ускладнюючи емоційну саморегуляцію. Для профілактики та корекції рекомендуються психотерапевтичні втручання (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія), тренінги з розвитку емоційного інтелекту, організація відпочинку та зниження робочого навантаження. Подальші дослідження мають зосередитися на розробці цільових програм підтримки для таких фахівців, враховуючи специфіку воєнного контексту.

Список використаних джерел: 1. Кокун О. М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика: монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025; 2. Марута Н.О., Чабан О.С., Каленська Г.Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я. Міжнародний неврологічний журнал. 2019. №7 (109). С. 22-30. 3. Перелигіна Л.А., Балабанова К.В. Професійна життєздатність як психологічний предиктор становлення й розвитку фахівця // Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 5. Т. 2. С. 204–209. 4. Медична психологія : в 2-х т. Т. 1. Загальна медична психологія / [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін.] ; за ред. Г. Я. Пилягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 288 с. 5. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни: хвиля 3. Gradus. Research company. Аналітичний звіт. – січень 2024. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://drive.google.com/file/d/1bROoqHpwTMnDVPR79V5wrm-r9u8tnCb5/view>

Лихно Максим Михайлович

Державне некомерційне підприємство "Державний університет "Київський авіаційний інститут"

Хоменко-Семенова Леся Олексіївна

Державне некомерційне підприємство "Державний університет "Київський авіаційний інститут"

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Проблема навчальної мотивації студентів посідає провідне місце в сучасній психологічній науці та освітній практиці. Мотивація є багаторівневою системою, яка поєднує потреби, цінності, інтереси та установки, що зумовлюють спрямованість і активність навчально-професійної діяльності. Теоретичні дослідження підкреслюють, що навчальна мотивація детермінує не лише академічну успішність, але й формування особистісних якостей майбутнього фахівця (Андрєєв, 2021, с. 42).

У науковій літературі виокремлюють кілька основних підходів до розуміння навчальної мотивації. Представники потребового підходу розглядають її як процес задоволення базових потреб людини у пізнанні, спілкуванні та саморозвитку. Когнітивний підхід акцентує на усвідомленні цілей і завдань, що стимулює навчальну активність і підтримує інтерес до знань. Особистісний підхід зосереджується на ціннісних орієнтаціях та індивідуально-психологічних особливостях студентів (Вайнер, 2019, с. 40; Дзюбанський, 2020, с. 120).

Важливим є також розмежування внутрішньої та зовнішньої мотивації. Внутрішня мотивація ґрунтується на пізнавальному інтересі, прагненні до професійного становлення та самореалізації, що забезпечує стійкість і глибину навчальної діяльності. Зовнішня

мотивація пов'язана з прагненням отримати оцінку, схвалення чи уникнути покарання, і тому має менш тривалий стимулюючий ефект (Роменець, 2017, с. 42). Більшість авторів наголошують, що домінування внутрішньої мотивації є необхідною умовою якісної професійної підготовки (Десі & Райан, 2018).

Значущим аспектом проблеми є взаємозв'язок навчальної мотивації з іншими психологічними характеристиками. Дослідження свідчать, що високий рівень внутрішньої мотивації корелює з академічною успішністю, самоорганізацією, цілеспрямованістю та емоційною стійкістю. Натомість переважає зовнішньої мотивації часто зумовлює поверхове засвоєння знань і зниження інтересу до навчання. Отже, розвиток мотиваційної сфери студентів вимагає цілеспрямованого педагогічного впливу, орієнтованого на формування пізнавальних і професійних мотивів (Андрєєв, 2021, с. 45; Черненко, 2020, с. 117–120).

З метою емпіричного вивчення особливостей навчальної мотивації було проведено дослідження серед 40 студентів віком від 17 до 21 року. Для збору даних застосовано авторську анкету з 14 запитань, спрямованих на виявлення провідних мотивів навчання, чинників, що підтримують чи знижують

мотивацію, а також очікувань студентів від університетської освіти.

Результати анкетування показали, що 52,4% респондентів (22 студенти) зосереджуються виключно на навчанні й не поєднують його з роботою. Третина опитаних (33,3%, 14 студентів) працюють паралельно, але не за спеціальністю, і лише 14,3% (6 осіб) уже мають досвід роботи у сфері психології. Цей факт є важливим, оскільки професійна діяльність безпосередньо за фахом може підвищувати рівень мотивації та сприяти усвідомленню практичної цінності отриманих знань, тоді як робота поза спеціальністю іноді відволікає від навчального процесу.

Щодо причин вибору професії психолога, то вони виявилися переважно внутрішньо вмотивованими. Так, 53,5% студентів (23 особи) назвали основним мотивом бажання допомагати людям, що відображає альтруїстичну спрямованість вибору. Для 23,3% (10 респондентів) визначальним чинником стала зацікавленість психологією як наукою, а для 11,6% (5 студентів) – можливість особистісного зростання й самопізнання. Лише незначна частина (близько 11,6%) обґрунтувала свій вибір зовнішніми факторами – престижністю професії чи порадами оточення. Таким чином, провідним є внутрішньо-ціннісний вибір, який формує основу для подальшої професійної мотивації.

Аналіз провідних мотивів навчальної діяльності продемонстрував, що найбільш значущими для студентів є прагнення до майбутньої професійної реалізації та отримання нових знань (по 34,9%, 15 осіб у кожній групі). Для 23,3% опитаних головним мотивом виступив саморозвиток, що підтверджує орієнтацію на особистісно-ціннісні аспекти

навчання. Натомість зовнішні чинники, як-от оцінки, схвалення викладачів чи матеріальні заохочення, мали мінімальний вплив, що свідчить про домінування внутрішньої мотивації.

Інтерес до навчальних дисциплін виявився нестійким: половина студентів (48,8%, 21 особа) зазначила, що часто відчуває зацікавленість, ще стільки ж (48,8%) відзначили епізодичний інтерес, і лише один респондент (2,4%) зовсім не проявляє зацікавленості до навчального матеріалу. Це свідчить про загалом позитивне ставлення до освітнього процесу, однак стабільність інтересу значною мірою залежить від змісту дисциплін та особливостей викладання.

На запитання про головні очікування від навчання більшість студентів (53,5%, 23 особи) відповіли, що прагнуть здобути професійні знання й практичні навички. Ще по 16,3% (7 студентів) орієнтовані на нові знайомства та особистісний розвиток. Лише 7% (3 респонденти) назвали основною метою отримання диплому. Це підкреслює перевагу внутрішніх і пізнавально-професійних мотивів над формально-зовнішніми.

Оцінка значущості різних аспектів навчання за п'ятибальною шкалою виявила, що першочергове значення для студентів мають практичні навички: 72,1% (31 особа) надали їм максимальну оцінку. Важливим також є отримання глибоких знань – 48,5% (20 осіб) поставили "5" балів, ще 34,8% (15 студентів) – "4". Натомість соціальна складова у вигляді спілкування з одногрупниками посіла допоміжне місце: лише 32,6% (14 осіб) оцінили її на "5", а більшість надала середні оцінки. Це доводить, що міжособистісне спілкування

важливе, але не є ключовим фактором навчальної мотивації.

У цілому результати анкетування показали, що серед студентів-психологів провідною є пізнавально-професійна мотивація, яка виражається у прагненні здобути знання, практичні навички та забезпечити майбутню професійну реалізацію (понад 50–70% респондентів). Важливе місце займають особистісно-ціннісні мотиви, пов'язані із саморозвитком (23,3%). Соціальні (16,3%) та зовнішні мотиви (менше 10%) мають другорядне значення. Таким чином, у студентів переважають внутрішні джерела навчальної активності, що є позитивним чинником формування їхньої професійної ідентичності та майбутньої готовності до практичної діяльності.

Методика А. Реана дала змогу проаналізувати досягальний аспект мотиваційної сфери студентів. Отримані результати свідчать, що більшість опитаних (понад 65%) орієнтовані на досягнення успіху або мають тенденцію до її розвитку. Такі студенти вирізняються активністю та ініціативністю, прагнуть досягати поставлених цілей і готові долати труднощі. Для них характерна наполегливість, самостійність у навчанні та здатність планувати майбутнє.

Водночас близько 15% респондентів мають невизначену мотиваційну установку, що поєднує орієнтацію як на успіх, так і на уникнення невдач. Для цієї групи властива нестійкість: у разі труднощів їхня мотивація швидко знижується, а невдачі часто переоцінюються. Це свідчить про потребу у додатковій психологічній підтримці з боку викладачів.

Приблизно 15% студентів виявили виражену мотивацію уникнення невдач. Вона

супроводжується низькою впевненістю у собі, схильністю до пасивності та підвищеною тривожністю. Такі студенти потребують цілеспрямованої психокорекційної роботи, яка б сприяла розвитку стратегій подолання труднощів, формуванню впевненості та переорієнтації їхньої мотивації на досягнення успіху.

Методика Т. Ільїної на вивчення мотивації навчання у ЗВО дала можливість оцінити співвідношення трьох основних мотивів навчання: здобуття знань, оволодіння професією та отримання диплому. Результати показали переважання внутрішньої пізнавальної мотивації: майже 40% студентів навчаються насамперед задля розширення знань і задоволення пізнавальної потреби.

Друге місце посів мотив оволодіння професією (35,4%), що свідчить про наявність у студентів прагнення до професійної реалізації та орієнтації на практичне застосування знань. Найменш вираженим виявився мотив отримання диплому (26,5%), що відображає низький рівень зовнішньої мотивації серед більшості опитаних. Водночас виділилася група студентів з невизначеною мотивацією, для яких жоден із мотивів не став провідним. Це може бути пов'язано з труднощами у професійному самовизначенні чи недостатнім усвідомленням цінності навчання. Такі студенти потребують додаткової підтримки у формі профорієнтаційних консультацій, індивідуальної психологічної роботи та участі у мотиваційних тренінгах.

Навчальна мотивація студентів-психологів має багаторівневу структуру, в якій поєднуються внутрішні (пізнавальні, професійні, ціннісні) та зовнішні (соціальні, інституційні, матеріальні)

чинники. Провідну роль відіграють внутрішні мотиви – інтерес до знань, прагнення до саморозвитку та професійної самореалізації. Водночас певне значення мають і соціальні аспекти: підтримка викладачів, сприятлива

навчальна атмосфера, взаємодія з одногрупниками. Зовнішні стимули (оцінки, стипендія тощо) виконують допоміжну функцію, підсилюючи вже наявну внутрішню мотивацію.

Список використаних джерел: 1. Андреев, О. І. (2021). Психологічні особливості професійної мотивації у студентів-психологів. Вісник психології і соціальної педагогіки, (3), 42–49; 2. Вайнер, Б. (2019). Трагування атрибуцій як фактор мотивації. Американський психологічний огляд, 56(1), 40–49; 3. Десі, Е., & Райан, Р. (2018). Психологія самодетермінації: автономія та мотивація. Львів: Світ; 4. Дзюбанський, В. І. (2020). Рефлексивність як механізм мотивації професійного становлення. Український психологічний журнал, (2), 120–128; 5. Черненко, О. (2020). Практика як мотиваційний чинник у підготовці психологів. Педагогічний альманах, (6), 117–125.

Маркіна Софія Ігорівна

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Кременчуцька Маргарита Костянтинівна

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

РЕСУРСНІСТЬ І САМОДОПОМОГА ПСИХОЛОГІВ У ВОЄННИЙ ЧАС: РОЛЬ ЖИВИХ ЗУСТРІЧЕЙ ТА ВЛАСНОЇ ТЕРАПІЇ

У розпал війни психологи-практики опинилися в ситуації "спільної травми", коли вони одночасно допомагають травмованим клієнтам і переживають ті самі потрясіння війни. Це призводить до небезпечних професійних явищ: професійного вигорання, що проявляється передусім як емоційне виснаження, а також вторинної травматизації – накопичення травматичного стресу через роботу з чужими травматичними історіями. Дослідження фокус-груп українських психотерапевтів у зонах бойових дій зафіксувало головний негативний наслідок такого становища – "компасійна втома" (співчутливе виснаження), що поєднує вигорання та вторинну травматизацію (Leshem et al., 2025). Домінантними чинниками ризику були відчуття браку підтримки – дефіцит міжособистісної та професійної підтримки з боку колег і спільноти. Паралельно деякі фахівці, попри все, знаходять у цій ситуації й позитивні моменти: підвищення професійної ідентичності через усвідомлення важливості своєї ролі, compassion satisfaction (задоволення від здатності допомагати) та елементи професійного зростання навіть на тлі спільної травми. Це узгоджується зі спостереженнями, що за умов війни багато психологів черпають сили в почутті обов'язку перед суспільством та в національній єдності, що дещо підвищує їхню стійкість.

Разом із тим, емпіричні дані останніх років сигналізують про масштаб проблеми. Згідно з опитуваннями, вже в перші місяці широкомасштабного вторгнення близько двох третин українських фахівців психічного здоров'я повідомляли про симптоми вигорання. Зокрема, у дослідженні Pinchuk та співавт. (2022) 68% практиків психологічних служб зазначили виражені ознаки емоційного та фізичного виснаження, тривоги й депресивності. Це не дивно, адже "психолог у війні" нерідко сам стає свідком обстрілів, втрат і руйнувань, тобто переживає травматичні події нарівні з клієнтами. У таких умовах відбувається стирання меж між професійним і особистим: виникає феномен "спільної травматичної реальності", коли і терапевт, і клієнт належать до однієї травмованої спільноти (Leshem et al., 2025). Водночас окремі опитування вказують, що не всі психологи повністю "вигорають": багато хто зберігає помірний рівень стресу. Так, у вибірці із 137 українських спеціалістів середні показники вигорання та вторинної травматизації залишалися на відносно низько-середньому рівні, а показник compassion satisfaction був високим (Kostova et al., 2025). Автори пов'язують це з наявністю в частини респондентів ефективних навичок і стратегій подолання стресу та позитивним ставленням до доказових методів роботи, що слугувало

захисним фактором. Отже, навіть в умовах хронічної небезпеки можлива професійна стійкість – за належних умов підтримки.

Ключовим чинником збереження ресурсності фахівців є наявність підтримки та систем самопомоги. Доведено, що активні стратегії самозахисту й опори на соціальну підтримку виконують роль протектора, що убезпечує психолога від руйнівних наслідків стресу. Війна оголила потребу в тому, щоб психологічна спільнота впроваджувала формати "живих зустрічей" – очних контактів, де спеціалісти можуть відкрито обговорити свої труднощі, емоції та професійні дилеми. Такі зустрічі виконують кілька функцій. Інтерв'язійні групи (зустрічі рівних за статусом колег для обговорення випадків) дозволяють ділитися досвідом у безпечній атмосфері. Супервізія – регулярний нагляд і наставництво більш досвідченого фахівця – забезпечує і емоційну розрядку, і професійне зростання, допомагаючи попередити помилки та етичні ризики. Нещодавні роботи підтверджують, що часта якісна супервізія помітно знижує рівень емоційного виснаження у терапевтів (Tragantzopoulou et al., 2024). Балінт-групи, традиційно впроваджені для лікарів, успішно адаптовані й у сфері психотерапії. Учасники таких груп у дослідженнях відзначали зниження вигорання, зменшення тривожності та стресу, а також "побічний ефект" – зміцнення професійної ідентичності й емпатії (Kannai et al., 2024). Нарешті, формат Schwartz Rounds – регулярні міждисциплінарні обговорення емоційних аспектів роботи – демонструє позитивний вплив: відкритість у колі колег зменшує відчуття ізоляваності та покращує самопочуття персоналу (Blosser et al., 2021). Особлива

цінність очних зустрічей полягає в ефекті живої присутності: невербальна підтримка, атмосфера групової згуртованості й довіри значно сильніше проявляються при фізичному контакті, що підсилює терапевтичний ефект.

Окрім групових форматів, невід'ємною частиною професійної гігієни є власна терапія психолога. Війна актуалізувала цей аспект як ніколи: коли терапевт одночасно переживає травматичні події, особиста психотерапія стає для нього простором безпеки і рефлексії. На відміну від інтерв'язії чи супервізії, де в центрі уваги переважно клієнт і робочі ситуації, власна терапія зосереджена на особистості самого психолога, його внутрішніх ранах і реакціях. Досвід показує, що своєчасне звернення до особистої терапії – потужний ресурс самопомоги. Це можливість опрацювати власні травматичні переживання війни, що знижує ризик "переносу" невирішених емоцій у роботу з клієнтами. Терапевт, побувавши в ролі клієнта, підвищує самоусвідомлення, краще розуміє власні вразливі місця, тригери та межі витривалості. Як показують інтерв'ю з практикуючими психотерапевтами, більшість з них назвали досвід особистої терапії одним із найважливіших факторів свого професійного розвитку та стійкості. Таким чином, власна терапія виконує і профілактичну, і розвивальну функції для психолога, особливо в умовах хронічного стресу.

Висновки. У воєнний час психологічна спільнота потребує системних форматів підтримки та самопомоги. Живі зустрічі у різних форматах – від інтерв'язій до Балінт-груп і Schwartz Rounds – мають стати невід'ємною частиною професійного життя консультанта. Вони знижують рівень емоційного виснаження і

вторинної травматизації, підсилюють відчуття спільноти й професійну ідентичність. Власна терапія забезпечує глибинний ресурс, дозволяє "зцілити рани лікаря" і перетворити травматичний досвід на фактор

посттравматичного зростання. Для України це означає створення надійного "психологічного тилу": лише стійкий і ресурсний фахівець здатний ефективно допомагати іншим у тривалій кризі.

Список використаних джерел: 1. Leshem, B., Zasiakina, L., Guterman, N. B., & Pat-Horenczyk, R. (2025). Shared traumatic reality during the continuous war in Ukraine and the protective role of transgenerational transfer: Voices of mental health professionals. *Journal of Community Psychology*, 53(1), e23161. <https://doi.org/10.1002/jcop.23161>; 2. Pinchuk, I., Goto, R., Pimenova, N., Kolodezhny, O., & Guerrero, A. (2022). Mental health of helpline staff in Ukraine during the 2022 Russian invasion. *European Psychiatry*, 65(S1), e2306. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2306>; 3. Tragantzopoulou, P., Giannouli, V., Filippou, A., & Demirtzidou, M. (2024). Burnout and coping strategies in integrative psychotherapists: Findings from qualitative interviews. *Healthcare*, 12(18), 1820. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181820>; 4. Kannai, R., Krontal, S., Freud, T., & Biderman, A. (2024). Balint groups: An effective tool for improving health professionals' perceived well-being. *Israel Journal of Health Policy Research*, 13, 31. <https://doi.org/10.1186/s13584-024-00618-8>; 5. Kostova, Z., Pfeiffer, E., & Garbade, M. (2025). "What doesn't kill you makes you stronger"—Professional quality of life in Ukrainian mental health care professionals during the ongoing war. *Traumatology*, 31(2), 153–162. <https://doi.org/10.1037/trm0000432>

**PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF MILITARY PERSONNEL:
CLINICAL PROTOCOLS AND CHALLENGES**

Psychological rehabilitation of military personnel who have participated in combat operations is a critically important component of the mental health system during wartime. Since 2022, Ukraine has seen a sharp increase in demand for effective clinical protocols that consider the specifics of combat trauma, cultural context, and resource limitations. According to the Ministry of Defense of Ukraine, the number of military personnel diagnosed with stress-related neurological disorders is gradually increasing. Currently, 29% of these illnesses are classified as post-traumatic stress disorder (PTSD), and this figure is expected to continue rising (Ministry of Defense of Ukraine, 2024).

This study analyzes current approaches to psychological rehabilitation, including strategic directions outlined by the Main Directorate of Moral and Psychological Support of the Armed Forces of Ukraine (Ministry of Defense of Ukraine, 2025), as well as international practices adapted to Ukrainian realities (Lavreniuk & Kuleshova, 2024). The key components of effective rehabilitation include:

- psychoeducation, which helps service members understand the nature of psychological reactions to trauma;
- cognitive-behavioral therapy (CBT), which addresses destructive beliefs and behavioral patterns;
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), which has shown high efficacy in treating PTSD;
- group therapy with elements of body-oriented practices, which promotes social integration and reduces isolation;
- art therapy and narrative approaches, which allow traumatic experiences to be processed through symbolic expression;
- mindfulness-based stress reduction (MBSR), which improves emotional regulation and reduces hyperarousal symptoms.

According to the Research Center for Humanitarian Issues of the Armed Forces of Ukraine, successful rehabilitation requires a multidisciplinary approach involving psychologists, psychiatrists, social workers, medical professionals, and volunteers. A shift from crisis response to long-term support is also essential. This approach allows for the identification of delayed trauma responses and timely intervention. Peer support programs, where veterans assist fellow service members, have also shown promise in building trust and reducing isolation (Prykhodko, I., Matsegora, Y., & Baida, M. 2023). However, the implementation of rehabilitation protocols faces several challenges:

- a shortage of qualified professionals, especially in regions close to combat zones. Many

psychologists lack specialized training in working with combat trauma;

- high level of stigma surrounding mental disorders among military personnel, which hinders help-seeking behavior. Psychological support is often perceived as a sign of weakness;
- insufficient integration of psychological care into the broader medical rehabilitation system. Mental health support is frequently treated as secondary rather than essential;
- limited access to digital tools that could provide remote support, particularly for veterans in rural areas or abroad;
- a lack of systematic monitoring of rehabilitation program effectiveness, which complicates the scaling of successful practices;
- fragmentation of services and lack of continuity between military and civilian mental health systems.

Special attention should be given to digital tools that can complement traditional therapy. Mobile apps for self-monitoring, online platforms for group therapy, and telemedicine consultations expand access to psychological care. However, their use requires clear ethical standards, data protection, and improved digital literacy among professionals. Artificial intelligence-based screening tools may also assist in early detection of mental health risks and further flexible protocols creation, as adaptive therapeutic scenarios that change depending on the patient's condition, reactions, progress, and context. The neural

networks could be used for therapeutic methods prediction, language models to automatically generate interventions, and the development of AI-based interfaces for self-help and remote therapy.

In the context of supporting and restoring the psycho-emotional state of military personnel and veterans, there is a need to develop and constantly update approved clinical rehabilitation protocols based on modern technologies and methodologies relevant to the problem. It is also important to consider cultural factors, gender aspects, and individual client needs, as service members may face double stigmatization. Protocols must be flexible, inclusive, and person-centered. Additionally, the needs of service members with disabilities should be addressed through adapted therapy formats. Family involvement in the rehabilitation process is another critical factor, as reintegration into civilian life often depends on the support of close relatives. Psychoeducational programs for families can reduce secondary trauma and improve outcomes.

Psychological rehabilitation of military personnel is not only a clinical but also a social challenge. Its effectiveness depends on the availability of adapted protocols, interagency coordination, digital support, and society's willingness to accept military personnel and veterans with respect for their experiences and readiness to support. Future research should focus on evaluating long-term rehabilitation outcomes, developing innovative support models, and shaping new ethics of trauma work.

References: 1. Lavreniuk, Y., & Kuleshova, O. (2024). An integrated approach to medical and psychological rehabilitation of military personnel. *Scientific Notes. Series: Psychology*, (2), 112–125. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-11>; 2. Ministry of Defense of Ukraine. (2025, May 21). Психологічна реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України. <https://www.zsu.gov.ua/news/psychologichna-reabilitaciya-vijskovosluzhbovcziv-zbrojnyhsyl-ukrayiny>; 3. Prykhodko, I., Matsegora, Y., & Baida, M. (2023). Psychological recovery of Ukrainian military personnel after a long participation in hostilities. *Honor and Law*, 4(87), 123 – 134. <https://doi.org/10.33405/2786-5274/2023/4/87/295208>

ЗВ'ЯЗОК ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРУЖНОСТІ З ПОЗИТИВНИМ РЕЛІГІЙНИМ КОПІНГОМ У ДОБРОВОЛЬЦІВ-ВЕТЕРАНІВ

У критичних ситуаціях серед найбільш значущих соціально-психологічних ресурсів для людей постають підтримка з боку сім'ї, звернення до релігії і церкви. У важких життєвих ситуаціях люди часто знаходять спокій і підтримку у своїх релігійних або духовних віруваннях / переконаннях, зокрема звернення до релігійного копінгу значно зростає у разі серйозної хвороби або наближення смерті (Teteh et al., 2020).

Релігійний копінг визначається дослідниками як звернення до релігії, коли людина переживає життєві труднощі, шукає соціальної підтримки в групі людей з єдиною вірою (Szcześniak et al., 2020). Вчені розглядають релігійний копінг як адаптивний когнітивний варіант копінгу, який включає форми мислення, спрямовані на оцінку труднощів у порівнянні з іншими життєвими подіями. Релігійний копінг включає різні практики подолання важких стресових подій і криз: через стосунки між особою і Богом; через власну систему цінностей, переконань, намірів і дій; через спілкування з членами своєї релігійної спільноти.

Наша мета – визначити особливості зв'язку психологічної пружності з позитивним релігійним копінгом у добровольців-ветеранів.

Емпіричне дослідження було проведено протягом 2023-2025 років.

В емпіричному дослідженні взяли участь 307 добровольців-ветеранів чоловічої статі (162 особи молодого віку і 145 осіб середнього віку). При формуванні цільової вибірки респондентів нами враховано стать, вік, національність, статус

учасника дослідження, регіон постійного проживання до російсько-української війни, основний рід занять, сповідання віри/релігії.

Нами було застосовано такі методи емпіричного дослідження: *опитувальник релігійного копінгу* (Brief-RCOPE) (автори: K. Pargament, M. Feuille, D. Burdzy (2011), адаптація українською мовою: С. Л. Кравчук); *методика "Діагностика психологічної пружності особистості"* (авторка: С. Л. Кравчук); *тест життєстійкості* (автор: С. Мадді, адаптація українською мовою: О. Чиханцова); *дослідницька анкета "Діагностика ставлення до життя"* (авторка: С. Л. Кравчук); *шкала психологічного благополуччя* (авторка: К. Ріфф, адаптація українською мовою: С. Карсканова); *симптоматичний опитувальник* (автор: Л. Дерогатіс, адаптація українською мовою: С. Дембицький, Ю. Серєда); *опитувальник "Шкала глибинної готовності до пробачення"* (автори: L. Y. Thompson, C. R. Snyder, L. Hoffman, S. T. Michael, H. N. Rasmussen, L. S. Billings, L. Heinze, J. E. Neufeld, H. S. Shorey, J. C. Roberts, D. E. Roberts, адаптація українською мовою: Е. Л. Носенко, А. В. Сокур); *шкала диспозиційної надії* (автори: M. Snyder, C. Harris, J. R. Anderson, S. A. Holleran, L. M. Irving, S. T. Sigmon, P. Harney, адаптація українською мовою: К. Муздибаєв); *опитувальник посттравматичного зростання* (автори: R. Tedeschi, L. Calhoun, адаптація українською мовою: Д. С. Зубовський); *методика "Діагностика міжособового непростення в*

близьких стосунках" (автори: М. Е. McCullough, К. С. Rachal, S. J. Sandage, E. L. Worthington, S. W. Brown, T. L. Hight, в адаптації С. Л. Кравчук).

Нами було застосовано такі методи математичної статистики: критерій узгодженості Колмогорова-Смірнова; кореляційний аналіз за коефіцієнтом кореляції Ч. Спірмена, факторний аналіз, медіаційний аналіз.

У ході емпіричного дослідження за критерієм Колмогорова-Смірнова всі змінні мали z -значення з рівнями значущості $p < 0,05$, що свідчить про статистично значущі відхилення розподілу значень змінних від нормального. З огляду на це, для проведення кореляційного аналізу було обрано коефіцієнт кореляції Ч. Спірмена.

Розглянемо конфігурацію зв'язків психологічної пружності з індивідуально-психологічними характеристиками в групі добровольців-ветеранів. Нами використовувався метод головних компонент з подальшим обертанням факторної структури з використанням критерія варімакс.

В факторний аналіз було включено такі змінні: психологічна пружність, позитивний релігійний копінг, задоволеність життям останнім часом, відчуття щастя, надія, розуміння важливості своєї діяльності у житті, сприяння добру у будь-яких обставинах, задоволеність своїми дружніми та близькими стосунками, задоволеність стосунками з іншими людьми, щасливе сімейне життя, готовність до самопрощення, тривога, депресія, життєстійкість, посттравматичне зростання, доброзичливість, уникання, помста.

В групі добровольців-ветеранів, які брали активну участь в бойових діях, згідно результатам факторного аналізу, було виокремлено чотири фактори, які пояснюють 62,7 відсотків загальної

дисперсії змінних. Критерій адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна становить 0,81; критерій сферичності Бартлетта $p < 0,001$. Обидва критерії свідчать про достатню адекватність факторного аналізу. При інтерпретації факторів як суттєві розглядалися факторні навантаження більші за 0,30 за абсолютною величиною.

У добровольців-ветеранів були виокремлені такі фактори: 1) психологічна пружність, задоволеність життям, життєстійкість; 2) готовність до самопрощення, доброзичливість, психологічна пружність; 3) релігійний копінг, сприяння добру, психологічна пружність; 4) депресія і тривога.

В емпіричному дослідженні привертає увагу позитивний зв'язок між позитивним релігійним копінгом і психологічною пружністю у добровольців-ветеранів ($p = 0,34$, $p < 0,001$). Чим більше добровольці-ветерани схильні до релігійного копінгу, тим більшою мірою вони схильні до збереження в критичних ситуаціях стабільного рівня психологічного і фізичного функціонування, успішної адаптації до несприятливих змін.

Результати медіаційного аналізу свідчать, що у добровольців-ветеранів надія була значущим медіатором між релігійним копінгом і психологічною пружністю (Estimate=0,0890; SE=0,0351; $Z=2,53$; $p=0,011$). Прямий ефект впливу релігійного копінгу на психологічну пружність виявився позитивним і значущим (Estimate=0,1664; SE=0,0728; $Z=2,29$; $p=0,022$). Загальний ефект також був позитивним і значущим (Estimate=0,2554; SE=0,0708; $Z=3,61$; $p < 0,001$).

В емпіричному дослідженні виявлено значущі явно виражені зворотні кореляції позитивного релігійного копінгу з тривогою ($p = -0,38$, $p < 0,001$) і

депресією ($p=0,42$, $p<0,001$) у добровольців-ветеранів.

У добровольців-ветеранів виявлено також позитивні значущі зв'язки посттравматичного зростанням з позитивним релігійним копінгом ($p=0,46$, $p<0,001$), психологічною пружністю ($p=0,43$, $p<0,001$), надією ($p=0,38$, $p<0,001$), життєстійкістю ($p=0,36$, $p<0,001$).

Наші результати стосовно виявленого позитивного зв'язку релігійного копіngu з психологічною пружністю підтверджуються результатами досліджень інших науковців. Позитивний релігійний копінг постає важливим захисним фактором від стресових подій (Carroll et al., 2020). Результати деяких зарубіжних емпіричних досліджень (Imperatori et al., 2020) показують, що релігійний копінг пов'язаний з позитивними результатами як для фізичного, так і для психічного здоров'я. Релігійний копінг позитивно корелював із задоволеністю життям (Szcześniak et al., 2020). Релігія/духовність позитивно корелювали із благополучними міжособовими стосунками, психічним здоров'ям і психологічним благополуччям (Oman & Lukoff,

2018). Позитивний релігійний копінг пов'язаний з нижчими шансами появи гіпертонії (Teteh et al., 2020).

Таким чином, у добровольців-ветеранів виявлено позитивний зв'язок між позитивним релігійним копінгом і психологічною пружністю. У добровольців-ветеранів надія є значущим медіатором між релігійним копінгом і психологічною пружністю.

У добровольців-ветеранів посттравматичне зростання позитивно пов'язано з позитивним релігійним копінгом, психологічною пружністю, надією, життєстійкістю.

Позитивний релігійний копінг відіграє важливу роль у подоланні складних життєвих обставин, сприяючи формуванню глибших і духовно збагачених переживань.

Надія, стратегії формування психологічної пружності та позитивний релігійний копінг мають значний терапевтичний потенціал, профілактичне, реабілітаційне значення, виступають основою для подальшого розвитку актуальних ресурсів у психологічному консультуванні і психотерапевтичному процесі.

Список використаних джерел: 1. Carroll, N., Sadowski, A., Laila, A., Hruska, V., Nixon, M., Ma, D. W., Haines, J. (2020). The Impact of COVID-19 on Health Behavior, Stress, Financial and Food Security among Middle to High Income Canadian Families with Young Children. *Nutrients*, 12(8), e2352. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu12082352>. 2. Imperatori, C., Bersani, F. S., Massullo, C., Carbone, G. A., Salvati, A., Mazzi, G. (2020). Neurophysiological correlates of religious coping to stress: a preliminary EEG power spectra investigation. *Neuroscience Letters*, 728, e134956. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2020.134956>. 3. Oman, D., & Lukoff, D. (2018). Mental health, religion, and spirituality. *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources* / Ed. D. Oman. Springer International Publishing. P. 225–243. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_13. 4. Szcześniak, M., Kroplewski, Z., & Szalachowski, R. (2020). The mediating effect of coping strategies on religious/spiritual struggles and life satisfaction. *Religions*, 11, e195. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel11040195>. 5. Teteh, D. K., Lee, J. W., Montgomery, S. B., Wilson, C. M. (2020). Working Together with God: Religious Coping, Perceived Discrimination, and Hypertension. *Journal of Religion & Health*, 59(1), 40–58. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00822-w>.

Кудріна Тетяна Семенівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Козловська Олександра Євгенівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: КОГНІТИВНО-КОНСТРУКТИВІСТСЬКИЙ ПІДХІД ДО ОСМИСЛЕННЯ БОЙОВОГО ДОСВІДУ

Посттравматичне зростання у військовослужбовців варто розглядати як процес смислової реконструкції досвіду, у якому травма не лише порушує когерентність автобіографічної пам'яті, а й запускає глибоке переосмислення цінностей, цілей та переконань щодо світу. Когнітивно-конструктивістський підхід, розвинутий у працях Р. Німейєра, виходить із припущення, що адаптація до втрати залежить від здатності інтегрувати подію в особистий наратив, "переписуючи" історію "Я" так, щоб вона знову стала внутрішньо узгодженою й цілеспрямованою (Neimeyer, 2006).

В свою чергу, бойовий досвід є унікальним серед усіх типів травматичного досвіду, адже він є типовим для людей у мирний час. Масштаб втрат, повторюваність небезпеки, моральні дилеми, переживання провини за виживання, а також свідчення смерті побратимів формують особливу структуру травматичного впливу. Такий досвід не обмежується тільки "зовнішньою" подією, він вкорінюється у свідомості, змінює систему базових переконань про контроль, справедливість, безпеку світу та власну цінність (Janoff-Bulman, 1992). Для військових характерним є водночас колапс і народження сенсу. Тобто втрата попередніх смислів супроводжується пошуком нових: у служінні, відповідальності, братерстві,

спільноті, ідеї боротьби. Таким чином, травма стає точкою перелому світогляду, а посттравматичне зростання формує нове переосмислення зв'язку між болем і життям.

Як свідчать дослідження, центральним механізмом, що відрізняє хронічний дистрес від резилієнтності, є саме здатність до смислотворення, у якому травматичний досвід отримує місце в особистій історії (Curtier, Holland, & Neimeyer, 2006). Надаючи значення будь-якій події, людина не обов'язково сприймає її як "доброу" чи "виправдану", але інтегрує її у власну ідентичність, робить її частиною життєвого шляху. Натомість неможливість знайти сенс у втраті або смерті породжує внутрішню фрагментацію — відчуття відчуження, порожнечі, нескінченне коло румінацій, що ускладнює природний процес адаптації. Окрім того, думки, які формуються під впливом тих чи інших життєвих втрат запускають румінаційні цикли, що тільки підкріплюють дисфункційні переконання.

На рівні нейропсихології підтверджено, що реактивація спогадів про померлого або травматичну подію залучає структури мозку, пов'язані з конструюванням автобіографічної пам'яті (Gundel et al., 2003). Це в свою чергу означає, що переживання втрати — це не лише емоційний процес, але й когнітивна робота інтеграції. Психіка намагається "вплести" подію

у структуру життя та сформувані нові правила життя. Саме цей процес відновлення смислової когерентності є центральним у конструктивістському розумінні посттравматичного зростання.

Клінічна модель складного горя (complicated grief) дозволяє виокремити три основні механізми порушень, які мають різну вагу в структурі переживання втрати. Йдеться про дефіцит інтеграції втрати в автобіографічну пам'ять, глобально негативні переконання щодо себе, світу та майбутнього, а також про уникання (Boelen, van den Hout, & van den Bout, 2006). Проте варто зробити акцент на тому, що ці механізми не є рівнозначними. Всі вони взаємодіють між собою, але саме смислова інтеграція втрати видається центральною умовою адаптації, тоді як переконання й уникання радше виступають наслідками або формами захисного реагування на її відсутність. Досвід показує, що зміна переконань без осмислення втрати є поверховою. Уникання може тимчасово зменшити біль, але блокує глибинну трансформацію. Саме тому конструктивістська терапія зосереджується не на зміні думок, а на створенні простору, де можна реконструювати особисту історію, а саме переказувати, створювати нові символи та шукати нові смисли.

Якщо ми говоримо про військовослужбовців, то для них важливим елементом стає феномен "триваючого зв'язку" (continuing bonds) із загиблими. На відміну від класичних уявлень про необхідність "відпустити" померлого, сучасні підходи визнають, що підтримання внутрішнього зв'язку може бути адаптивним, якщо воно спирається на осмислення (Neimeyer, 2006). У цьому зв'язку

пам'ять про загиблих побратимів стає не джерелом фіксації, а ресурсом ідентичності — моральним орієнтиром, внутрішнім кодексом честі, формою продовження спільності. Тобто військовослужбовці вбачають у цьому саме сенс спільності, що і дає можливість перетворити біль на носія смислу, а зв'язок на джерело сили.

Терапевтична робота в когнітивно-конструктивістській парадигмі поєднує два виміри: емоційний та смисловий. Психолог або психотерапевт має створити безпечне місце для прийняття почуттів втрати, а також підґрунтя для поступового занурення в болучі епізоди, щоб допомогти людині побачити, як подія проявляється у її історії життя. У роботі з військовими ефективними є методи керованої наративної експозиції. Вона включає у себе написання листів до загиблих, формування "лінії часу", створення метафор, які символізують зростання або відновлення. Такі практики дозволяють військовослужбовцям переосмислити свій досвід, зменшити дистрес та сформувати нові коупінг-стратегії.

Важливо пам'ятати, що варто уникати редукції посттравматичного зростання до поверхового "оптимізму". Бо це, по-перше, є ілюзія чогось нереального. По-друге, це не допомагає формувати правильні коупінг-стратегії. По-третє, варто розуміти, що це не позитивне мислення у звичному сенсі, а складний процес, який передбачає визнання болю, інтеграцію втрати та поступове формування нових орієнтирів. Людина, що пройшла через бойову травму, не може повернутися до колишнього стану, адже це просто неможливо після переживання усього болю, відчаю та втрат. Вона створює нову версію себе, де біль і відповідальність

співіснують із новим відчуттям сенсу, свободи й духовної зрілості.

Таким чином, когнітивно-конструктивістський підхід дозволяє побачити посттравматичне зростання як результат активної роботи свідомості з переосмислення досвіду, як процес, у якому особистість не лише

долає травму, а й творить нову життєву структуру. Цей підхід відкриває шлях до терапевтичних інтервенцій, орієнтованих на смислотворення, реконструкцію життєвої історії та підтримку морального відновлення військових.

Список використаних джерел: 1. Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109–128; 2. Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30(5), 403–428; 3. Gundel, H., O'Connor, M.-F., Littrell, L., Fort, C., & Lane, R. D. (2003). Functional neuroanatomy of grief: An fMRI study. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1946–1953; 4. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. Free Press; 5. Neimeyer, R. A. (2006). Complicated grief and the quest for meaning: A constructivist contribution. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 52(1), 37–52.

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ БОЙОВИХ ДІЙ

Посттравматичне зростання (ПТЗ, *posttraumatic growth*, PTG) є феноменом позитивних психологічних змін, що виникають у результаті боротьби з травматичними подіями, такими як бойові дії. Воно включає посилення особистої сили, покращення стосунків з іншими, нове оцінювання життя, відкриття нових можливостей та духовний розвиток. Для військовослужбовців, які повертаються з зони бойових дій, ПТЗ є важливим аспектом адаптації, оскільки дозволяє перетворити травматичний досвід на джерело особистісного зростання. Дослідження показують, що ПТЗ поширене серед ветеранів: від 50% до 63% травмованих військовослужбовців повідомляють про помірний або високий рівень зростання, особливо серед тих, хто страждає від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Mark et al., 2021). Актуальність теми зумовлена сучасними конфліктами, де військовослужбовці стикаються з високим ризиком травм, що призводить до ПТСР у 10-20% випадків, але також може сприяти позитивним змінам. Метою цієї тези є аналіз психологічних чинників формування ПТЗ, їх ролі в адаптації та рекомендації щодо інтервенцій.

Теорія ПТЗ, запропонована Tedeschi та ін. (1996, 2004), базується на концепції "розбитих припущень" (*shattered assumptions theory*)²², де

травма порушує базові переконання про світ (як добрий і справедливий), себе (як гідного) та події (як осмислені). Це викликає когнітивний дисонанс і дистрес, що спонукає до свідомої когнітивної переробки (*deliberate rumination*), реконструкції світогляду та зростання. У військовому контексті травма включає не лише одиночні події, а й хронічний стрес, моральні травми та втрати, що робить ПТЗ трансформаційним процесом, відмінним від резилієнтності (повернення до базового рівня) (Tedeschi et al., 2018). ПТЗ вимірюється за допомогою Посттравматичного інвентаря зростання (PTGI), що охоплює п'ять доменів: оцінювання життя, стосунки, особиста сила, нові можливості та духовність.

Дослідження військових популяцій підтверджують, що ПТЗ співіснує з ПТСР, але не є його протилежністю: воно виникає з боротьби з симптомами, такими як інтрузії та уникнення. Криволінійний зв'язок (інвертований U) між тяжкістю ПТСР і ПТЗ вказує, що помірний рівень симптомів оптимальний для зростання, тоді як низький або високий – перешкоджає (Morgan et al., 2019).²³ Теорія також інтегрує моделі, як "героїчний шлях" (*hero's journey*), де страждання веде до трансформації, та ідеї Франкла про пошук сенсу в стражданні.

²² Концепція "розбитих припущень" первинно запропонована Ronnie Janoff-Bulman (1992).

²³ Варто зауважити, що такий зв'язок не реплікується у всіх вибірках, тож можемо говорити про модератор-залежність вказаних автором результатів.

Формування ПТЗ у військовослужбовців залежить від взаємодії індивідуальних, соціальних та травматичних факторів. Серед ключових психологічних чинників – оптимізм, як стійка риса позитивних очікувань, що полегшує когнітивну переробку травми та передбачає зростання в сприйнятті себе, соціальної підтримки та сенсу життя. У дослідженні національної гвардії США оптимізм значно передбачав загальне зростання після деплояції в Афганістан, підвищуючи шанси на 1,46 рази порівняно з групами спаду (Pietrzak et al., 2021).

Інший чинник – симптоми ПТСР, зокрема інтрузії (внутрішні та зовнішні), що слугують каталізатором для румінації. Помірна тяжкість симптомів (PCL-5 31-51) асоційована з найвищим ПТЗ, пояснюючи 11-8% варіації, тоді як уникнення та анегонія також сприяють, але негативні емоції – ні (Morgan et al., 2019). Релігійність та духовність є сильними предикторами: внутрішня релігійність (особиста відданість вірі) пояснює 15% варіації ПТЗ, сприяючи переоцінці та сенсоутворенню, тоді як відвідування служб – 5% (Morgan et al., 2019).

Особистісні риси, як екстраверсія (2,3% варіації), емоційна стабільність (0,9%), допитливість (7,6%) та альтруїзм (1,6%), посилюють ПТЗ через адаптивну переробку. Навпаки, невротизм зменшує. Соціальна підтримка та пов'язаність є найсильнішим предиктором, полегшуючи емоційне розкриття, але її роль взаємна: ПТЗ може посилювати підтримку (Tedeschi et al., 2018). Румінація переходить від інтрузивної до свідомої, що є ключем до реконструкції схем. Уникнення копінгу негативно впливає, але в деяких дослідженнях не є значущим.

Травматичні чинники, як кількість деплояцій та тяжкість експозиції (свідчення втрат, небезпека), позитивно корелюють з ПТЗ ($\beta=0,23$), але криволінійно: проміжна інтенсивність оптимальна (Mark et al., 2021). Демографічні фактори: молодший вік, жінки, вища освіта та етнічні меншини асоційовані з вищим ПТЗ.

Інтервенції на основі ПТЗ фокусуються на значенні та переробці, доповнюючи лікування ПТСР. Адаптивна терапія розкриття (Adaptive Disclosure Therapy) для військових зменшує симптоми ПТСР, депресію та негативні оцінки, сприяючи ПТЗ через експозицію та розбір моральних травм (Tedeschi et al., 2018). Когнітивно-поведінкова терапія та терапія прийняття та відповідальності посилюють румінацію та сенсоутворення, модеруючи вплив ПТСР на функціонування.

Програми, як "експерт-супутник" (expert companion), де терапевт підтримує клієнта в пошуку зростання без нав'язування, ефективні. Рекомендації включають інтеграцію релігійного копінгу, тренування оптимізму та соціальної підтримки в пост-деплойментні програми. Дослідження показують, що ПТЗ асоційоване з кращим ментальним, когнітивним та психосоціальним функціонуванням (β [0,15-0,24]), модеруючи негативний вплив ПТСР (Tsai et al., 2019). Майбутні інтервенції повинні бути персоналізованими, враховуючи траєкторії зростання (зростання в 11%, резилієнтність у 39%).

Психологічні чинники, як оптимізм, помірні симптоми ПТСР, релігійність, особистісні риси та свідомі румінації, є ключовими для формування ПТЗ у військовослужбовців, перетворюючи травму на зростання. Вони

буферизують негативні ефекти та покращують якість життя. Рекомендації: впроваджувати інтервенції на основі сенсоутворення в реабілітацію, зменшувати стигму та вивчати лонгітюдні механізми для оптимізації підтримки ветеранів (Tsai et al., 2016).

Список використаних джерел: 1. Mark, K. M., et al. (2021). Post-traumatic growth in the military: a systematic review. *Occup Envir Med*, 78(12), 904–915. 10.1136/oemed-2018-105166; 2. Morgan, J. K., et al. (2017). Posttraumatic Stress, Posttraumatic Growth, and Satisfaction With Life in Military Veterans. *Mil Psychol*, 29(5), 434–447. 10.1037/mil0000182; 3. Pietrzak, R. H., Tsai, J., & Southwick, S. M. (2021). Association of symptoms of posttraumatic stress disorder with posttraumatic psychological growth among US veterans during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 4(4), Article e214972. 10.1001/jamanetworkopen.2021.4972; 4. Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge. 10.4324/9781315527451.

ЗВ'ЯЗОК БОЙОВОГО СТРЕСУ З РЕЛІГІЙНІСТЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: РЕСУРС ЧИ ДОДАТКОВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ?

У сучасних умовах війни в Україні особливої ваги набуває проблема адаптації військовослужбовців до бойового стресу. Важливо досліджувати, як саме вони переживають стресові ситуації, які чинники стають для них джерелом підтримки та опори, що сприяє ефективному пристосуванню до нової реальності та знижує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. У цьому контексті актуальним є вивчення взаємозв'язку між бойовим стресом і релігійністю військовослужбовців. Чи віра в Бога може виступати значущим психологічним ресурсом, що забезпечує духовну силу, внутрішню стійкість у подоланні випробувань та опору для осмислення і планування майбутнього навіть у воєнних умовах, чи навпаки — бути дезадаптивною?

У докторській дисертації професора О.А. Блінова бойовий стрес визначається як стан психічного напруження військовослужбовців у процесі їх адаптації до умов бойової діяльності з використанням ресурсного потенціалу (Blinov, 2019).

Бойовий стрес виникає під впливом екстремальних чинників, що становлять загрозу життю військовослужбовців, негативно позначаються на їхньому фізичному та психічному стані, знижують ефективність виконання службових завдань або повністю блокують здатність до дії, спричиняючи психогенні втрати в бойових підрозділах.

Унаслідок пережитого бойового стресу у військових формуються порушення адаптації, які проявляються через інтенсивні емоційні реакції, труднощі в обробці інформації, трансформацію особистісних характеристик та дестабілізацію соціальних зв'язків. Такий стан здатен провокувати глибокі зміни в емоційній, когнітивній, мотиваційній, смисложиттєвій та поведінковій сферах особистості, що безпосередньо впливає на професійну діяльність військовослужбовця.

Наслідком дії бойового стресу є формування бойових психічних травм, які запускають процес психотравматизації. Бойова психічна травма — це прорив стрес-факторів крізь психологічний захисний бар'єр, що призводить до порушення внутрішньої стійкості, руйнування базових ціннісних орієнтацій та формування дезадаптивних механізмів поведінкової регуляції.

Автором встановлено статистично значущі зв'язки між переживанням бойового стресу та вірою в Бога, зокрема через опосередкований емоційний вплив. Також підтверджено зв'язок між релігійністю та симптомами ПТСР.

Релігійність виконує низку психологічних функцій: захист, надання сенсу, формування ідентичності, емоційну регуляцію, мотивацію до змін. У критичних ситуаціях вона здатна трансформуватися — або як ресурс, що сприяє адаптації, або як чинник, що поглиблює кризу. Позитивне релігійне совладання (молитва,

духовна підтримка, переоцінка ситуації) асоціюється з кращим психічним станом, тоді як негативне (почуття провини, образ Бога як караючого) — з підвищеним ризиком депресії та емоційного вигорання (Pargament, 1997).

У контексті психології релігії віра розглядається як механізм копіngu, що може бути адаптивним або дезадаптивним (Park & Paloutzian, 2013). Внутрішня релігійність — як частина особистісної ідентичності — пов'язана з більшою стресостійкістю. Натомість зовнішня, ритуальна або соціально мотивована релігійність не завжди виконує захисну функцію, а іноді може посилювати внутрішній конфлікт, особливо в умовах бойових дій.

Підхід Віктора Франкла додає екзистенційний вимір: релігія як джерело сенсу допомагає людині витримати страждання, якщо вона бачить у ньому мету. Для військовослужбовців це може бути ключовим — віра дозволяє не лише пережити травму, а й інтегрувати її в особистісний розвиток. "Той, хто має навіщо жити, витримає майже будь-яке як" — цитата Ніцше, яку Франкл часто повторював (Frankl, 2006).

У межах психології релігії важливим є розрізнення інтринсивної та екстринсивної релігійної мотивації (Allport & Ross, 1967; Trimble, 1997). • Інтринсивна релігійність передбачає глибоке внутрішнє прийняття віри як життєвої цінності. Вона асоціюється з вищим рівнем психічного здоров'я, альтруізмом, внутрішнім локусом контролю та меншою тривожністю. • Екстринсивна релігійність характеризується використанням релігії як засобу досягнення зовнішніх цілей (соціальний статус, комфорт, підтримка). Вона корелює з

більшою тривожністю, упередженістю та меншою емоційною стабільністю.

Подальші дослідження уточнили структуру екстринсивної мотивації, виокремивши:

- Es (соціальну екстринсивність) — орієнтацію на соціальні контакти через релігію;
- Er (особисту екстринсивність) — прагнення до емоційного комфорту та безпеки.

Інтринсивна мотивація частково корелює з соціально бажаними відповідями, однак зберігає валідність як показник глибокої релігійної залученості.

Водночас індискримінантна релігійність (одночасне схвалення суперечливих тверджень) може свідчити про когнітивну недиференційованість і бути пов'язана з підвищеним рівнем упередженості та емоційної нестабільності (Trimble, 1997).

Релігійність не є універсальним захистом. Її вплив залежить від типу мотивації, глибини віри, особистого досвіду та контексту. У деяких випадках релігійні переконання можуть перешкоджати зверненню за допомогою або спричиняти внутрішній конфлікт. Це ставить перед психологами завдання — не просто враховувати релігійність як факт, а розуміти її структуру, мотивацію та функцію в житті конкретного військовослужбовця.

Таким чином, релігія для військовослужбовців — неоднозначний чинник, що може бути як ресурсом подолання, так і додатковим джерелом напруги. Це визначає актуальність емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення умов, за яких релігійність сприяє адаптації, а коли — навпаки, ускладнює її.

Список використаних джерел: 1. Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432–443. <https://doi.org/10.1037/h0021212>; 2. Blinov, O. A. (2019). *Boyova psykholohichna travma*. Kyiv; 3. Frankl, V. E. (2006). *Man's Search for Meaning*. Beacon Press; 4. Park, C. L., & Paloutzian, R. F. (2013). Religion and meaning. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2nd ed., pp. 357–379). Guilford Press; 5. Trimble, D. E. (1997). The Religious Orientation Scale: Review and meta-analysis of social desirability effects. *Educational and Psychological Measurement*, 57(6), 970–986. <https://doi.org/10.1177/0013164497057006004>

UDC [159.97:618.7]::614.2(042)

Magdalena Chrzan-Dętkoś

University of Gdańsk

**NEXT STOP: MUM – IMPLEMENTATION OF
A NATIONAL PPD PREVENTIVE PROGRAM IN POLAND**

This report examines the legal reform and implementation of early identification and intervention for postpartum depression in Poland. Advocacy by non-governmental organisations and psychological experts led to amendments in the national perinatal care standards, mandating mental health screening twice during pregnancy and once postpartum. Between 2019 and 2023, the project *Przystanek Mama (The Next Stop: Mum)*, co-funded by the European Union and the Polish Ministry of Health, was implemented. The programme encompassed training and supervision of medical staff, standardised screening by midwives and paediatric nurses, and early psychological intervention in the form of three consultations. It constituted one of the first psychological initiatives delivered within primary healthcare in Poland.

Implementation challenges, outcomes of professional training, and perspectives of midwives were documented. Among postpartum women screened in person ($n = 12,000$), 7% scored above the threshold for high risk of depression, whereas in the online sample ($n = 14,560$), this proportion

reached 74%. Approximately 43% of women improved, moving out of the depression-risk group after three consultations. Following the Russian invasion of Ukraine, the programme was adapted for Ukrainian mothers through EPDS²⁴ screening in Ukrainian and translated consultations provided by Ukrainian students in Poland. Research on perinatal mental health among war-affected Ukrainian women indicates high prevalence of postpartum depression, self-harm ideation, and post-traumatic stress disorder (Krupelnytska et al., in press, 2025).

The Next Stop: Mum project illustrates the feasibility of integrating systemic support and early psychological intervention into routine perinatal care. It also represents a transferable model for culturally adapted interventions and policymaking in Ukraine. A clinical vignette demonstrates the application of short-term mother–infant psychotherapy in the postpartum period.

keywords: *postpartum; mother-infant psychotherapy; midwifery; policy changes*

²⁴ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) –
Единбурзька шкала післяпологової депресії

ПОТЕНЦІАЛ VR-ІНТЕРВЕНЦІЙ У ФОРМУВАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО МАТЕРИНСТВА

Психологічна готовність до материнства – динамічна інтеграція когнітивних, афективних і поведінкових компонентів, чутлива до індивідуального досвіду та соціокультурних контекстів. На тлі прогалин традиційних освітніх програм потрібні інструменти, що поєднують навчання з переживальним досвідом та безпечним тренуванням навичок. Віртуальна реальність (VR) пропонує такі можливості завдяки ефекту присутності, імерсії, ембодіменту та контрольованому контексту (присутність - суб'єктивне відчуття перебування у віртуальному середовищі; імерсія - сукупність технічних і дизайнових параметрів, що підтримують присутність; ембодімент - інтеграцію з віртуальним тілом). VR-середовище забезпечує безпечне занурення у потенційні материнські сценарії, роботу з тривогами, моделювання нових ролей і формування емоційної прийнятності материнства. З огляду на поширені страхи щодо пологів, тілесних змін і відповідальності за дитину, а також зростаючу соціокультурну амбівалентність, особливо актуальними є мультикомпонентні інтервенції, що поєднують раціонально-когнітивну та афективно-експерієнційну складові.

При цьому цілеспрямоване застосування VR для формування психологічної готовності до материнства досі майже не досліджене, а наявні роботи зі суміжних тем лише окреслюють потенціал. Необхідний системний теоретичний аналіз емпіричних даних і розроблення

концептуальної моделі VR-психоедукації, яка враховує технологічні, психологічні та контентні чинники ефективності і може слугувати підґрунтям для подальших емпіричних досліджень і практичних рішень у перинатальній психопрофілактиці.

Психологічна готовність до материнства у сучасному дискурсі трактується як багатовимірне та контекстуально залежне утворення, що інтегрує когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові компоненти. Першочерговою ланкою виступає когнітивний рівень, який охоплює усвідомлення змісту материнської ролі, розуміння відповідальності та уявлення про власну спроможність ефективно виконувати функції догляду й виховання дитини. А вже поведінковий компонент відображає готовність до дії - наявність базових навичок догляду, розуміння вікових особливостей немовляти, сформовані патерни відповідального батьківства та здатність застосовувати їх у реальних ситуаціях. За даними метааналізу близько половини жінок залишаються недостатньо поінформованими щодо підготовки до пологів і можливих ускладнень, що вказує на суттєві прогалини в освітньо-профілактичних програмах і потребу в більш практикоорієнтованих форматах навчання (Singh & Tripathy, 2024).

Структуру психологічної готовності додатково визначають міжособистісні та соціокультурні чинники - негативний образ

власного дитинства, ідентифікація з емоційно холодною чи гіперконтрольованою матір'ю, внутрішній конфлікт між материнством і професійною самореалізацією. Такі детермінанти ускладнюють афективне прийняття ролі матері та знижують мотивацію до опанування нових навичок (Li, 2024). У підсумку готовність до материнства постає як динамічний адаптивний процес, чутливий до освітніх, психотерапевтичних і технологічно модульованих втручань, який потребує системної підтримки від передзачаттєвого етапу до раннього постнатального періоду.

Інтерес до VR-інтервенції у психотерапевтичній практиці стрімко зростає, оскільки завдяки їй створюється контекстно насичене, імерсивне та безпечне середовище для емоційного навчання, поведінкових експериментів і формування нових когнітивних патернів. Психотерапевтичний ефект забезпечують механізми присутності, імерсії, ембодімент та поведінкової симуляції. У підготовці до батьківства ці механізми дають змогу моделювати догляд за дитиною, проживати відповідальність, опрацьовувати тілесні зміни та формувати емоційний зв'язок із немовлям, що підвищує психологічну готовність до материнства. Особливо значущим є потенціал VR у розвитку емпатії як до інших, так і до себе. Встановлено, що віртуальна симуляція з ембодіментом в образ представника іншої етнічної групи підсилює емпатійну чутливість, перспективне сприйняття і готовність до проактивної поведінки з ефектом, що зберігається місяцями у фахівців медичної сфери (Phelan et al., 2024), а VR тренінги для працівників психіатричних служб поглиблюють розуміння досвіду людей із психозами та

зменшують соціальну дистанцію (Tau et al., 2025).

У перинатальному контексті VR зарекомендувала себе як ефективний інструмент психоедукації. Так, експеримент із VR-едукацією для матерів у передопераційний період знизив тривожність і підвищив задоволення доглядом за немовлям (Turgut et al., 2024). Технологію застосовують для репродуктивної психоедукації - симуляцій догляду за немовлятами, подолання страху пологів і підготовки до материнства. Як навчальна платформа VR поєднує когнітивне засвоєння, емоційну імерсію, поведінкове тренування та тілесне переживання, що дає змогу безпечно моделювати складні ситуації, проживати материнську ідентичність і формувати емоційний зв'язок із дитиною.

Запропонована концепт-модель відображає готовність до материнства як динамічну інтеграцію когнітивних, афективних і поведінкових компонентів, на які цілеспрямовано впливають механізми присутності, імерсії, ембодімент та сценарного тренування у VR (рис. 1).

На когнітивному рівні модульовані мікросценарії, на кшталт, дня з немовлям, навігації у прийнятті рішень і розпізнавання сигналів дистресу зменшують когнітивне навантаження, коригують ілюзії компетентності та через повторюваність і негайний зворотний зв'язок формують стійкі ментальні моделі догляду. Показники редукції тривоги і стресу за підсумками оглядів створюють вікно навчуваності, у межах якого нові знання краще консолідуються.

Афективний рівень забезпечують емоційна імерсія та ембодімент через які втілюється

майбутня материнська позиція і теплі взаємодії з аватаром немовляти, що посилюють емпатійне резонування, позитивну валентність до ролі та самоспівчуття у фрустраційних моментах. VR з репетицією і ембодіментом потенційно має підвищувати емпатію та знижувати соціально-емоційну реактивність.

індивідуальну чутливість. Психологічний шар фасилітує емпатію і самоспівчуття через наративи, голос супроводу, валідуючі репліки, теплий тон сцен і поступове розширення толерантності до невизначеності, а контентний шар вже прицільно працює з BPCR-цілями і

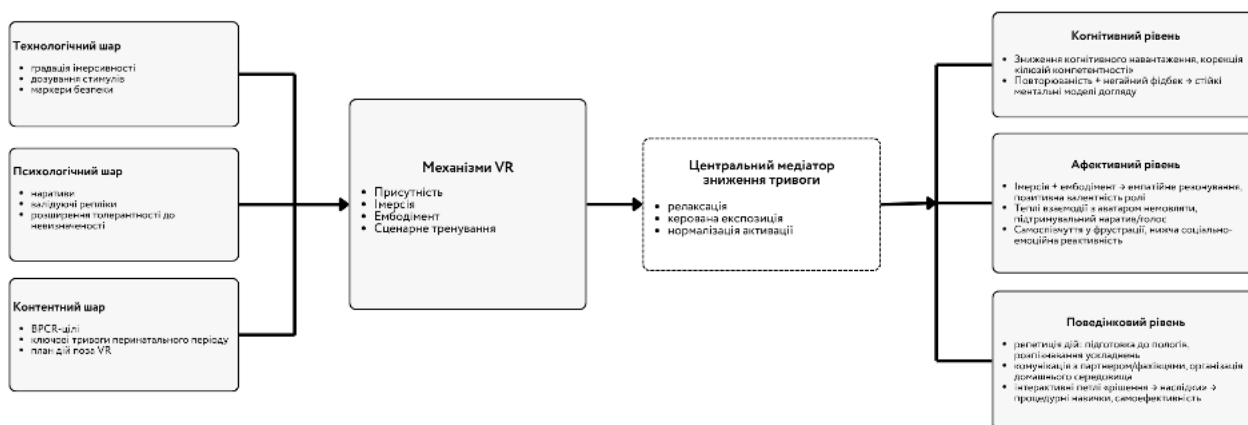


Рис. 1. Теоретична концепт-модель чинників ефективності

VR-психоедукації для підвищення психологічної готовності до материнства

Поведінковий рівень узгоджено з рамкою "Підготовка до пологів і готовність до ускладнень" (англ. Birth Preparedness and Complication Readiness, BPCR), де VR-сценарії кодуються під конкретні дії: (а) план підготовки до пологів; (б) розпізнавання ускладнень; (в) комунікацію з партнером/медиками; (г) організацію домашнього середовища; первинні кінцеві точки - зміни у відповідних підшкалах та частоті правильних дій у VR-симуляціях.

VR може відкривати "вікно навчуваності" через тимчасове зниження стану тривоги. Подальша перевірка потребує пререєстрованих RCT з біомаркерами (HR/EDA) та опитувальниками (STAI-S).

Архітектуру моделі можна зобразити у три шари, де технологічний шар передбачає градацію імерсивності та дозування стимулів із маркерами безпеки і адаптивними гілками під

ключовими тривогами перинатального періоду та завершується консолідацією конкретних кроків на найближчу добу поза VR.

Запропонована модель VR-психоедукації інтегрує механізми віртуальної присутності, імерсії, ембодіменту та сценарного тренування і пояснює точковий вплив на ключові компоненти готовності. Інноваційність моделі полягає у синергії технологічного, психологічного та контентного шарів з персоналізацією досвіду і провідним трансформаційним механізмом у вигляді стійкого зниження тривоги. Обмеження моделі пов'язані з її концептуальним характером та можливими альтернативними поясненнями зв'язків. Перспективи полягають у подальшому уточненні конструкцій і формулюванні фальсифікованих прогнозів для різних рівнів імерсії та профілів тривожності.

Список використаних джерел: 1. Phelan, S., et al. (2024). A virtual reality intervention to increase interracial empathy and upstander behaviors in nursing leaders. *Soc Sci Med*, 366. 10.1016/j.socscimed.2024.117648; 2. Singh, T., et al. (2024). Examining birth preparedness and complication readiness: a systematic review and meta-analysis of pregnant and recently delivered women in India. *BMC Women's Health*, 24. 10.1186/s12905-024-02932-4; 3. Tay, J., et al. (2025). Impact of a Virtual Reality Intervention on Stigma, Empathy, and Attitudes Toward Patients With Psychotic Disorders Among Mental Health Care Professionals: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 12. 10.2196/66925; 4. Turgut, A., İlçe, A., & Öztürk, H. (2024). The Effect of Immersive Virtual Reality Application on Anxiety, Pain, and Parental Satisfaction in the Perioperative Process of Children: A Randomized Controlled Trial. *Pain Manag Nurs*, 25, 584–590. 10.1016/j.pmn.2024.06.002; 5. Xue, L. (2024). Maternal Role Readiness and Maternal-Infant Bonding among Postpartum Women-In Selected Provincial Hospitals in Fujian Province, China. *Int J Front Med*, 6, 21–29. 10.25236/ijfm.2024.060705.

Власюк Денис Анатолійович

Приватний вищий навчальний заклад "Європейський університет"

Блінов Олег Анатолійович

Приватний вищий навчальний заклад "Європейський університет"

ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ЯКІ ВТРАТИЛИ ЧОЛОВІКІВ НА ВІЙНІ

Повномасштабна війна в Україні призвела до глибоких особистісних і соціальних втрат, що торкнулися тисячі жінок, які втратили чоловіків-військовослужбовців. Такі події мають не тільки травматичний, але й екзистенційний вимір, адже поєднують біль втрати, руйнування життєвої опори та потребу у відновленні сенсу життя.

Горе – це універсальне переживання всіх людей, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього, що включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини і розпач. Горе має надзвичайно важливе значення для психологічної адаптації людини. Воно дозволяє їй змиритися із втратою, адаптуватися до неї. Горе може містити такі почуття, як: гнів, смуток, образу, провину, і у поодиноких випадках, навіть радість (Ламанова, 2023).

Разом з тим варто відзначити, що процес горювання є надзвичайно складним і глибоко індивідуальним процесом. А відтак, психологічна допомога жінкам, які втратили чоловіків на війні, має базуватися як на загальних принципах надання таких інтервенцій, так і враховувати індивідуальні особливості кожної жінки.

Як відмічають І. Сингаївська та А. Берестовська, надаючи допомогу жінкам, які перебувають у стані горювання, варто робити

акцент на її ОКейності, природності її реакцій та орієнтуватись на визначення і усунення тих перешкод до інтеграції втрати, які зумовлюють інтенсивний й тривалий перебіг горювання. Варто утримуватись від сприйняття жінки через призму патології, тунельного бачення, коли фокус уваги переводиться на її відповідність загальноприйнятим стандартам щодо тривалості горя без врахування її як особистості в цілому з її індивідуальними особливостями, внутрішньопсихічними процесами, потребами, контекстом втрати. Кожна жінка має право переживати втрату унікальним способом, вільно виражати горе та давати собі стільки часу на подолання дистресу розлуки, скільки їй необхідно (2024, с. 224).

Разом із тим, у сучасних умовах повномасштабної війни традиційні підходи до психологічної допомоги жінкам, які втратили чоловіків-військовослужбовців, часто не враховують глибини екзистенційного виміру втрати, соціокультурного контексту та особливостей повторної травматизації. Це створює потребу у системному теоретико-методологічному осмисленні проблеми й розробленні засад психологічної допомоги, які поєднують емоційно-переживальний,

когнітивний, соціальний і духовно-ціннісний рівні функціонування жінки.

Такі засади мають спиратися на сучасні підходи до роботи з горем, зокрема екзистенційно-гуманістичний, логотерапевтичний, наративний, ресурсно-орієнтований і травмафокусований, які спрямовані не на усунення страждання, а на його осмислення, прийняття й інтеграцію у життєвий досвід.

Відтак, пропонуємо основні засади психологічної допомоги жінкам при втраті чоловіка-військовослужбовця, що можуть слугувати орієнтиром для практиків у сфері психотерапії, кризового консультування та психологічної реабілітації:

1. *Гуманістична присутність.* Переконані, що психолог не повинен вважати себе експертом, що "лікує біль", а бути співприсутнім у стражданні, який створює безпечний простір для вираження емоцій і прийняття втрати. Такий підхід ґрунтується на ідеях К. Роджерса про безумовне прийняття, емпатію й автентичний контакт. Важливо, щоб спеціаліст витримував емоційну інтенсивність зустрічі з болем, не знецінюючи й не прискорюючи процес горювання, а підтримуючи жінку у визнанні її права на почуття та унікальний шлях проживання втрати.
2. *Екзистенційне осмислення.* Основою допомоги має стати сприяння пошуку сенсу пережитого (логотерапевтичний підхід В. Франкла). Завдання фахівця полягає не у зменшенні болю, а у допомозі жінці побачити втрачене як частину власної життєвої історії, що не заперечує любові, а трансформує її в іншу форму присутності. У

цьому процесі важливо допомогти клієнтці усвідомити, що сенс може бути знайдений навіть у стражданні, зокрема через вірність цінностям, пам'ять, материнство чи продовження спільної місії з померлим.

3. *Інтеграція досвіду втрати.* Процес горювання розглядається як шлях інтеграції травматичного досвіду у структуру "Я", що забезпечує поступове відновлення цілісності особистості (Лещук & Бут, 2024). Для цього застосовуються наративні, арттерапевтичні та символічні методи, які дозволяють виразити почуття, відновити зв'язок між минулим і теперішнім. Важливо допомогти жінці не "відпустити" минуле, а навчитися жити з ним у новому форматі, як із частиною себе, що надає життю глибини та сенсу.
4. *Опора на ресурси.* Психологічна допомога має бути спрямована на відновлення особистісних ресурсів (внутрішньої сили, віри, соціальних зв'язків, ціннісних орієнтацій). Такий підхід відповідає принципам позитивної психології та концепції резильєнтності. Робота з ресурсами допоможе жінці побачити власну здатність долати труднощі, активізувати потенціал турботи про себе, приймати підтримку від інших і виявляти нові смисли у житті після втрати.
5. *Поетапність психологічного супроводу.* Допомогу жінкам, які переживають втрату чоловіка-військовослужбовця, має здійснюватися поетапно, а саме:
 - стабілізація емоційного стану;
 - безпечне вираження почуттів;
 - осмислення втрати;

- інтеграція досвіду та формування нових життєвих перспектив.

Кожен етап має свою динаміку і не може бути штучно прискорений, адже горе вимагає часу й підтримки, співзвучної з емоційним станом клієнтки. Гнучкість і чутливість психолога дозволяють супроводжувати жінку в її власному темпі проживання втрати.

6. *Соціальна підтримка.* Ефективна допомога має також включати створення спільнот підтримки, груп взаємодопомоги, артпросторів і волонтерських ініціатив, що зменшують відчуття ізоляції та сприяють відновленню соціальної активності. Спільне горювання має терапевтичний ефект, адже створює можливість розділити досвід болю, почути подібні історії, відчуття причетності і прийняття, що відновлює базову довіру до життя та людей.
7. *Духовно-ціннісний супровід.* Важливим аспектом є відновлення духовного виміру життя, а саме звернення до питань сенсу, совісті, любові, віри. Психолог має

допомогти жінці відчувати внутрішню гідність і зв'язок із життям, не втрачаючи любові до померлого. Духовна робота дозволяє перетворити біль втрати на джерело внутрішньої зрілості, усвідомити неперервність стосунків у духовному вимірі та знайти нову опору у власних цінностях і життєвій місії.

Отже, запропоновані засади психологічної допомоги відображають перехід від симптомоцентричної моделі до екзистенційно-гуманістичної парадигми, у центрі якої лежить не "подолання" болю, а його осмислення й інтеграція у життєвий досвід. Такий підхід сприяє не лише зниженню емоційного дистресу, а й відновленню внутрішньої гідності, сенсу життя та цілісності особистості. Розроблені засади можуть стати основою для створення програм психологічної підтримки сімей загиблих військовослужбовців, спрямованих на формування культури співчуття, стійкості та духовної зрілості українського суспільства.

Список використаних джерел: 1. Ламанова, Л. Ф. (2023). Соціально-психологічна підтримка жінок, які переживають втрату, внаслідок воєнних подій на різних етапах горювання. У Сучасні вектори відновлення та розвитку України на засадах сталості та безпеки (м. Київ, Україна, 21 листопада 2023 р.) (с. 259-261). Науково-освітній інноваційний центр суспільних трансформацій, Державна наукова установа "Інститут модернізації змісту освіти", Академія праці, соціальних відносин та туризму. https://doi.org/10.54929/conf_21_11_2023-18-11. 2. Лещук, І., & Бут, Т. (2024). Актуальні питання дослідження горювання після втрати близької людини. Психосоматична медицина та загальна практика, 4, 1-19. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.565>. 3. Сингаївська, І., & Берестовська, А. (2024). Особливості надання психологічної допомоги жінкам, які переживають втрату близької людини під час війни. Вчені записки Університету "КРОК", 1(73), 214-226. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-73-214-226>.

Гарбарук Галина Юрївна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Савенкова Ірина Іванівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

ДЕПРЕСИВНО-ТРИВОЖНИЙ ДИСТРЕС ЯК ПРЕДИКАТОР ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ

Післяпологова депресія (ППД) належить до найпоширеніших афективних розладів у жінок у перші місяці після народження дитини та має значний вплив не лише на психоемоційний стан матері, а й на розвиток дитини, її психічне здоров'я та функціонування сімейної системи в цілому. За результатами міжнародних досліджень, від 10% до 20% породіль переживають депресивні симптоми клінічного рівня, а ще більша кількість жінок має субклінічні прояви, які також негативно впливають на їхнє повсякденне життя (Johnson et al., 2023).

Окрему складність становить коморбідність післяпологової депресії з тривожними станами. Близько третини випадків ППД ускладнюються високим рівнем тривожності, що формує так званий депресивно-тривожний дистрес (ДТД). Саме цей інтегративний стан виступає провідним предиктором поглиблення психоемоційної вразливості у післяпологовий період. Наявність ДТД не лише збільшує ризик хронізації симптомів депресії, а й негативно впливає на материнську компетентність, стиль виховання дитини, а також міжособистісні стосунки в родині (Jiang et al., 2025).

Вивчення психологічних особливостей взаємозв'язку між депресивно-тривожним дистресом і проявами післяпологової депресії є важливим завданням сучасної клінічної та перинатальної психології (Johnson et al., 2023).

У науковій літературі ППД визначається як афективний розлад, що характеризується пригніченим настроєм, втратою інтересу до діяльності, почуттям провини та некомпетентності, порушенням сну, соматичними проявами та соціальною ізоляцією. На відміну від тимчасового *baby blues*²⁵, який минає упродовж перших 10 днів після пологів, ППД має більш тривалий і тяжкий перебіг (Grigoriadis et al., 2019).

Згідно з біопсихосоціальною моделлю, розвиток ППД зумовлений комплексною взаємодією трьох груп чинників:

* біологічних (різке зниження рівня естрогену й прогестерону, нейротрансмітерні дисбаланси, генетична схильність);

* психологічних (наявність негативних когнітивних схем, низька самооцінка, підвищене почуття провини, травматичний досвід у минулому);

²⁵ післяпологові недовготривалі афективні порушення, що не розглядаються як розлад (англ. – baby blues, postpartum blues)

* соціальних (нестача підтримки, конфлікти в сім'ї, соціальна ізоляція, культурні стереотипи материнства).

Депресивно-тривожний дистрес, що інтегрує депресивні та тривожні прояви, суттєво підвищує рівень психоемоційної вразливості жінки. Симптоми ДТД охоплюють емоційні (надмірна тривога, емоційна лабільність), когнітивні (нав'язливі думки про здоров'я дитини, катастрофізація майбутнього), соматичні (порушення сну, втомлюваність) та поведінкові (соціальна ізоляція, уникання взаємодії з дитиною або надмірна тривожна опіка) (Recto & Champion, 2020).

Психологічні теорії пояснюють виникнення цих станів по-різному. Когнітивна теорія Бека підкреслює роль негативних автоматичних думок та когнітивних викривлень. Психодинамічні підходи розглядають ППД як наслідок внутрішніх конфліктів та труднощів у прийнятті нової материнської ролі. Системно-сімейна психологія акцентує на порушенні рівноваги в системі соціальних стосунків та ролей. Усі підходи сходяться на тому, що інтеграція депресивних і тривожних симптомів є головним фактором ризику ускладненого перебігу післяпологового періоду (Yang et al., 2025).

Метою емпіричного дослідження стало виявлення та аналіз взаємозв'язку між рівнем депресивно-тривожного дистресу та клініко-психологічними проявами післяпологової депресії (Johnson et al., 2023).

У дослідженні брали участь 50 жінок віком від 18 до 40 років, які народили протягом останніх 12 місяців. Вибірка відзначалася різноманітністю соціально-демографічних характеристик: освіти, сімейного стану,

економічного рівня, місця проживання, типу пологів і рівня соціальної підтримки (Jiang et al., 2025).

Для збору даних застосовано комплекс психодіагностичних інструментів:

1. EPDS (Единбурзька шкала післяпологової депресії),
2. BDI-II (Беківський інвентар депресії),
3. STAI (шкала тривожності Спілбергера–Ханіна),
4. MSPSS (шкала соціальної підтримки),
5. RSES (шкала самооцінки Розенберга),
6. COPE Inventory (оцінка копінг-стратегій),
7. WHO-5 (шкала психологічного благополуччя).

Статистичний аналіз проводився за допомогою SPSS 26.0. Застосовано описову статистику, кореляційний аналіз за Пірсоном і Спірменом, регресійний аналіз для виявлення предикторів ППД (Yang et al., 2025).

Аналіз даних показав, що 34% жінок продемонстрували високий ризик післяпологової депресії, 40% – субклінічні прояви, і лише 26% учасниць не мали симптомів. Водночас 82% жінок мали середній або високий рівень тривожності, що підтверджує її значну роль як предиктора ППД.

Кореляційний аналіз засвідчив наявність статистично значущих позитивних зв'язків між:

- тривожністю та проявами ППД ($r = 0,68; p < 0,001$);
- депресією та проявами ППД ($r = 0,75; p < 0,001$);
- тривожністю та депресивними проявами ($r = 0,72; p < 0,001$).

Таким чином, депресивно-тривожний дистрес підтверджено як інтегративний стан, що формує психоемоційну вразливість жінки та

посилює клінічні прояви ППД. Додатково встановлено, що високий рівень соціальної підтримки (партнера, родини, друзів) значно знижує інтенсивність симптомів депресії та тривожності. Жінки з низьким рівнем підтримки мали на 35% вищі показники ППД. Це свідчить про буферну функцію соціальної підтримки в подоланні післяпологового дистресу (Field, 2010).

Отримані результати дозволяють зробити кілька узагальнень. Післяпологова депресія має високий рівень поширеності та часто супроводжується тривожними симптомами, що формують депресивно-тривожний дистрес. ДТД є ключовим чинником психоемоційної вразливості, який суттєво ускладнює перебіг ППД і негативно впливає на материнську компетентність та сімейне функціонування. Соціальна підтримка виступає важливим

модератором психоемоційного стану жінки та може значно знизити ризик хронізації симптомів. Для практики клінічних психологів та психотерапевтів важливим завданням є рання діагностика ДТД і своєчасне застосування корекційних програм, що поєднують когнітивно-поведінкові, психодинамічні та сімейно-системні підходи. Наукова новизна дослідження полягає у визначенні психологічного портрета жінки з високим рівнем депресивно-тривожного дистресу та уточненні взаємозв'язку між соціальною підтримкою та вираженістю післяпологової депресії. Практична значущість отриманих результатів полягає в їхньому застосуванні для вдосконалення програм профілактики, психодіагностики та психологічної допомоги жінкам у післяпологовий період.

Список використаної літератури: 1. Johnson, J., et al. (2023). A mixed methods study to understand perinatal mental healthcare referral decisions among midwives and health visitors in the UK. *Front Psychiatry, 14*, Article 1056987. 10.3389/fpsyt.2023.1056987; 2. Jiang, M., et al. (2025). Joint developmental trajectories of perinatal depression and anxiety and their predictors: a longitudinal study. *Healthcare, 13*(11), 1251. 3. Grigoriadis, S., et al. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Arch Womens Ment Health, 22*(5), 543–556. 10.1007/s00737-018-0930-2; 4. Recto, P., & Champion, J. D. (2020). Psychosocial factors associated with paternal perinatal depression in the United States: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs, 41*(7), 608–623. 5. Yang, J., et al. (2025). Factor structure and longitudinal measurement invariance of Edinburgh Postnatal Depression Scale during the whole perinatal period: a multicenter cohort study in China. *BMC Public Health, 25*(1), Article 182. 10.1186/s12889-024-21213-1. 6. Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev, 33*(1), 1–6. 10.1016/j.infbeh.2009.10.005.

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

Психологічна травма, спричинена фізичним, сексуальним чи психологічним насильством, формує багатокомпонентну структуру психосоматичних порушень. У жінок наслідки насильства часто набувають соматизованого характеру через пригнічення емоцій, відсутність підтримки та хронічний стрес (Herman, 2015). Відомо, що тривале переживання страху, сорому та безсилля активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову систему, що спричиняє порушення роботи серцево-судинної, травної та нервової систем (Van der Kolk, 2014). Саме тому психосоматичні симптоми у жінок, які зазнали насильства, потребують комплексного наукового осмислення та терапевтичного підходу.

Особливе значення має психологічна картина психосоматичного хворого. До неї належать емоційна нестабільність, труднощі в усвідомленні власних почуттів, схильність до соматизації, порушення сну, виснаження, гіпервідповідальність та тривожно-депресивні реакції. Невиражені емоції, витіснення й заборона на переживання болю створюють передумови для тілесної симптоматики (Taylor et al., 2018). Когнітивний компонент включає негативний образ себе, очікування загрози, відчуття втрати контролю та хронічну недовіру. На поведінковому рівні спостерігаються уникання, виснаження, порушення харчування та залежні форми реагування.

Для вивчення специфіки проявів було досліджено 35 жінок віком від 25 до 38 років, які зазнали різних форм насильства. Обстеження проводилося з використанням "Шкали психосоматичних скарг", HADS, TAS-20 та методики оцінки рівня стресу. Результати демонструють комплексність психосоматичної симптоматики.

Таблиця 1. Статистичні дані психосоматичних проявів у вибірці (n=35)

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%

Аналіз даних свідчить, що найбільш поширеними є порушення сну, емоційно-соматичні реакції та труднощі з ідентифікацією почуттів. Це підтверджує, що психосоматичні розлади виконують адаптивну функцію,

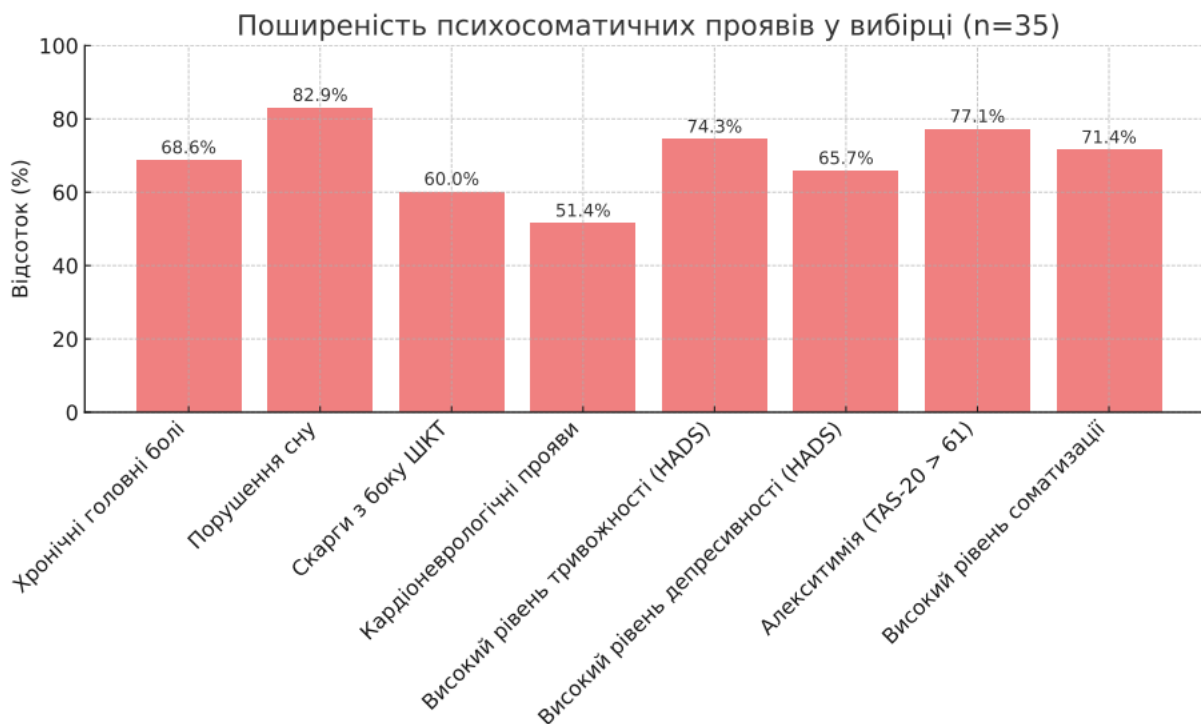


Рис. 1. Поширеність основних психосоматичних проявів у вибірці жінок (n = 35)

замішуючи неусвідомлювані емоції тілесними проявами (Ogden et al., 2021). Щонайменше дві третини вибірки демонструють поєднання тривожних, тілесних та афективних симптомів, що прямо корелює із травматичним досвідом.

Психотерапевтичне подолання психосоматичних проявів у жінок, які зазнали насильства, вимагає комплексного підходу. Одним із найрезультативніших напрямів є позитивна психотерапія, яка дозволяє працювати з внутрішніми конфліктами, відновлювати ресурси та формувати здатність до саморегуляції. Когнітивно-поведінкова терапія допомагає переосмислити травматичний досвід та змінити деструктивні переконання, що підтримують соматизацію (Beck & Dozois, 2020). Арт-терапія та пісочна терапія створюють безпечний простір для вираження пригнічених емоцій, а тілесно-орієнтовані практики сприяють зниженню м'язової напруги та усвідомленню тілесних реакцій.

Окремої уваги потребує робота з алекситимією, яка, за наявними даними, виявлена у 77,1 % вибірки. Поєднання методів емоційної ідентифікації, травма-фокусованих технік та стабілізаційних інтервенцій дозволяє знижувати рівень соматизації та депресивних проявів. Також ефективними є EMDR-техніки (денсабілізація та репроцесуалізація рухом очей), які спрямовані на інтеграцію травматичного досвіду і зменшення тілесних реакцій.

Додатково, у рамках психотерапевтичного супроводу важливо враховувати соціальний контекст та підтримку оточення. Жінки, які пережили насильство, часто відчувають ізоляцію та недовіру до соціальних інститутів. Саме тому психотерапевтичні програми включають роботу над формуванням соціальної підтримки, розвитком навичок асертивності та ефективної комунікації, що допомагає зменшити емоційний та тілесний стрес (Herman, 2015). Крім того,

застосування технік релаксації, дихальних практик та майндфулнесу сприяє стабілізації психоемоційного стану та підвищенню адаптаційних ресурсів (Van der Kolk, 2014).

У психологічній роботі з жінками, які зазнали насильства, важливо поєднувати індивідуальні та групові сесії. Групова робота створює ефект спільності та підтримки, дозволяє ділитися досвідом і усвідомлювати власні реакції у безпечному середовищі (Ogden et al., 2021). Індивідуальні сесії орієнтовані на глибокий аналіз травматичного досвіду, розпізнавання і прийняття емоцій та формування нових моделей реагування. Використання мультимодальних підходів забезпечує комплексне опрацювання когнітивних, емоційних та тілесних аспектів травми.

Слід зазначити, що значущим є впровадження психоедукаційних компонентів, які допомагають жінкам розуміти природу психосоматичних реакцій, розпізнавати ранні симптоми стресу та запобігати хронізації патологічних станів (Beck & Dozois, 2020). Психоедукація підвищує усвідомленість і самоконтроль, що є важливим фактором успішної психотерапії та подолання наслідків травми.

Узагальнюючи різні наукові дослідження можна підкреслити, психотерапевтичні програми мають включати як індивідуальний, так і груповий формат, що підсилює ефект підтримки та нормалізації досвіду. Робота із сімейною системою, розвиток навичок емоційної саморегуляції та формування безпечної прив'язаності допомагають запобігти хронізації симптомів. Комплексна модель супроводу має враховувати тілесний, емоційний

і когнітивний компоненти, а також соціальний контекст травми.

Для наочності ефектів різних психотерапевтичних методів було складено таблицю основних напрямів та очікуваних результатів при психосоматичних розладах у жінок, які зазнали насильства.

Аналіз результатів дослідження показує, що найбільш ефективним є комплексний психотерапевтичний підхід, який поєднує різні методи роботи з когнітивними, емоційними та тілесними аспектами травматичного досвіду.

Табл. 2. Вплив психотерапевтичних методів на психосоматичні прояви у жінок, які зазнали насильства

Метод психотерапії	Основний фокус	Результат
Позитивна психотерапія	Робота з внутрішніми ресурсами, усвідомлення сильних сторін, відновлення психологічного балансу	Зменшення тривожності, підвищення стресостійкості, зниження соматичних симптомів
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Зміна деструктивних переконань, модифікація поведінкових патернів	Корекція негативного образу себе, зниження депресивних і тривожних проявів, поліпшення сну
Тілесно-орієнтована терапія	Усвідомлення тілесних реакцій, зниження м'язової напруги, робота з тілесною пам'яттю травми	Зменшення головних болей, м'язової напруги, поліпшення функцій серцево-судинної системи
Арт-терапія	Вираження емоцій через творчість, робота з внутрішніми конфліктами	Сниження тривоги та депресії, підвищення емоційної регуляції, зменшення соматизації
EMDR -терапія	Інтеграція травматичного досвіду, переробка травматичних спогадів	Зниження рівня тривожності, депресивних проявів, покращення психоемоційного стану

Використання кількох методів одночасно дозволяє зменшувати рівень тривожності, депресивних проявів та соматизації у жінок, які

зазнали насильства. Значну роль у відновленні психологічного балансу відіграє поєднання індивідуальних та групових форматів психотерапії, що сприяє розвитку внутрішніх ресурсів, підвищенню стресостійкості та формуванню навичок саморегуляції. Включення психоедукаційних компонентів допомагає пацієнткам усвідомлювати природу психосоматичних реакцій та своєчасно реагувати на перші ознаки стресу, що запобігає хронізації симптомів.

Окрему увагу заслуговують представлені дані, які підкреслюють необхідність системного та мультимодального підходу у

психотерапевтичному супроводі жінок, які пережили насильство, оскільки він забезпечує не лише зниження симптомів, а й покращення загальної якості життя та психологічного благополуччя.

Таким чином, ми бачимо, що психосоматичні розлади у жінок, які зазнали насильства, характеризуються високим рівнем тривожності, соматизації, депресивних проявів, алекситимії та порушеннями сну. Дані дослідження підтверджують взаємозв'язок між травматичним досвідом і соматичними симптомами.

Список використаних джерел 1. Beck, J. S., & Dozois, D. J. (2020). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press; 2. Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery*. Basic Books; 3. Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2021). *Sensorimotor psychotherapy*. Norton; 4. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (2018). *Disorders of affect regulation and alexithymia*. Cambridge University Press; 5. Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. Viking.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ АДАПТОВАНІСТЮ, РЕЗИЛЬЄНТНІСТЮ ТА СУБ'ЄКТИВНИМ БЛАГОПОЛУЧЧЯМ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ

Повномасштабна війна в Україні спричинила серйозні хвилі внутрішнього переміщення мільйонів людей. Серед них жінки становлять одну з найбільш вразливих груп, адже змушені поєднувати власний травматичний досвід втрати дому й середовища з обов'язком турботи про дітей та літніх родичів, підтриманням побуту та пошуком нових джерел економічної стабільності. Це формує унікальний контекст, у якому процеси адаптації відрізняються від загальних моделей і вимагають окремого аналізу.

У цьому дослідженні термін "жінки" використовується для позначення біологічної статі (female sex), що відповідає рекомендаціям SAGER (Sex and Gender Equity in Research Guidelines, 2016), оскільки вибірка формувалася за біологічною ознакою.

Адаптованість у психології визначається як здатність людини відновлювати ефективність функціонування в нових умовах, підтримувати баланс і продуктивність. Для внутрішньо переміщених осіб жіночої статі адаптація пов'язана з пошуком нового житла, інтеграцією у нові громади, відновленням соціальних зв'язків і водночас підтриманням стабільності у родинних відносинах. Втрата соціальних мереж і знайомого середовища підвищує ризик психологічної дезадаптації, а відсутність належної підтримки створює додаткові бар'єри на шляху до інтеграції жінок у нові умови. У такому контексті саме резильєнтність виступає

базовим ресурсом, що забезпечує подолання кризових ситуацій та сприяє адаптації, водночас підвищуючи рівень благополуччя як самих жінок, так і суспільства загалом.

Резильєнтність визначають як стійкість до стресу та здатність не лише витримувати тиск зовнішніх обставин, а й знаходити нові способи функціонування в умовах кризи. У жінок ВПО вона проявляється у збереженні базових ролей, у здатності організувати життя сім'ї попри невизначеність і втрати. Високий рівень резильєнтності асоціюється зі зниженим рівнем психологічного дистресу, більшою гнучкістю мислення та готовністю до відновлення соціальних контактів. Саме тому резильєнтність є ключовим посередником між травматичним досвідом і адаптованістю (Khailenko & Vascon, 2024). Водночас сучасні дослідження засвідчують: за відсутності зовнішньої соціальної підтримки навіть значні внутрішні ресурси не гарантують стабільної адаптації (Frontiers in Psychology, 2023).

Суб'єктивне благополуччя є інтегральним показником того, наскільки успішно можна поєднати власні ресурси з умовами середовища. Воно включає оцінку задоволеності життям, емоційний баланс, наявність відчуття сенсу та соціальної підтримки. У жінок ВПО суб'єктивне благополуччя часто виявляється зниженим через руйнування соціальних мереж, проте дослідження показують, що резильєнтність дозволяє навіть у таких умовах зберігати хоча б

мінімальний рівень позитивного афекту та контролю над життям. Особливо значущим чинником у цьому процесі є соціальна підтримка: доступ до неї підвищує здатність жінок витримувати кризу й відновлювати відчуття благополуччя (Moret-Tatau et al., 2025).

Між цими трьома конструктами існує тісний взаємозв'язок. Резильєнтність допомагає жінкам легше переносити стрес і підтримує процес адаптації, адаптованість створює умови для відновлення функціонування в новому середовищі, а суб'єктивне благополуччя є результатом успішного поєднання внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Жінки з високим рівнем резильєнтності та доступом до соціальної підтримки демонструють значно кращі показники адаптованості й суб'єктивного благополуччя порівняно з тими, хто має низький рівень цих ресурсів (Frontiers in Psychology, 2023).

Порівняльне дослідження Kugarov та співавтори (2023), проведене через пів року після початку повномасштабного вторгнення, показало, що жінки демонструють вищі рівні депресії, тривоги, стресу та симптомів посттравматичних розладів, ніж чоловіки, тоді як чоловіки мають значно вищий середній рівень резильєнтності. Це означає, що саме жінки в умовах війни є більш вразливою групою, а їхній досвід внутрішнього переміщення супроводжується підвищеним психоемоційним навантаженням, що посилює потребу в спеціальних програмах підтримки.

Особливого значення набуває досвід повторного переселення, який є характерним для значної частини внутрішньо переміщених осіб жіночої статі. Переміщення у 2014 році та повторна вимушена міграція у 2022 році

створюють накопичувальний стрес, проте водночас змушують жінок формувати нові адаптаційні ресурси й знаходити додаткові стратегії виживання. Це свідчить, що навіть у ситуації хронічної невизначеності жінки здатні відновлювати психологічну рівновагу, хоча порівняно з тими, хто пережив переселення лише один раз, цей процес є тривалішим і складнішим (Howlett, 2025).

Практичне значення цих висновків полягає в тому, що у програмах психологічної підтримки для жінок ВПО мають бути кілька ключових напрямів. По-перше, розвиток резильєнтності через навчання гнучкості мислення, позитивної переоцінки, формування ресурсного підходу. По-друге, підвищення адаптованості завдяки відновленню соціальних ролей, створенню можливостей для професійної та освітньої реалізації, а також доступу до економічних ресурсів. По-третє, підтримка суб'єктивного благополуччя через організацію груп взаємодопомоги, залучення громадських і гуманітарних ініціатив, інтеграцію програм ментального здоров'я у систему соціальних сервісів. Особливий акцент має бути зроблений на жінках, які беруть на себе основну відповідальність за дітей та інших членів родини. Це подвійне навантаження значно підвищує ризик психоемоційного виснаження та ускладнює процес адаптації. Як доводять Kugarov та співавтори (2023), саме українські жінки в умовах війни демонструють підвищений рівень психологічної вразливості, що проявляється у вищих показниках тривожності, депресивних станів та зниженого суб'єктивного благополуччя порівняно з чоловіками. Це підтверджує, що розгляд адаптованості та резильєнтності у фокусі жіночого досвіду є

науково обґрунтованим і має практичне значення для розробки ефективних програм підтримки.

Таким чином, аналіз сучасних наукових джерел засвідчує, що адаптованість, резильєнтність і суб'єктивне благополуччя утворюють єдиний комплексний механізм психологічної стійкості. Резильєнтність знижує рівень дистресу й підтримує адаптаційні можливості, адаптованість забезпечує

відновлення соціального та особистісного функціонування, а суб'єктивне благополуччя виступає підсумковим результатом цього процесу. Усвідомлення взаємозв'язку між цими феноменами дозволяє розробити практичні заходи, спрямовані на збереження психічного здоров'я українок, які пережили вимушене переселення, та забезпечити умови для їхньої повноцінної інтеграції у нове соціальне середовище.

Список використаних джерел: 1. Khailenko, O., & Bacon, A. M. (2024). Resilience, avoidant coping, and post-traumatic stress symptoms among female Ukrainian refugees and internally displaced people. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001761>; 2. Al-Rousan, T., & Smith, S. (2023). A systematic review of coping strategies and risk and protective factors for mental health among refugees and internally displaced persons. *Frontiers in Psychology*, 14, 1266125. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1266125>; 3. Moret-Tatay, C., Llorens-Faus, M., Sánchez-Izquierdo, M., & Beneyto-Arrojo, M. J. (2025). Social support increases resilience and affect in non-displaced and displaced individuals in Ukraine. *Psicothema*, 37(1), 12–19. <https://www.psicothema.com/pdf/4869.pdf>; 4. Howlett, C. (2025). Losing and finding home twice: Ukrainian women internally displaced in 2014 and 2022. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2025.2499712>; 5. Kurapov, A. O., Khaustova, O. O., & Mamedova, D. (2023). The mental health impact of the ongoing Russian invasion in Ukraine: Depression, anxiety, stress, trauma-related, and substance use disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1134780. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1134780>

ЗВ'ЯЗОК ГЛИБИННИХ ПЕРЕКОНАНЬ ТА СИМПТОМІВ ПТСР У ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Психопатологічні наслідки травматичних переживань здавна цікавими науковців. Дослідження осіб, що опинилися в надзвичайних ситуаціях, показують сильний взаємозв'язок між потенційно травматичними подіями війни та високим рівнем посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривоги, депресії та вживання психоактивних речовин (Sharma et al., 2022). Вивчення особливостей реакцій та подолання у жінок може дозволити розвинути гендерно-сенситивні психотерапевтичні підходи у профілактиці та роботі з ПТСР.

Посттравматичний розлад є одним з найчастіших наслідків переживання травми. Перелік потенційно травматичних подій під час війни охоплює широкий спектр ситуацій таких, як тортури, насильство, викрадення тощо. Як зазначають М. Sharma та колеги (2022), досвід жінок та чоловіків під час війни відрізняється.

Дослідження показують, що серед жінок більш поширеними є такі види травматичних переживань, як сексуальне насильство та втрата чоловіка, тоді як серед чоловіків: нещасні випадки, ув'язнення та примусовий призов до армії. Травматичний досвід змінює життя жінок, а відсутність належної підтримки, невизначеність перед майбутнім лише погіршує ситуацію.

У межах когнітивного підходу особливе значення під час переживання травматичних подій мають глибокі переконання. Розвиток травми у когнітивно-поведінкових моделях

викликаний несумісністю людини з когнітивними схемами, що існували у неї раніше, після травматичної події (Şimşek, 2023).

Виклики, з якими стикається людина, починають суперечити позитивним глибоким переконанням. Внаслідок чого, людина не може адекватно осмислити травматичну подію та адаптуватися до неї. Так, у концепції "розбитих припущень" Р. Янов-Булман (1988) когнітивні схеми щодо світу та себе у ньому складають матрицю припущень про його справедливість, доброзичливість та передбачуваність.

У результаті травматичного досвіду та зіткнення з різноманітними викликами війни людина змушена їх переглянути та виконати певні когнітивні операції, спрямовані на пристосування наявних переконань до зміненої реальності або збереження їх у незмінному вигляді. Позитивна адаптація тут є результатом таких переконань, які передусім є гнучкими та схильними до змін. Негативна ж адаптація, яка виявляється з виникненням симптомів ПТСР, має в основі жорсткі та дезадаптивні переконання, на кшталт "світ - це небезпечне місце", "людина не здатна адекватно впоратися з негативними життєвими ситуаціями" тощо (Juczyński et al., 2018).

Негативна когнітивна оцінка пережитої травматичної ситуації підтримує у людини почуття загрози, що, зі свого боку, призводить до нав'язливих спогадів, сильного психофізіологічного збудження та негативних

емоцій. Важливим чинником постає і швидкість розбиття глибинних переконань, яка дедалі більша, що несподіванішою є подія. Це може підвищити рівень стресу та тяжкість симптомів ПТСР. Незважаючи на це, механізми, що лежать в основі зв'язку глибинних переконань та симптомів ПТСР, не є достатньо дослідженими. Тож, метою цього дослідження було виявити взаємозв'язок між глибинними переконаннями та вираженістю симптомів ПТСР у жінок в умовах воєнного стану.

У дослідженні взяли участь 118 жінок віком від 18 до 65 років. Для оцінки рівня вираженості симптомів ПТСР було взято PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5). Це короткий опитувальник, що дозволяє швидко оцінити наявність 20 симптомів ПТСР за DSM-5. Глибинні переконання досліджувалися за допомогою Опитувальника схем Янга (YSQ-S3), що дозволяє виявити рівень вираженості 18 дезадаптивних когнітивних схем. Обробка отриманих результатів відбувалася за допомогою програми Jamovi.

Кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта Пірсона дозволив виявити позитивний зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР та дезадаптивними схемами (табл. 1). Це вказує на те, що вища вираженість симптомів ПТСР у нашої вибірки пов'язана з вищими рівнями використання дезадаптивних схем.

Таблиця 1. Кореляційні зв'язки між симптомами ПТСР та дезадаптивними схемами

	Вираженість симптомів ПТСР	Значущість, р
Недовіра / зловживання	0.59	< 0.001
Самопожертва	0.45	< 0.001
Соціальна ізоляція	0.56	< 0.001
Недостатній самоконтроль / самодисципліна	0.18	< 0.05

Злиття / відсутність індивідуальності	0.35	< 0.001
Пошук схвалення / визнання	0.29	< 0.001
Невпинні стандарти / гіпервідповідальність	0.49	< 0.001

Так, найбільш тісно з ПТСР пов'язані такі дезадаптивні схеми, як "Недовіра / зловживання" ($r = 0.59, p < 0.001$), "Соціальна ізоляція" ($r = 0.56, p < 0.001$) та "Невпинні стандарти / гіпервідповідальність" ($r = 0.49, p < 0.001$). Позитивний зв'язок симптомів ПТСР та "Недовіри / зловживання" у жінок в умовах воєнного стану може впливати з самої природи травми: якщо вона була спричинена через інших людей, глибока недовіра до світу може закономірно виникнути як її результат. Це підживлює бажання уникати соціальних контактів через страх знову об'єктуватися у взаємодії з людьми. Зв'язок з "Соціальною ізоляцією" розкриває іншу сторону пережиття травми, яка може викликати відчуття відчуженості від інших, хто не переживав подібних ситуацій. Людина може почуватися зламаною, не такою, як усі, що виявляється у таких симптомах ПТСР, як почуття самотності, уникнення взаємодії з іншими.

Помірні кореляційні зв'язки було виявлено з такими дезадаптивними схемами, як "Самопожертва" ($r = 0.45, p < 0.001$), "Злиття/відсутність індивідуальності" ($r = 0.35, p < 0.001$). Надмірна орієнтація на задоволення потреб інших та ігнорування власних потреб, що виявляється у вищих рівнях "Самопожертви", може бути спробою спокутувати провину вцілілого. Можливо, причина такого зв'язку лежить також у гендерній ролі жінки під час війни. В умовах воєнного стану жінка стає ще більшою опорою для інших, особливо коли її

чоловік перебуває на фронті. Власні переживання приглушуються та ігноруються, що підсилює симптоми ПТСР.

Слабкі, проте значущі кореляції було виявлено з "Пошуком схвалення" ($r = 0.29, p < 0.001$) та "Недостатнім самоконтролем" ($r = 0.18, p < 0.05$). Зв'язок з недостатнім самоконтролем, можливо, є наслідком симптомів ПТСР, який характеризується гіперзбудженням та дисрегуляцією нервової системи. Інтенсивність емоцій може бути настільки висока, що контроль над ними ускладнюється. Як наслідок, у жінок наявна більш висока вираженість імпульсивної поведінки.

Такі результати ще раз доводять важливість вивчення глибинних переконань та їхнього взаємозв'язку з ПТСР. Пережиття травмивної події може як розбивати у жінок позитивні когнітивні схеми про навколишній світ та інших людей, так й актуалізувати вже наявні дезадаптивні схеми, що, зі свого боку,

посилюють симптоми ПТСР та перешкоджають адаптації до воєнних викликів. Дослідження взаємозв'язку між глибинними переконаннями та вираженістю симптомів ПТСР серед жінок дозволило побачити, що в умовах воєнного стану значущий зв'язок наявний між такими схемами, що стосуються безпечної прив'язаності ("Недовіра/зловживання", "Соціальна ізоляція"), порушення особистої автономії ("Злиття / відсутність індивідуальності"), вільного вираження потреб ("Пошук схвалення", "Самопожертва").

Практична цінність цих результатів полягає у тому, що вони дозволяють розробити цілеспрямовані та гендерно-сенситивні психологічні інтервенції для жінок, які страждають від війни, та ідентифікувати ризик розвитку більш тяжких симптомів ПТСР у жінок з найбільш вразливими до цього когнітивними схемами.

Список використаних джерел: 1. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 1988. Vol. 7, P. 113–136. 2. Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2018). The importance of core beliefs in the process of posttraumatic adaptation – the Polish adaptation of the Core Beliefs Inventory. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 27, 102-119. 3. Sharma, M., Koenen, K. C., Borba, C. P. C., Williams, D. R., & Deng, D. K. (2022). The measurement of war-related trauma amongst internally displaced men and women in South Sudan: Psychometric analysis of the Harvard Trauma Questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 304, 102–112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.016> 4. Şimşek, M. K. (2023). Cognitive models explaining post-traumatic stress disorder and cognitive therapy methods frequently used in trauma victims. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(4), 631–643. <https://doi.org/10.18863/pgy.1209460>

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

У сучасному світі помічається постійне збільшення числа дітей і підлітків, які мають розлади аутистичного спектру (РАС). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно одна з 100 дітей у світі страждає на цей розлад, і ця кількість поступово зростає. Особливу тривогу викликає той факт, що підлітковий вік – період складної психоемоційної перебудови – у підлітків з РАС часто супроводжується коморбідними психічними станами, зокрема тривожністю та депресією.

Тривожні та депресивні стани є одними з найбільш розповсюджених супутніх порушень при РАС. Вони значно ускладнюють адаптацію в соціумі, процес навчання, спілкування з однолітками та знижують загальну якість життя підлітка. Однак виявлення цих станів у людей з РАС часто ускладнене через специфіку їх емоційних реакцій, труднощі в комунікації та нетиповий прояв симптомів. Це зумовлює необхідність глибокого дослідження особливостей прояву тривожності та депресії саме в цієї категорії підлітків.

Метою публікації є аналіз особливостей прояву тривожності та депресивних станів у підлітків з розладом аутистичного спектру.

Основні особливості проявів тривожності у підлітків з розладом аутистичного спектру раннього підліткового віку, тобто від 10 до 14 років:

Сенсорна дисрегуляція. Спостерігається різке посилення сенсорної чутливості до подразників різного типу (аудіальних, візуальних, тактильних, ольфакторних), які раніше толерувалися або не викликали значного дискомфорту (наприклад, посилена реакція на гучні звуки, яскраве світло, певну текстуру одягу). Це є прямим наслідком гіперзбудження нервової системи, спричиненого травмою (Ostrowska, 2019).

Інтенсифікація стереотипної поведінки. Значне збільшення частоти, інтенсивності та різноманітності стимулів (повторюваних рухів, вокалізацій, маніпуляцій з предметами) як несвідомої спроби саморегуляції, зниження рівня тривоги та відновлення внутрішньої стабільності.

Гостра реакція на зміни рутини. Будь-які, навіть незначні, відхилення від звичного розпорядку чи середовища викликають інтенсивну тривогу, ажитацію, дезорганізовану поведінку, що є наслідком втрати передбачуваності та контролю, які особливо важливі для осіб з РАС.

Соматичні прояви. Часті неспецифічні соматичні скарги без чіткої органічної основи (головні болі, болі в животі, нудота, розлади травлення), що є психосоматичними еквівалентами тривоги (Ostrowska, 2019).

Регрес комунікативних та соціальних навичок. Може спостерігатися селективний мутизм (відмова від мовлення у певних ситуаціях), зменшення ініціювання та підтримки соціальних

взаємодій, регрес у раніше набутих комунікативних навичках (наприклад, зменшення використання фраз, повернення до ехолалії), що є формою уникнення та реакцією на перевантаження.

Основні *особливості проявів тривожності* у підлітків з розладом аутистичного спектру *пізнього підліткового віку*, тобто від 15 до 18 років:

Атипові панічні атаки. Прояви панічних атак можуть бути дезорганізованою поведінкою, спалахами самоагресії (ударяння головою, подряпини), інтенсивною стимуляцією, невербальним вираженням крайнього страху, а не типовими вербальними описами паніки (Thiele-Swift & Dorstyn, 2024).

Посилене уникнення соціальних ситуацій. Різке звуження кола соціальних контактів, навіть з близькими родичами чи перевіреними друзями, що є наслідком посиленої соціальної тривоги, страху бути засудженим або не зрозумілим, особливо після травматичного досвіду.

Генералізована тривога щодо майбутнього. Стійке, непропорційне занепокоєння щодо невизначеного майбутнього, особистої безпеки, фінансової стабільності, що посилюється загальною непередбачуваністю, спричиненою травмою та втратою контролю над життям (Thiele-Swift & Dorstyn, 2024).

Депресивна симптоматика у підлітків з розладом аутистичного спектру часто є замаскованою та може відрізнятися від "класичних" проявів. *Характерні риси депресії* у підлітків *раннього підліткового віку*, тобто від 10 до 14 років:

Втрата гіперфіксації. Повна або значна втрата інтересу до спеціальних інтересів (гіперфіксацій), які раніше були джерелом задоволення та саморегуляції. Це є одним з

найпотужніших індикаторів депресивного стану, оскільки такі інтереси є центральними для осіб з РАС.

Виражена апатія та анергія. Зниження загального рівня активності, відсутність мотивації до будь-якої діяльності, тривала пасивність, відсутність емоційної реакції на події, що раніше викликали задоволення чи інтерес.

Погіршення навичок самообслуговування. Регрес у здатності до самостійного виконання повсякденних справ (гігієна, одягання, харчування), що може свідчити про глибоку апатію та втрату життєвих сил (Thiele-Swift & Dorstyn, 2024).

Посилення соціального відсторонення. Вибіркова та значна перевага перебування у замкненому, ізольованому просторі (наприклад, кімнаті, під ковдрою), активне уникнення будь-яких соціальних контактів, що виходить за межі звичайної аутистичної ізоляції.

Неможливість участі у звичних активностях. Відмова від раніше улюблених занять, ігор, шкільних активностей, що свідчить про ангедонію та втрату життєвої енергії (Ostrowska, 2019).

Характерні *риски депресії* у підлітків *пізнього підліткового віку*, тобто від 15 до 18 років:

Повний регрес соціальної взаємодії. Навіть якщо раніше підліток підтримував мінімальні соціальні контакти, тепер спостерігається повна відмова від комунікації, ізоляція, уникнення будь-яких форм взаємодії, що свідчить про глибоку соціальну апатію.

Підвищена дратівливість та агресія. Нехарактерні для підлітка з РАС раніше спалахи гніву, дратівливість, вербальна або фізична агресія, що є зовнішнім проявом внутрішнього емоційного

болю, безсилля та депресивного стану (Thiele-Swift & Dorstyn, 2024).

Почуття "порожнечі" або "безглуздості". Підлітки можуть висловлювати (вербально або невербально) відчуття внутрішньої пустоти, апатії, втрати сенсу життя, особливо через втрату звичного світу, цінностей, планів, що були зруйновані травмою.

Схильність до румінацій на травматичні події. Нав'язливе, циклічне переживання спогадів про травматичний досвід, нездатність відволіктися від думок про минулі події, що посилює депресивний настрій та заважає функціонуванню (Thiele-Swift & Dorstyn, 2024).

Особливості комунікативних навичок підлітків з розладом аутистичного спектру часто ускладнюють своєчасну діагностику тривожних та депресивних станів. Багато хто з них не може вербально висловити свої емоції, або робить це через "інфантильні" скарги, які дорослі можуть не сприймати серйозно.

Також варто зазначити *відмінності гендерних проявів* тривожності та депресивних станів:

У дівчат з розладом аутистичного спектру тривожність може бути виражена через посилення потреби у маскуванні аутистичних рис, що призводить до виснаження та внутрішнього стресу, підвищена чутливість до соціальної критики, регрес у розвитку спеціальних інтересів через травматичний досвід, підвищена соматизація. Депресія проявляється може через надмірну схильність до перфекціонізму,

самокритики (посиленої травмою), соціальне відсторонення, що виходить за межі звичайної аутистичної ізоляції, вибірковість у спілкуванні, що звужується до мінімуму, порушення харчової поведінки (Ostrovska, 2019).

У хлопців з розладом аутистичного спектру тривожність частіше проявляється через зовнішню дезорганізацію, підвищену імпульсивність або, навпаки, повну пасивність. Можуть виникати спалахи агресії як реакція на тривогу та неможливість впоратися з емоціями. Депресія може бути "маскована" під посилення стереотипних рухів, відмову від контакту (втеча), підвищену дратівливість, агресивну поведінку, зниження академічної успішності, нездатність розпочати діяльність, що раніше приносила задоволення (Thiele-Swift & Dorstyn, 2024).

Важливо враховувати, що деякі прояви тривоги чи депресії "накладаються" на базову симптоматику розладу аутистичного спектру (наприклад, відмова від соціальної взаємодії чи стереотипії), що ускладнює диференціацію вказаних станів.

Узгоджена робота психологів, психіатрів, педагогів та родини має критичне значення для своєчасного розпізнання і підтримки підлітків з розладом аутистичного спектру, які страждають від тривоги чи депресії. Це дозволяє індивідуалізувати підходи до терапії та профілактики, що значно покращує прогноз розвитку і якість життя.

Список використаних джерел: 1. Ostrovska, K. O. (2019). *Zasady kompleksnoi psykholoho-pedahohichnoi dopomohy ditiam z autyzmom* [Principles of comprehensive psychological and pedagogical assistance to children with autism]. Triada Plus. URL; 2. Thiele-Swift, H. N., & Dorstyn, D.-S. (2024). Anxiety Prevalence in Youth with Autism: A Systematic Review and Meta-analysis of Methodological and Sample Moderators. *Rev J Autism Dev Disord*. Advance online publication. 10.1007/s40489-023-00427-w.

ЗВ'ЯЗОК ТРИВОЖНОСТІ БАТЬКІВ ІЗ ХАРАКТЕРОМ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКОЇ ВЗАЄМОДІЇ У СІМ'ЯХ, ДЕ ДИТИНА ХВОРИЄ НА АСТМУ

Проблема впливу психоемоційного стану батьків на характер дитячо-батьківської взаємодії є однією з центральних у сучасній клінічній психології. Попередні дослідження показують, що саме особливості батьківської поведінки суттєво впливають на емоційний розвиток і адаптацію дитини (Padalka et al., 2022). Ця тема набуває особливої значущості, коли дитина має хронічне соматичне захворювання. У сім'ях, де дитина хворіє на бронхіальну астму, спостерігається підвищене психологічне напруження, почуття безсилля, тривожності й провини у батьків. Такі переживання формують специфічне емоційне середовище, що визначає стиль взаємодії з дитиною та впливає на її емоційний стан і дотримання лікувального режиму.

У наукових дослідженнях доведено, що психоемоційна стабільність батьків є ключовим чинником подолання кризових ситуацій, пов'язаних із хворобою дитини (Adler, 2019; Padalka et al., 2022). Вона визначає не лише поведінкові реакції дорослих, а й емоційний клімат у сім'ї, який формує базове відчуття безпеки дитини. Коли батьки зберігають внутрішню рівновагу, здатність до саморегуляції та усвідомлення власних емоцій, дитина сприймає їх як джерело підтримки та стабільності. Натомість надмірна тривожність, депресивні стани або невротичні реакції дорослих часто спричиняють неадаптивні стилі виховання – "гіперопіку", надконтроль чи

емоційне відсторонення, що виконує захисну функцію, але водночас порушує емоційний контакт.

Такі патерни взаємодії створюють для дитини ситуацію подвійного послання: з одного боку, вона відчуває надмірну турботу, а з іншого – позбавляється можливості діяти самостійно. Це породжує невпевненість, емоційну залежність і знижену автономність. У результаті формується замкнене коло, у якому тривожність батьків підсилює тривожність дитини, а її емоційні реакції стають новим джерелом напруги для дорослих.

З огляду на це, дослідження взаємозв'язку між тривожністю батьків та якістю дитячо-батьківської взаємодії має як теоретичне, так і практичне значення. Воно дає змогу зрозуміти психологічні механізми, що підтримують або ускладнюють адаптацію сім'ї до ситуації хронічної хвороби дитини, та слугує підґрунтям для створення програм психологічного супроводу, спрямованих на зниження тривоги, розвиток емоційної компетентності й формування підтримувального стилю взаємодії з дитиною, хворою на астму.

Метою емпіричного дослідження було встановлення зв'язку між рівнем тривожності батьків та особливостями їхньої взаємодії з дитиною, яка має бронхіальну астму. У дослідженні взяли участь 40 осіб (20 матерів і 20 батьків) дітей віком від 3 до 17 років. Вибірка охопила різні соціально-демографічні категорії,

що дозволило виявити закономірності емоційної взаємодії у сім'ях із різним досвідом подолання психосоматичного захворювання.

Завдання дослідження полягали в аналізі підходів до проблеми тривожності батьків у контексті хронічного захворювання дитини, визначенні рівня їхньої тривожності, виявленні особливостей дитячо-батьківської взаємодії та встановленні взаємозв'язку між тривожністю батьків і характером їхнього ставлення до дитини.

У межах дослідження було застосовано комплекс психодіагностичних інструментів, спрямованих на оцінку якості дитячо-батьківських стосунків і психоемоційного стану дорослих. Для вивчення взаємодії між батьками та дітьми використано методику оцінювання дитячо-батьківських взаємин (Child-Parent Relationship Scale, CPRS, автор – Pianta), адаптація Н. Булатевич; для вивчення психоемоційного стану батьків - опитувальник резилієнс-ресурсів Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), адаптація під редакцією Школіна та ін.; шкалу генералізованого тривожного розладу (GAD-7, автори: Spitzer et al.); шкалу депресії пацієнта PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9, автори: Spitzer et al.); та шкалу сприйняття стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10, автор: Cohen, співавтори: Kamarck та Mermelstein). Опитування проходилося онлайн за допомогою Google Forms, з дотриманням принципів добровільності участі, конфіденційності та інформованої згоди.

Отримані результати дали змогу окреслити загальні тенденції психоемоційного стану батьків дітей, хворих на астму, та характеру їхньої взаємодії з дитиною. Більшість респондентів продемонстрували підвищений

рівень тривожності (приблизно 70 % вибірки), що виявлявся у частих відчуттях напруженості, передчутті загрози та надмірній фіксації на симптомах хвороби дитини. Середнє значення за шкалою GAD-7 склало 11.8 бала, що відповідає середньому рівню тривожності. У значній частині матерів простежувалися ознаки депресивності за шкалою PHQ-9 (середнє значення 9.3 бала), що свідчить про легкий рівень депресивних проявів — почуття емоційного виснаження, зниження життєвого тону та почуття провини за стан дитини. Батьки ж частіше демонстрували емоційне відсторонення, яке могло виконувати функцію психологічного захисту від надмірного стресу, але водночас послаблювало емоційний контакт із дитиною.

Аналіз результатів за шкалою CPRS показав, що високі показники тривожності та стресу мають зворотний зв'язок із рівнем емоційної близькості між батьками та дитиною ($r = -.62, p < .01$). Іншими словами, чим сильніше батьки переживають тривогу, тим більше в їхній поведінці спостерігається напруга, недовіра та контроль, що призводить до зростання конфліктності у взаєминах. Особливо це стосується матерів, для яких емоційна фіксація на стані дитини стає основною формою турботи, але водночас позбавляє дитину відчуття автономності.

Порівняльний аналіз результатів за шкалою резильєнтності (CD-RISC) показав, що психологічна стійкість є протекторним фактором у структурі дитячо-батьківської взаємодії. Середнє значення за цією шкалою становило 58.4 бала, причому у матерів – 56.2, а у батьків – 60.5, що відповідає середньому рівню резильєнтності. Батьки з високим рівнем

резильєнтності мали більш гнучкі стратегії подолання стресу, зберігали емоційну рівновагу у складних ситуаціях і демонстрували більшу емпатію до потреб дитини. Навпаки, низький рівень резильєнтності поєднувався з високим рівнем конфліктності, підвищеною тривожністю та схильністю до контролю. Такі батьки частіше інтерпретували поведінку дитини через призму страху за її здоров'я, що підсилювало напруження у спілкуванні.

Таким чином, тривожність батьків, зокрема в умовах тривалого догляду за хронічно хворою дитиною, виявляється психоемоційним фактором ризику, що здатен як послаблювати емоційну близькість, так і посилювати конфліктність у дитячо-батьківських стосунках. Це підтверджує доцільність комплексної психологічної підтримки батьків, спрямованої на зниження рівня тривожності як умови поліпшення якості взаємин з дитиною.

Загалом виявлено тенденцію до формування "гіперопікуючого стилю" виховання, який проявляється у постійному моніторингу стану дитини, обмеженні її самостійності та схильності батьків виконувати за неї навіть елементарні дії. Цей стиль має амбівалентну природу: з одного боку, він зумовлений прагненням захистити дитину, а з іншого — формує в неї відчуття безпорадності й залежності. Діти з таких сімей часто демонструють емоційну нестійкість, підвищену тривожність і низький рівень саморегуляції, що, у свою чергу, посилює тривожність батьків, створюючи замкнене коло взаємного емоційного підкріплення.

Отримані результати узгоджуються з висновками попередніх досліджень, які підтверджують, що тривожність батьків

виступає не лише індивідуальною характеристикою, а й системним чинником, що визначає мікроклімат сім'ї (Padalka et al., 2022; Adler, 2019). У сім'ях, де рівень тривожності нижчий, спостерігається більша довіра, відкритість і готовність дитини до співпраці з батьками. У той же час у родинах з високим рівнем тривожності переважають напружені, емоційно насичені, але не завжди підтримувальні стосунки, у яких турбота поєднується зі страхом.

Результати також підкреслюють значення індивідуальної психологічної підтримки батьків дітей із хронічними захворюваннями. Психологічні інтервенції, спрямовані на зниження рівня тривожності, розвиток навичок емоційної регуляції та підвищення резильєнтності, можуть сприяти покращенню не лише внутрішнього самопочуття дорослих, а й ефективності лікування дитини. Підвищення усвідомленості батьків щодо власних емоцій, навчання методів саморегуляції є необхідною умовою формування гармонійних сімейних стосунків.

Таким чином, результати дослідження дають підстави стверджувати, що психоемоційний стан батьків виступає визначальним чинником якості дитячо-батьківської взаємодії в умовах хронічного соматичного захворювання дитини. Підвищена тривожність, депресивні прояви та низький рівень стресостійкості безпосередньо пов'язані з емоційною дистанцією, контролем і конфліктністю у взаєминах. Водночас наявність психологічної гнучкості, емоційної стабільності та резильєнтності знижує напруження, сприяє емоційній підтримці дитини та формує у неї позитивне ставлення до власного стану.

Перспективним напрямом подальших досліджень є розробка програм психопрофілактики емоційного вигорання батьків, підвищення рівня їхньої психологічної обізнаності щодо особливостей взаємодії з хронічно хворими дітьми, а також створення інтервенцій, спрямованих на розвиток резильєнтності як ресурсу стабільності в умовах постійного стресу.

Список використаних джерел: 1. Adler, A. (2019). *The neurotic constitution*. Routledge; 2. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24(4), 385–396. 10.2307/2136404; 3. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The CD-RISC. *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. 10.1002/da.10113; 4. Padalka, O., Svarnyk, M., & Luhovsky, A. (2022). Psychological adaptation in parents of children with chronic illness. *Ukr J Psychol*, 3(1), 75–84; 5. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10), 1092–1097. 10.1001/archinte.166.10.1092

Войчишена Марина Вадимівна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Кравчук Світлана Леонтіївна

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

Посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) – це психічний розлад, який може розвинутися після переживання травматичної події, що включає фактичну або загрозову смерть, серйозні травми або сексуальне насильство. Розлад характеризується нав'язливим повторним переживанням травматичної події через тривожні спогади, флешбеки або нічні кошмари; уникненням подразників, пов'язаних з травмою; негативними змінами настрою та когнітивних функцій, такими як стійкі негативні переконання або почуття, спотворене звинувачення або знижений інтерес до діяльності, а також змінами збудження та реактивності, включаючи гіперпильність, перебільшену реакцію переляку та порушення сну (Aydogduet et al., 2023). Причиною посттравматичного стресового розладу може бути будь-яке сильне переживання, що виходить за межі звичайного досвіду і викликає крайнє перенапруження всієї емоційно-вольової сфери людини. Особи з ПТСР можуть уникати ситуацій або людей, які нагадують їм про травматичну подію, а також можуть мати сильні негативні реакції на сильний шум або випадковий дотик (Гільман & Кулеша, 2020). Як у дорослих, так і у дітей ПТСР може виникати як реакція на травматичну подію, що сталася у їх житті.

Одним із чинників ПТСР є воєнні дії, які несуть загрозу не тільки для життя і здоров'я людей, але й негативно впливають на їх психічний стан. Діти є найбільш вразливою категорією населення, які в складних ситуаціях та таких, що загрожують їх безпеці, життю і здоров'ю, не здатні впоратися з емоційними переживаннями, а ведення бойових дій та масовані обстріли призводять до емоційно-поведінкових змін та когнітивних наслідків. Особливо вразливими є діти, які постраждали від обстрілів та окупації, стали свідками катувань і тортур населення, втрати членів сім'ї, що завдало їм значного травматичного впливу.

ПТСР у дітей проявляється на емоційному, когнітивному та поведінковому рівні. На емоційному рівні: 1) у появі страхів, які є першою реакцією на пережитий стрес; 2) у появі специфічних фобій; 3) у появі відчуття провини за те, що трапилося. На когнітивному рівні: 1) у погіршенні концентрації уваги: діти стають неуважними; 2) у порушенні пам'яті: діти стають забудькуватими, їм важко згадувати минуле, особливо інформацію травмуючого чи стресового характеру; 3) у втраті вже сформованих когнітивних навичок; 4) у порушеннях сприйняття оточуючого середовища; 5) у появі думок про смерть. На поведінковому рівні: 1) у різких змінах поведінки; 2) у регресі в поведінці; 3) у

посиленні агресивності, гнівливості, упертості (Пророк та ін., 2015).

ПТСР може розвинути після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру (МКХ-11) і має такі симптоми: 1) повторне переживання травмуючої події чи кількох подій у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків чи кошмарних сновидінь.

Повторне переживання може бути представлене в одній або декількох сенсорних модальностях і зазвичай супроводжується сильними або всеохоплюючими емоціями, зокрема такими, як страх або жах, і вираженими фізичними (тілесними) відчуттями; 2) уникнення думок і спогадів про подію чи події або уникнення ситуацій або людей, що нагадують про подію (події); 3) постійне почуття поточної підвищеної загрози, на що, наприклад, може вказувати надмірна настороженість або підвищена реакція здригання на такі подразники, як раптові гучні звуки (Суятинова, 2024). До симптомів ПТСР А. Гільман та Н. Кулеша відносять симптоми чотирьох категорій: вторгнення, уникнення зміни в пізнанні та настрої, зміни збудження та реактивності (Гільман & Кулеша, 2020). В свою чергу Н. Пророк, С. Гончаренко та Л. Кондратенко як симптоми ПТСР розглядають повторне переживання, уникнення близькості із травмою, фізіологічні реакції та нездатність розслабитися (Пророк та ін., 2015). Слід акцентувати увагу на тому, що симптоми у дитини спостерігаються довше, ніж у дорослої людини. У важких випадках симптоми можуть тривати протягом декількох місяців. Дітям, які пережили психологічну травму, досить важко зрозуміти, що з ними сталося. Це пов'язано, насамперед, з

їхніми віковими особливостями, зокрема їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити зміст того, що відбувається – вона просто запам'ятовує ситуацію, свої переживання в цю мить. Її сприйняття дійсності стає хаотичним, безладним, починає відзначатися плутаниною, втрачається "структура світу", в якому дитина живе (Пророк та ін., 2015). Отже, до проявів ПТСР у дітей слід віднести появу страхів, фобій, нічних кошмарів, погіршення уваги та пам'яті, тривожності, дратівливості, агресивності або замкнутості.

Допомога дитині, яка пережила екстремальну ситуацію, має свої особливості. Ставши свідком нанесення каліцтв іншим людям, дитина зазнає такі самі сильні почуття, що і доросла особа (страх повторення події, руйнування ілюзії справедливості світу, безпорадність). У деяких дітей такі переживання можуть виникнути відразу ж після події, у інших – через деякий час. Травмовані діти проявляють свої пережиті почуття через поведінку. Така відповідь на травму пов'язана з тим, що дітям бракує соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості для достатнього розуміння того, що сталося з ними. Дорослі повинні розглядати поведінкові зміни у дитини як спосіб відреагувати на пережитий жах (Корнієнко та ін. 2017). Психологічне консультування та психотерапія є невід'ємною частиною процесу реабілітації дітей та підлітків, оскільки сприяє вирішенню внутрішньоособистісних проблем, що ускладнюють психологічну адаптацію дітей, які постраждали в зоні локального військового конфлікту. В консультативній роботі з дітьми та підлітками варто дотримуватись наступної

послідовності кроків: 1) відновлення у дитини позитивного ставлення до себе, довіри до світу; 2) аналіз проблем, що виникають після пережитої травми; 3) постановка позитивної мети у вигляді опису бажаного вирішення проблеми і необхідної для цього поведінки; 4) опис конкретних досягнень на день, тиждень, місяць; 5) визначення можливих ресурсів і союзників – тих, хто може допомогти в досягненні бажаного результату; 6) корекція агресивної поведінки; 7) опрацювання рецидивів старої поведінки, що перешкоджає досягненню поставленої мети (Корнієнко та ін. 2017).

Допомога дитині полягає у гарантуванні безпеки, стабільності та емоційної підтримки. Важливою є підтримка та турбота батьків, їх розуміння та врівноважене ставлення до стану

дитини. Одночасно, необхідним є супровід психолога при ПТСР, що полягає у психологічній підтримці дитини та батьків, роботі з емоціями та спогадами у вигляді ігрової терапії, арттерапії або когнітивно-поведінкових практик.

Отже, ПТСР у дітей в умовах війни є реакцією психіки на пережиту травматичну подію (обстріли, окупація, катування і тортури близьких, втрата членів сім'ї), що може виражатися у появі страхів, фобій, нічних кошмарів, погіршення уваги та пам'яті, тривожності, дратівливості, агресивності та замкнутості. При ПТСР у дитини активуються стресові механізми та порушуються процеси емоційної саморегуляції, а тому вона потребує підтримки та психологічної допомоги.

Список використаних джерел: 1. Гільман А., & Кулеша, Н. (2020). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. *European Humanities Studies: State and Society*, 4, 134–157. URL 2. Корнієнко, І. О. та ін. (2017). Досвід надання допомоги дітям і сім'ям – жертвам військового конфлікту: практичний посібник. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи. URL 3. Пророк, Н. В. та ін. (2015). Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: Довідник вихователя дошкільного навчального закладу. Слов'янськ: ПП "Канцлер". URL 4. Суятинова, К. (2024). Особливості посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія "Педагогіка. Психологія"*, 5, 171–177. <https://journals.academ.vinnica.ua/index.php/ped-psyh/article/view/159/148> 5. Aydogdu, H. et al. (2023). Is post-traumatic stress disorder related to the severity of physical trauma? *Revistada Associação Médica Brasileira*, 69(9). URL

ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОЯВ ПСИХОЗІВ У ПІДЛІТКІВ

Підлітковий вік є особливо вразливим періодом психічного розвитку, у якому відбувається інтенсивна перебудова особистісних структур, становлення ідентичності та емоційної саморегуляції. У цей час підліток стикається зі значними внутрішніми і зовнішніми викликами, що можуть сприяти виникненню психотичних реакцій. У роботі розглядаються основні психологічні фактори, які впливають на формування психозів у підлітковому віці, зокрема роль самооцінки, сімейних відносин, травматичного досвіду, соціальної ізоляції та неефективних механізмів психологічного захисту.

Психози у підлітковому віці становлять серйозну проблему сучасної клінічної психології, оскільки цей період є критичним для формування особистісної структури, соціальної ідентичності та механізмів адаптації. Згідно з даними McWilliams (2025), підлітковий вік характеризується високою вразливістю психіки до стресових впливів і нестабільністю меж "Я", що створює сприятливі умови для розвитку психотичних порушень у випадку надмірного психічного навантаження.

1. *Порушення ідентичності та самооцінки.* Пошук власного "Я" є центральним завданням підліткового періоду (Erickson). Коли підліток не знаходить стабільного відчуття ідентичності або стикається з глибокими внутрішніми суперечностями, зростає ризик фрагментації свідомості, що може проявлятися у дереалізації,

деперсоналізації чи навіть психотичних симптомах. Низька або нестійка самооцінка стає фоном для формування тривожності, внутрішньої напруги й почуття безпорадності.

2. *Хронічний психоемоційний стрес.* Сучасні підлітки стикаються з численними стресорами – інформаційним перевантаженням, соціальним тиском, проблемами у навчанні, булінгом. За умов емоційної нестабільності навіть незначний конфлікт може викликати сильну афективну реакцію, що уразливих осіб може провокувати психотичні епізоди.

3. *Травматичний досвід.* Психологічні травми дитинства – емоційне або фізичне насильство, втрати, відторгнення – залишають глибокі сліди у психіці. Як зазначає van der Kolk (2014), непропрацьований травматичний досвід порушує інтеграцію емоційних і когнітивних процесів, створюючи основу для дезорганізації мислення та сприйняття.

4. *Сімейна дисфункція.* Особливе значення мають сімейні фактори: конфлікти між батьками, емоційна холодність, подвійні послання ("double bind" за Bateson) або гіперопіка. Такі патерни взаємодії сприяють формуванню когнітивної дезорієнтації у дитини, що у підлітковому віці може проявитися як втрата контакту з реальністю, відчуження та формування параноїдних установок.

5. *Соціальна ізоляція.* Відсутність емоційної підтримки з боку ровесників та відчуття неприйняття викликають відчуття самотності,

що може посилювати аутистичні тенденції. Підлітки, схильні до замкненості, з часом можуть втратити контакт з соціальною реальністю, розвиваючи ілюзорні або маячні переконання як спосіб психічного захисту.

6. *Психологічні захисні механізми.* При психічному перенавантаженні підлітки нерідко вдаються до примітивних механізмів захисту — заперечення, проєкції, регресії, розщеплення. Їхня надмірна активація свідчить про слабкість "Я" та неефективність адаптаційних стратегій. Саме такий тип психологічної регресії може бути передвісником психотичних розладів.

Висновки. Отже, психози у підлітковому віці є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. Психологічні фактори відіграють ключову роль у формуванні вразливості психіки підлітка, особливо за наявності ранніх травм, дисфункційних сімейних відносин та низької самооцінки. Ефективна профілактика передбачає комплексний підхід: розвиток емоційної компетентності, формування адекватного рівня самооцінки, підтримку позитивних соціальних зв'язків та психоосвіту сімей.

Список використаних джерел: 1. Мак-Вільямс, Н. (2025). *Психоаналітична діагностика*. Видавництво Ростислава Бурлаки; 2. Paus, T., Keshavan, M., Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci*, 9(12), 947–57; 3. Mäki, P., Riekk, T., Miettunen, J., et al. (2010). Schizophrenia in the offspring of antenatally depressed mothers in the northern Finland 1966 birth cohort: relationship to family history of psychosis. *Am J Psychiatry*, 167(1), 70-7.

Гелеїшвілі Юлія Юрїївна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Венгер Ганна Сергїївна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПСИХІЧНИХ
ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ РАНЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ:
ЕТІОЛОГІЯ ТА МЕТОДИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ**

Сучасне дослідження психологічних особливостей порушення пізнавальних психічних процесів у дітей з синдромом раннього дитячого аутизму, є однією з найактуальніших у галузі нейропсихології та дитячої психіатрії. Перш за все, щорічно зростає кількість дітей із розладами психофізичного розвитку, зокрема із розладами аутистичного спектра (РАС), що вимагає пошуку ефективних форм і методів нейрокорекційної роботи. Захворювання має складний, тривалий перебіг, суттєво впливає не лише на дитину, а й на всю родину, ускладнюючи соціальну адаптацію та повноцінний розвиток. Таким чином, дослідження цієї проблематики є надзвичайно актуальним для забезпечення ранньої діагностики, ефективної корекції та соціальної адаптації дітей з аутизмом.

Міжнародний та український досвід

Розглядаючи та аналізуючи наукові роботи українських та міжнародних науковців, можна зазначити, що українські вчені традиційно роблять акцент на індивідуалізації психокорекційних і реабілітаційних програм, розробляють моделі соціально-психологічної адаптації з урахуванням когнітивних, емоційних, поведінкових і соціальних компонентів розвитку дитини. Програми реабілітації показують

високий ступінь адаптації до локального соціокультурного контексту і широко залучають різнофахових спеціалістів з акцентом на індивідуальний розвиток і створення інклюзивного середовища [4].

Сучасні міжнародні науковці оперують доказовими стандартами, широко використовують структуровані протоколи втручання, персоналізованість та доказову мультидисциплінарність. Міжнародна спільнота наголошує на важливості розробки і валідації стандартизованих показників комплексної оцінки функціонування (якість життя, когнітивний профіль, соціальна адаптація) для довгострокового моніторингу результатів [5].

Етіологічні фактори дитячого аутизму

Синдром раннього дитячого аутизм (РДА) являє собою складний розлад нейророзвитку з багатофакторною етіологією. Ключову роль відіграють генетичні мутації, порушення роботи генів, що контролюють формування нервових структур, а також епігенетичні механізми, зокрема зміна рівня метилювання ДНК та дисбаланс мікроРНК, які призводять до аномальної експресії генів, що регулюють пластичність, синаптичну передачу та розвиток мозку. Ці механізми здатні змінювати розвиток

мозку та сприяти формуванню клінічних проявів аутизму [2]. Епігенетичні механізми є ключовими ланками між генетичною схильністю, впливами середовища і клінічними проявами аутизму. Вони здатні змінювати розвиток мозку, навіть якщо відсутні прямі мутації в ДНК, що робить їх важливим об'єктом для дослідження та розробки терапій.

Серед факторів розвитку раннього дитячого аутизму досліджують навколишні фактори, які включають: прийом певних медикаментів під час вагітності (особливо вальпроєвої кислоти), вірусні інфекції, токсини довкілля, підвищений батьківський вік, передчасні пологи та ускладнення під час родів. Важливо зазначити, що вакцинація не є значущим фактором ризику розвитку аутизму [2].

Ще однією важливою складовою є нейробиологічні зміни у мозку дітей з аутизмом, які включають збільшення об'єму мозку в перші роки життя, з подальшим уповільненням росту. Спостерігаються порушення в префронтальній корі, включаючи зниження співвідношення гліальних клітин до нейронів на 20%, та порушення організації кортикальних шарів [2].

Окремо слід виділити також поліетіологічність аутизму, тобто його виникнення зумовлене поєднанням біологічних (генетичні мутації, органічні ураження мозку, особливості роботи мозкових структур), психологічних (особливості емоційного розвитку, порушення стосунків у сім'ї) та соціальних чинників (вплив середовища, мікросоціальні умови, рівень підтримки та стимуляції). Жоден із цих факторів не є визначальним окремо, бо аутизм формується внаслідок складної взаємодії спадковості,

особливостей мозку, впливів довкілля, а також соціальних і сімейних умов [3].

Особливості порушення когнітивних процесів

Особливості пізнавальних психічних процесів у дітей з РДА характеризуються диференційованими порушеннями уваги (нестійкість підтримки фокусу, відсутність вибірковості), пам'яті (запізнення формування операцій пам'яті, дисфункція робочої пам'яті), мислення (ригідність, конкретність, дефіцит абстрактних операцій), мовлення (повільний розвиток, ехолоалія), сприймання (сенсорна модальність, гіпер- або гіпочутливість до звуків, тактильних стимулів). У дітей з аутизмом спостерігається зниження швидкості когнітивної обробки інформації, домінування несвідомих схем реагування, порушення інтеграції соціального та емоційного досвіду в процесі мислення. Значна частина випадків супроводжується викривленням перцептивних механізмів і різноспрямованою сенсорною реактивністю, що посилює труднощі соціальної адаптації.

Діти з раннім дитячим аутизмом демонструють значні порушення виконавчих функцій, які включають труднощі з плануванням, організацією, ініціацією та завершенням завдань. Дослідження показують, що проблеми виконавчих функцій пов'язані з структурними та функціональними відмінностями в префронтальній корі, яка відповідає за планування та прийняття рішень. Спостерігаються порушення уваги, пам'яті, швидкість обробки інформації, мовлення, мислення та сенсорні порушення.

Так, нейропсихологічні дослідження сенсомоторної сфери у дітей з розладами спектра

аутизму (РАС) виявляють характерні порушення інтеграції сенсорної інформації, або гнозису. Це означає, що у таких дітей спостерігаються труднощі з обробкою і поєднанням сигналів від різних органів чуття (зір, слух, дотик, пропріоцепція тощо) [3].

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.

Методи нейрореабілітації та корекції. Нейрореабілітаційні програми та корекції для дітей із РДА ґрунтуються на принципах структурованості, ступеневості та мультисенсорної стимуляції. Структуровані освітні підходи такі як програма ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) яка є одним з найбільш доказово обґрунтованих підходів. Дослідження показують, що діти, які отримували ТЕАССН-тренування протягом шести місяців, демонстрували значні покращення в експресивній мові, афективному

вираженні, соціальній взаємності та самообслуговуванні.

Важливою складовою є зосередження на адаптації середовища до потреб дитини, а не на зміні самої дитини. Підхід використовує візуальні підтримки, структуровані розклади та чітку організацію простору для максимізації сильних сторін дітей з аутизмом.

Розглядаючи прикладний аналіз поведінки (АВА), який показує ефективність у покращенні когнітивних функцій, мовленнєвих навичок та адаптивної поведінки. Однак цей підхід є ресурсномістким та може не підходити для всіх дітей та сімей. Необхідно забезпечити мультидисциплінарний підхід, який є найбільш ефективним для лікування дітей з аутизмом. Він включає структуровані освітні програми (ТЕАССН, АВА), когнітивно-поведінкову терапію, сенсорну інтеграційну терапію, логопедичну терапію, ерготерапію та тренінги соціальних навичок.

Критично важливою є індивідуалізація лікування, оскільки кожна дитина з аутизмом має унікальний профіль сильних сторін та викликів. Раннє втручання та послідовність у всіх середовищах (дім, школа, громада) є ключовими факторами успіху у корекції раннього дитячого аутизму.

Список використаних джерел: 1. Neurobiological basis of autism spectrum disorder: mini review (2025). *Sec. Human Developmental Psychology*; 2. Genetic Causes and Modifiers of Autism Spectrum Disorder, (2019) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/>; 3. Associations between executive function and attention abilities and language and social communication skills in young autistic children (2024). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/>; 4. Аутизм: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення (2018). За матеріалами II Науково-практичної школи з питань аутизму. <https://neuroneews.com.ua/>; 5. International Consensus on Standard Outcome Measures for Neurodevelopmental Disorders (2024) . <https://jamanetwork.com/>

СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАР, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ КРИЗУ ПОДРУЖНЬОГО ЖИТТЯ

Сім'я є одним із провідних осередків суспільства. Але у сучасних соціокультурних умовах вона зазнає значних трансформацій, що зумовлює зростання кількості подружніх конфліктів і кризових станів у парах. Економічна нестабільність, міграційні процеси, війна, зміни у гендерних ролях, перевантаження обов'язками та емоційне виснаження сприяють напруженню у стосунках і втраті взаєморозуміння між партнерами. За цих обставин особливої значущості набуває психологічне консультування пар, спрямоване на відновлення діалогу, емоційної взаємності, усвідомлення потреб і цінностей кожного партнера. Вивчення особливостей такого консультування є актуальним завданням сучасної практичної психології, оскільки воно дає змогу розробити ефективні стратегії підтримки подружжя, що переживає кризу, й сприяє збереженню психологічного благополуччя сімейної системи.

Подружня криза є закономірним етапом розвитку сімейних відносин, який відображає труднощі адаптації подружжя до нових умов спільного життя (Крамченкова & Чепелева, 2022). Серед характерних ознак кризових подружніх відносин виділяють:

- зростання кількості та інтенсивності конфліктів, які можуть супроводжуватися безпідставними звинуваченнями, різкими емоційними реакціями, агресивністю;
- зниження якості спілкування, що виявляється у віддаленні подружжя,

уникненні відвертих розмов та втраті емоційного контакту;

- посилення автономності партнерів: кожен прагне вирішувати власні завдання самостійно, не виявляючи бажання співпрацювати у подоланні труднощів;
- втрата інтересу до спільних занять, що раніше приносили задоволення та зміцнювали подружній союз (відпочинок, культурні заходи, домашні справи);
- проблеми у сфері сексуального життя: зниження інтимної близькості, погіршення її якості або відмова одного з партнерів від сексуальних стосунків (Добромільська, 2023).

У цей період партнери стикаються з розбіжностями у цінностях, очікуваннях, стилях спілкування, що часто призводить до конфліктів, емоційної дистанції або втрати почуття взаємної підтримки. Саме тому психологічне консультування подружніх пар, які переживають кризу, набуває особливого значення як форма професійної допомоги, спрямована на усвідомлення причин напруження у стосунках, корекцію неефективних моделей взаємодії та відновлення емоційного контакту між партнерами.

Першочергово варто відзначити, що психологічне консультування подружніх пар має свою специфіку. Так, на відміну від індивідуальної роботи, консультант взаємодіє одразу з двома клієнтами, інтереси та очікування

яких можуть бути як узгодженими, так і суперечливими. Серед іншого можна виділити такі специфічні особливості психологічного консультування пар, які проживають кризу подружнього життя:

1. Спротив змінам. Часто подружжя звертається за допомогою з очікуванням, що саме партнер має змінити свою поведінку або ставлення. Така установка значно ускладнює терапевтичний процес, адже гармонізація стосунків можлива лише за умови обопільної готовності до особистісних трансформацій. Опір може проявлятися у байдужості під час обговорень, сарказмі, критиці або навіть ігноруванні порад консультанта. Завдання фахівця полягає у тому, щоб допомогти партнерам усвідомити спільну відповідальність за покращення взаємин і показати, що зміни можливі лише через активну участь кожного.

2. Висока емоційна напруга. Кризові етапи подружнього життя нерідко супроводжуються інтенсивними емоційними реакціями (гнівом, образою, агресією, сльозами чи неконтрольованими спалахами почуттів тощо). Такий рівень емоційної напруги унеможливорює раціональне обговорення проблем і потребує від консультанта високої професійної майстерності, зокрема, навичок кризової інтервенції. Завдання спеціаліста у цьому випадку полягає у стабілізації емоційного стану партнерів, створенні безпечного простору для висловлення почуттів і поступового переведення спілкування у конструктивне русло.

3. Асиметрія мотивації. Часто у парі спостерігається дисбаланс у зацікавленості збереженням стосунків: один із партнерів прагне відновити близькість і працює активно, тоді як інший сумнівається у доцільності спільного

життя або схиляється до розриву. Це створює напруження у процесі консультування, коли більш мотивований учасник чинить тиск на менш зацікавленого. У таких випадках завдання психолога полягає у тому, аби збалансувати участь обох сторін, знайти точки дотику у мотиваційній сфері та допомогти парі визначити спільну мету взаємодії.

4. Травматичний контекст. В українських реаліях додатковим викликом для подружнього консультування є зовнішні стресові чинники, а саме війна, вимушене переміщення, втрата близьких, дому чи роботи, досвід бойових дій тощо. Такі обставини значно підвищують рівень тривожності, емоційного виснаження, депресивних проявів і можуть сприяти розвитку посттравматичного стресового розладу. Психологічна допомога у таких випадках потребує інтеграції кризового підходу та елементів травма-фокусованої терапії, що дозволяє стабілізувати внутрішній стан партнерів і знизити вплив зовнішніх факторів на динаміку стосунків.

5. Культурні та гендерні стереотипи. У подружніх парах нерідко зберігаються традиційні уявлення про ролі чоловіка й жінки у сім'ї, які можуть ускладнювати досягнення партнерської взаємності. Домінування патріархальних моделей призводить до того, що один із партнерів уникає відповідальності або не визнає рівноправності у прийнятті рішень. Такі установки стають перешкодою для конструктивного спілкування. У таких випадках психолог має м'яко допомогти партнерам усвідомити вплив стереотипів на їхні стосунки, спрямовуючи розмову у русло партнерства, взаємоповаги та рівної відповідальності. Важливо не критикувати переконання напругу,

а через запитання, приклади й рефлексію показати переваги рівноправної взаємодії, підтримати розвиток емпатії та готовності до спільних рішень.

Зважаючи на викладене, можна стверджувати, що робота психолога з подружжям, яке переживає кризу, потребує особливої професійної чутливості, гнучкості та системного підходу. Консультант має одночасно зберігати нейтральність і проявляти емпатію до кожного з партнерів, підтримуючи атмосферу безпеки та довіри. Важливо не лише зосереджуватися на розв'язанні конфлікту "тут і зараз", а й допомагати подружжю побачити глибинні причини непорозумінь, усвідомити власний внесок у їх виникнення та сформувати нову модель взаємодії, засновану на діалозі, прийнятті й спільній відповідальності.

До основних завдань психологічного консультування подружніх пар належать:

- створення безпечного простору для емоційного вираження й відкритої комунікації;
- ідентифікація деструктивних моделей спілкування та пошук шляхів їх трансформації;
- розвиток навичок емоційної регуляції та активного слухання;

- формування партнерської позиції у прийнятті рішень і розподілі відповідальності;
- підтримка у формуванні нової системи цінностей і спільних цілей пари (Федоренко, 2024).

Ефективність консультування значною мірою залежить від здатності психолога підтримувати баланс між емпатією й професійною дистанцією, а також від його готовності інтегрувати елементи різних підходів (системного, гуманістичного, когнітивно-поведінкового, емоційно-фокусованого тощо). Водночас важливо враховувати соціокультурний контекст і ті травматичні впливи, які сьогодні переживає українське суспільство, адже саме вони часто стають фоном подружніх криз.

Відтак, специфіка психологічного консультування подружніх пар полягає у поєднанні роботи з емоційною сферою, когнітивними переконаннями та поведінковими стратегіями партнерів, що уможливорює поступову зміну деструктивних сценаріїв взаємодії на конструктивні, сприяючи гармонізації стосунків і зміцненню сімейної системи.

Список використаних джерел: 1. Добромильська, С. (2023, 22 вересня). *Розлучення чи нові можливості для пари: ознаки кризи у стосунках та як її подолати*. Українська правда. <https://life.pravda.com.ua/society/2023/09/22/256623/> 2. Крамченкова, В. О., & Чепелева, Н. І. (2022). Подружні конфліктогени як ознака сімейної кризи на різних етапах життєвого циклу сім'ї. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (1), 47-51. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.9>. 3. Федоренко, Р. П. (2024). *Психологія сім'ї* (3-тє вид.). Вежа-Друк.

Дуднік Алла Олександрівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Венгер Ганна Сергіївна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НЕЙРОКОРЕКЦІЇ СЕНСОРНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Актуальність проблеми сенсорних порушень у дітей з розладами аутистичного спектра (далі – РАС) визначається тим, що понад 80% дітей цієї категорії мають виражені труднощі з обробкою сенсорних стимулів (Tomchek & Dunn, 2007; Pfeiffer et al., 2011). Вони можуть проявлятися у вигляді гіперчутливості до звуків, світла, дотику чи смакових подразників, або ж, навпаки, у формі гіпочутливості, коли дитина потребує надмірної кількості стимуляції для формування адекватної реакції.

Окремим феноменом є *сенсорна фрагментарність*, що полягає у вибіркового реагуванні лише на певні подразники, а також труднощі інтеграції відчуттів із різних модальностей, які суттєво ускладнюють узгодження рухових, когнітивних та емоційних процесів (Baranek, 2002). Дослідники Ayres (2005) та Schaaf та Davies (2010) підкреслюють, що сенсорні дисфункції є не лише одним із ключових проявів РАС, але й чинником, що безпосередньо впливає на темпи розвитку мовлення, характер поведінки, здатність до взаємодії з оточенням, опанування навичками самообслуговування та соціалізацію. Отже, своєчасна діагностика та цілеспрямована нейрокорекція сенсорної сфери виступають

провідними завданнями сучасної корекційно-реабілітаційної практики.

Проблему сенсорних порушень у дітей з РАС досліджували як зарубіжні, так і вітчизняні науковці. Серед зарубіжних дослідників варто зазначити А. J. Ayres (1972, 2005), Т. Grandin (1992), G. T. Baranek (2002), R. C. Schaaf та P. L. Davies (2010), L. M. Pfeiffer (2011), S. D. Tomchek і W. Dunn (2007). В українському науковому просторі цю тему розробляли Ю. В. Вакулєнко (2020), О. Л. Кіпарєнко (2020), І. М. Мойсеєнко (2019), Т. М. Скрипник (2018).

Нейрокорекція сенсорних порушень розглядається сучасними науковцями не як окремий метод, а як цілісний підхід, що інтегрує різноманітні корекційні техніки та спрямований на оптимізацію функціонування нервової системи дитини. Вона передбачає поєднання методів сенсорної інтеграції, вправ на глибокий тиск, дихальних практик. Важливим є також використання вправ, які стимулюють розвиток міжпівкульної взаємодії, вправ для мозочкової стимуляції, структурованих вправ, спрямованих на розвиток моторного планування, зорово-моторної координації, серійної організації рухів. Нейрокорекція виступає багатовимірним та поліфункціональним методом, який поєднує у собі класичні й інноваційні підходи та

забезпечує більш повний розвиток дитини з РАС.

Базовим напрямом у системі нейрокорекційних втручань вважається метод сенсорної інтеграції, розроблений Ayres (1979). Його сутність полягає в тому, що через цілеспрямовану стимуляцію вестибулярної, тактильної та пропріоцептивної систем створюються умови для узгодженої роботи сенсорних каналів і формування адекватних адаптивних реакцій. Сучасні дослідження підтверджують, що вправи сенсорної інтеграції сприяють покращенню моторного планування, концентрації уваги, регуляції емоційного стану та зменшенню поведінкових труднощів (Schaaf et al., 2014). Важливою особливістю цього методу є його ігрова форма, яка забезпечує високу мотивацію дітей до занять і створює можливості для формування позитивного досвіду сенсорної взаємодії.

Одним з ефективних методів нейрокорекції є терапія глибокого тиску, що включає використання спеціальних важких ковдр, жилетів або обгортань, а також методи інтенсивного тактильного та пропріоцептивного впливу. Дослідження показують, що такі втручання сприяють зниженню рівня тривожності, формуванню відчуття тілесної цілісності та підвищенню здатності до саморегуляції (Grandin, 1992; Pfeiffer et al., 2011).

Важливу роль у нейрокорекції відіграють також дихальні практики у поєднанні з руховими вправами, що активізують парасимпатичну нервову систему, допомагають стабілізувати психоемоційний стан і сприяють більш ефективній інтеграції сенсорної інформації. Систематичне виконання дихальних вправ у поєднанні з руховими та сенсорними заняттями

дає змогу дітям з РАС навчитися усвідомлювати власний стан, регулювати рівень збудження та формувати емоційну врівноваженість, а також знижувати прояви сенсорної перевантаженості.

Стимуляція міжпівкульної взаємодії розглядається як один з базових елементів нейрокорекції, що забезпечує покращення координації діяльності лівої та правої півкуль мозку шляхом виконання спеціальних рухових та когнітивних завдань, які потребують синхронної роботи рук, ніг та очей, а також вимагають концентрації уваги на просторовому сприйманні та узгодженості рухів (Schaaf & Davies, 2010).

Поряд із цим мозочкова стимуляція спрямована на розвиток моторної точності, балансування, ритмічності рухів та інтеграції сенсорної інформації. Вправи, що виконуються на нестійких поверхнях або з ритмічним компонентом, одночасно активізують сенсорні системи та покращують координацію рухів, що критично важливо для дітей з сенсорними порушеннями (Stoodley & Limperopoulos, 2016).

Досягнення більш комплексного ефекту забезпечується включенням вправ на розвиток моторного планування, зорово-моторної координації та серійної організації рухів. Завдяки цьому забезпечується систематичний вплив на сенсорні, моторні та емоційні процеси розвитку, що створює умови для формування нових адаптивних стратегій поведінки (Grandin, 1992). Поєднання цих методів з класичними техніками сенсорної інтеграції, дихальними практиками та терапією глибокого тиску сприяє розвитку когнітивних функцій, покращенню уваги, саморегуляції, що забезпечує прогрес у формуванні сенсорної, моторної, когнітивної та емоційної сфер у дітей з РАС.

Важливим компонентом нейрокорекційних програм для дітей з РАС є формування індивідуальної сенсорної дієти, яка передбачає систематичне використання різних сенсорних стимулів з метою регуляції збудження, концентрації уваги, розвитку емоційної стабільності та формування адаптивної поведінки. Елементами такої дієти можуть виступати сучасні допоміжні технології, зокрема музикотерапія, ароматерапія та світлотерапія. Музикотерапія забезпечує контрольований сенсорний вплив через ритм, темп і мелодію, активізуючи аудіальне сприйняття та сприяючи його корекції, що позитивно позначається на розвитку емоційної регуляції, соціальної взаємодії та комунікативних навичок (Geretsegger et al., 2014). Ароматерапія, зокрема використання ефірних олій, впливає на ольфакторну систему, що сприяє зниженню рівня тривожності та покращенню якості сну у дітей із сенсорними дисфункціями (Goel et al., 2005; Ferrellet et al., 2019). Світлотерапія, яка передбачає застосування спеціально регульованого освітлення або певних кольорів світла, впливає на зорову модальність, що позитивно відображається на психоемоційному стані дитини, сприяє зниженню рівня стресу та зменшенню поведінкових проблем (Wilbarger,

2002). Інтеграція цих методів у сенсорну дієту підсилює ефект класичних технік сенсорної інтеграції, створюючи багатоканальну стимуляцію, що сприяє гармонійному розвитку усіх сенсорних систем дитини.

Отже, сучасні підходи до нейрокорекції сенсорних порушень у дітей з РАС ґрунтуються на принципах комплексності та міждисциплінарності, що передбачає поєднання різних терапевтичних стратегій у межах єдиної системи впливу. Застосування інтегрованих методів, орієнтованих на сенсорну сферу та пов'язані з нею когнітивні, емоційні й поведінкові процеси, дає змогу забезпечити більш цілісну активацію нейропсихологічних механізмів, що лежать в основі розвитку дитини.

Емпіричні дослідження демонструють ефективність такої багатовекторної корекційної роботи, оскільки вона сприяє формуванню адаптивних навичок, підвищенню рівня саморегуляції, розвитку соціальної компетентності та покращенню якості життя дітей з РАС. Водночас індивідуалізація програм та їх впровадження на основі сучасних наукових досліджень відкривають перспективи подальшого вдосконалення корекційно-реабілітаційної практики у сфері дитячої нейропсихології та спеціальної педагогіки.

Список використаних джерел: 1. Ayres, A. J. (1979). *Sensory Integration and the Child*. Western Psychological Services; 2. Grandin, T. (1992). Calming Effects of Deep Touch Pressure in Patients with Autistic Disorder, College Students, and Animals. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2(1), 63–72. 10.1089/cap.1992.2.63; 3. Pfeiffer, B. A. et al. (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. *Am J Occup Ther*, 65(1), 76–85. 10.5014/ajot.2011.09205; 4. Schaaf, R. C., & Davies, P. L. (2010). Evolution of the sensory integration frame of reference. *Am J Occup Ther*, 64(3), 363–367. 10.5014/ajot.2010.090000; 5. Tomchek, S. D., & Dunn, W. (2007). Sensory Processing in Children with and without Autism: A Comparative Study Using the Short Sensory Profile. *Am J Occup Ther*, 61(2), 190–200. 10.5014/ajot.61.2.190.

ХРОНІЧНИЙ ВОЄННИЙ СТРЕС ЯК МАКРОСОЦІАЛЬНИЙ ФОН СІМЕЙНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Окреслюючи предмет, сімейна психологія виходить не з індивіда, а з "простору між" людьми: саме зв'язки, патерни взаємодії та контексти пояснюють, як формуються думки, емоції й поведінка пар і сімей. Її епістемологічна основа — системне мислення, що розглядає взаємозалежні біопсихосоціальні рівні та відкидає лінійні індивідуалістичні пояснення (Thoburn, Sexton, 2016, с. 3-6).

Перехід від суто індивідуальної терапії до роботи з родинними системами став зсувом парадигми: психопатологія осмислюється як наслідок порушених взаємин, що мають межі, ієрархію та підсистеми з розподілом ролей. Сьогодні це зріла спеціалізація прикладної психології з власним теоретичним корпусом про функціонування сім'ї/пари, перевіреними практиками та професійною інфраструктурою стандартів і підготовки (Thoburn, Sexton, 2016, с. 7).

"Хронічний стрес" розуміється нами не як "події, що довше тривають", а як окремий клас стресорів — тривалі умови з повільним стартом і відкритим фіналом (перевантаження, невизначеність, конфлікт, звуження вибору, дефіцит ресурсів). Важливо уникати подієцентричного звуження та відрізнити "подію" (розлучення) від окремого хронічного стану (тривалий батьківський конфлікт). Це не лише індивідуальний, а й реляційний феномен: хронічні стресори "вмонтовані" у ролі та спільне життя, а копінг одного члена пари/сім'ї

відгукується на добробуті іншого (Wheaton, 1997, с. 48–57).

Дослідження стресу й травми на рівні родинних систем з'явилося відносно нещодавно через домінування індивідуоцентричної оптики в психічному здоров'ї. Сім'я може одночасно бути буфером і вразливою ланкою: травма одного члена здатна "заражати" всю систему. Catherall описує щонайменше чотири шляхи такого впливу: спільне переживання події всіма членами; вікарне травмування через дізнання про подію близької людини; вторинний травматичний стрес як наслідок тривалої експозиції до симптомів постраждалого; та внутрішньосімейна травма, коли джерелом стають самі члени родини (наприклад, насильство) (Catherall, 2004, с. 1–5).

Згідно з гіпотезою дослідження, тривале перебування у воєнному середовищі супроводжується більш вираженими дисфункціями сімейної взаємодії, ніж життя поза таким контекстом. Завданням було емпірично з'ясувати, чи відрізняються показники сімейних порушень між людьми з хронічним воєнним стресом і тими, хто його не зазнає, на статистично значущому рівні.

Дизайн і вибірка: порівняльне дослідження з двома групами загальною чисельністю N=80 (40 діад/подружніх пар). Експериментальна підвибірка — мешканці Харкова, які щонайменше шість місяців безперервно живуть у прифронтових умовах; контрольна — жителі Ужгорода з аналогічним піврічним періодом

проживання у відносно безпечному середовищі та зі співмірними соціально-демографічними характеристиками.

Інструменти: для оцінювання використовували Шкалу хронічного воєнного стресу цивільних (Іванова, 2025) і методику "Загальна сімейна тривога" (Федоренко, 2015). Ці опитувальники дозволяють співвіднести рівень хронічного стресу воєнного походження з інтенсивністю сімейної тривоги та порушень у стосунках.

Оцінка за Шкалою хронічного воєнного стресу цивільних засвідчила систематично вищі показники в групі, що живе у прифронтових умовах. Найпомітніше відрив проявився у "Травматичній реактивності" (дуже великий ефект, $g \approx 1.78$; $\Delta M \approx 8$; 95% ДІ $\approx 6-10$). Далі за величиною різниці — інтегральний показник ($g \approx 1.56$; $\Delta M \approx 17$; 95% ДІ $\approx 12-22$) та "Когнітивне уникання" ($g \approx 1.29$; $\Delta M \approx 3.6$; 95% ДІ $\approx 2.4-4.9$). "Емоційна ізоляція" також підвищена (великий ефект, $g \approx 1.05$; $\Delta M \approx 5.6$; 95% ДІ $\approx 3.3-8.0$). Отже, стресовий тиск фіксується як на загальному рівні, так і в ключових компонентах, із найбільш вираженим зсувом саме у реактивності на травматичні стимули.

Табл. 1. Міжгрупові відмінності за Шкалою хронічного воєнного стресу цивільних (ШХВСЦ)

Субшкали ШХВСЦ	Показники хронічного воєнного стресу (бали $\pm \sigma$)		Рівень достовірності (p)
	ЕГ: M \pm SD	КГ: M \pm SD	
Загальний показник	30,60 \pm 12,93***	13,40 \pm 8,48	<0,001
Травматична реактивність	13,28 \pm 4,50***	5,33 \pm 4,35	<0,001
Емоційна ізоляція	11,35 \pm 6,69***	5,73 \pm 3,33	<0,001
Когнітивне уникання	5,98 \pm 3,38***	2,35 \pm 2,02	<0,001

Примітка: ЕГ — експериментальна група; КГ — контрольна група; М — середнє; SD — стандартне відхилення; * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

За опитувальником "Загальна сімейна тривога" міжгрупові відмінності простежуються в усіх субшкалах. Найбільше розходження дає "Сімейна вина" ($g \approx 0.78$), загальний показник також виразно вищий ($g \approx 0.72$). "Сімейна тривожність" демонструє ефект середнього розміру ($g \approx 0.64$), а "Сімейна напруженість" — помірний, але надійний ($g \approx 0.56$). Сукупно це окреслює узгоджену картину підвищеної сімейної тривоги у прифронтовій підвбірці, де компонент "вини" найбільш виражений, а тривожність і напруженість підсилюють загальний патерн.

Табл. 2. Міжгрупові відмінності за методикою "Загальна сімейна тривога" (ЗСТ)

Субшкали ЗСТ	Показники загальної сімейної тривоги (бали $\pm \sigma$)		Рівень достовірності (p)
	ЕГ: M \pm SD	КГ: M \pm SD	
Загальний показник	8,13 \pm 6,58**	4,33 \pm 3,36	0,0019
Сімейна вина	2,38 \pm 2,33***	0,90 \pm 1,26	0,00082
Сімейна тривожність	2,48 \pm 2,23**	1,30 \pm 1,24	0,005
Сімейна напруженість	3,28 \pm 2,39*	2,13 \pm 1,59	0,013

Примітка: ЕГ — експериментальна група; КГ — контрольна група; М — середнє; SD — стандартне відхилення; * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

Отримані дані узгоджуються з нашою гіпотезою: тривале перебування у воєнному середовищі пов'язане з більш вираженими порушеннями сімейного функціонування. У прифронтовій підвбірці стабільно вищі

показники хронічного воєнного стресу за всіма субшкалами, з найбільшим зсувом у "травматичній реактивності". За шкалою сімейної тривоги найвищі результати має компонент "вини", а тривожність і напруженість підтримують загальний патерн підвищеного

дистресу. Сукупно це підтверджує, що хронічний воєнний стрес виступає макросоціальним тлом сімейної дисфункції та вимагає системних (парно-сімейних) підходів до оцінювання й допомоги.

Список використаних джерел: 1. Іванова, Т. В. (Уклад.). (2025). Методичні рекомендації з використання Шкали хронічного воєнного стресу (ШХВС-Ц). Сумський державний університет. 2. Федоренко, Р. П. (2015). Психологія сім'ї: навчальний посібник. Вежа-Друк. 3. Catherall, D. R. (Ed.). (2004). *Handbook of stress, trauma, and the family*. Brunner-Routledge. 4. Thoburn, J. W., & Sexton, T. L. (2015). *Family psychology: Theory, research, and practice*. Praeger. 5. Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 43–73). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9862-3_2

Кучер Злата Станіславівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Мельничук Ірина Валентинівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

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

Актуальність дослідження порушень пізнавальних психічних процесів у дітей з розладом аутичного спектру зумовлена зростанням поширеності цього виду нейророзвиткових розладів у світі та в Україні, а також необхідністю пошуку ефективних шляхів їх психологічної та нейрореабілітаційної корекції. За даними сучасних наукових досліджень, кількість дітей із РАС щороку збільшується, що створює нові виклики для системи освіти, охорони здоров'я та психологічної підтримки.

Порушення пізнавальних процесів – таких як сприйняття, увага, пам'ять, мислення, мовлення й уява – значно ускладнюють соціальну адаптацію дітей, обмежують можливості навчання та комунікації. Без своєчасної корекції ці порушення призводять до стійкої дезінтеграції когнітивних і емоційно-вольових функцій, що негативно впливає на розвиток особистості дитини.

У цьому контексті нейрореабілітаційний підхід набуває особливої ваги, оскільки спирається на сучасні знання про нейропластичність мозку та взаємозв'язок психічних і нейрофізіологічних процесів. Його застосування дозволяє не лише компенсувати дефіцити розвитку, але й створювати умови для формування нових функціональних зв'язків у мозку дитини, що

сприяє покращенню пізнавальної діяльності та поведінкової регуляції.

Прояви РАС суттєво впливають на різні аспекти життя дитини, особливо на їхню здатність до соціальної взаємодії та спілкування. Це створює значущі виклики для дітей з аутизмом, які намагаються інтегруватися в дитячий колектив. Основні аспекти проблеми включають:

1. Складнощі адаптації: діти з аутизмом часто стикаються із труднощами у встановленні контактів з однолітками та вихователями або вчителями. Вони можуть відчувати страх перед новими соціальними ситуаціями.

2. Недоліки в соціальній взаємодії: аутизм може обмежувати здатність дітей до взаємодії з іншими, що ускладнює їх соціалізацію та спілкування.

3. Потреби в індивідуальних підходах: діти з аутизмом можуть потребувати індивідуальних навчальних планів та стратегій, орієнтованих на їхні унікальні потреби та можливості.

4. Роль батьків та вчителів або вихователів: важливо розуміти, як батьки та педагоги можуть впливати на адаптацію дітей з аутизмом та як підготувати їх до успішної інтеграції в дитячий колектив [1].

Пізнавальні психічні процеси – сприйняття, увага, пам'ять, мислення, уява та мовлення – у

дітей з розладом аутичного спектру (РАС) мають своєрідну структуру та динаміку розвитку, що зумовлює специфічний характер їх взаємодії з навколишнім світом. В основі цих порушень лежить недостатня інтеграція сенсорної, емоційної та когнітивної інформації, що проявляється у труднощах формування цілісного образу дійсності.

Сприйняття у дітей з аутизмом характеризується фрагментарністю та вибірковістю, тому вони часто фіксуються на окремих деталях об'єкта, не сприймаючи його як єдине ціле. Такі діти можуть демонструвати як гіперчутливість, так і гіпочутливість до сенсорних подразників, що ускладнює процес орієнтації в середовищі.

Увага у дітей з РАС має обмежений обсяг, нестійкий характер і труднощі з переключенням. Тому, дитині з РАС важко сконцентруватися на соціально значущих стимулах, натомість вона може тривало зосереджуватися на стереотипних діях чи предметах.

Пам'ять у дітей з аутизмом розвивається нерівномірно. Найчастіше переважає механічне запам'ятовування без глибокого розуміння змісту, в той час як зорово-моторна та епізодична пам'ять можуть бути збереженими або навіть добре розвиненими, тоді як вербально-логічна пам'ять істотно порушена.

Процес мислення у дітей з РАС має наочно-дійовий або конкретно-образний характер. Їм складно узагальнювати, встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, переносити знання в нові ситуації. Вони часто мислять шаблонно, що зумовлює труднощі у розв'язанні нестандартних завдань.

Уява у дітей з РАС зазвичай обмежена, стереотипна або ригідна, що проявляється у

повторюваних сюжетах гри, труднощах у створенні нових образів чи сценаріїв.

Мовлення при наявності у дитини РАС має значні якісні порушення: спостерігається ехололія, труднощі у використанні займенників, порушення інтонаційної виразності, а також обмежене використання мовлення як засобу комунікації. У багатьох дітей відзначається несформованість прагматичного аспекту мовлення – здатності використовувати мову відповідно до соціального контексту.

Відтак, пізнавальні процеси у дітей з розладом аутичного спектру мають системний характер порушення, який охоплює всі рівні психічної діяльності. Вони розвиваються за уповільненим, асинхронним типом і тісно пов'язані з емоційно-комунікативними труднощами. Ефективна психологічна допомога таким дітям передбачає використання структурованих методик навчання, розвитку сенсорної інтеграції, стимулювання соціальної взаємодії та формування вищих психічних функцій через ігрову та комунікативну діяльність.

Нейрореабілітація дітей з розладом аутичного спектру спрямована на відновлення, компенсацію та розвиток порушених або недостатньо сформованих пізнавальних психічних процесів – сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мовлення і уяви. Основою сучасних нейрореабілітаційних підходів є принцип нейропластичності мозку, що передбачає здатність нервової системи до реорганізації під впливом цілеспрямованих психолого-педагогічних і нейрофізіологічних впливів.

Одним із ключових напрямів нейрореабілітації є сенсомоторна інтеграція, яка спрямована на формування узгодженості між сенсорними системами (зоровою, слуховою,

тактильною, пропріоцептивною, вестибулярною). Заняття з використанням сенсорних кімнат, терапевтичних гойдалок, тактильних панелей та вправ на баланс стимулюють розвиток сприймання, уваги, моторного контролю та просторової орієнтації.

Когнітивно-поведінкові методи у нейрореабілітації використовуються для формування навичок концентрації уваги, розвитку мислення та мовлення, а також для корекції дезадаптивних форм поведінки. Через структурування середовища, візуальні підказки, чіткі алгоритми дій і систему позитивного підкріплення у дитини формується здатність до послідовного мислення й планування.

Нейропсихологічна корекція базується на розвитку вищих психічних функцій шляхом стимуляції міжпівкульних зв'язків. У процесі роботи з дітьми використовуються вправи на розвиток дрібної моторики, координації рухів, ритмізації, що активізує діяльність префронтальних відділів мозку, відповідальних за довільну увагу, пам'ять і контроль поведінки.

Музико- та арт-терапія відіграють важливу роль у формуванні емоційного контакту, покращенні мовленнєвої активності та розвитку уваги. Музичні вправи з ритмізацією рухів сприяють синхронізації міжсенсорних процесів і

стимулюють нейронні зв'язки, пов'язані з мовною сферою.

Логопедичні та нейромовленнєві програми застосовуються для корекції комунікативних труднощів і стимуляції вербальної пам'яті. Ефективними є методи візуальної підтримки (PECS, картки-комунікатори), що допомагають дитині переходити від невербальних форм спілкування до вербальних.

Важливою умовою результативності нейрореабілітації є комплексний міждисциплінарний підхід, який об'єднує роботу психолога, нейропсихолога, логопеда, дефектолога, фізичного терапевта та лікаря-невролога. Застосування індивідуалізованих програм, заснованих на детальній нейропсихологічній діагностиці, дозволяє максимально врахувати когнітивний профіль дитини й забезпечити поступове формування вищих психічних функцій.

Таким чином, нейрореабілітація при порушеннях пізнавальних психічних процесів у дітей з РАС спрямована не лише на корекцію дефіцитарних функцій, а й на створення умов для адаптації, соціалізації та підвищення якості життя дитини. Її ефективність визначається тривалістю, системністю та інтеграцією психолого-педагогічних і нейрофізіологічних впливів.

Список використаних джерел: 1. Левицька А.І., Ходанович Е.М. Аутизм у дошкільному віці: психологічні та педагогічні аспекти адаптації та розвитку. Наукові перспективи. 2023. № 11(41). С. 1273-1281. DOI <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/14263/Levitskaia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; 2. Олексюк В. Р., Павелко О. П. Особливості розвитку та психокорекції пізнавальної сфери дітей з РАС. Вчені записки ТНУ імені В.І.Вернадського. Серія: Психологія. Том 33 (72). № 1. 2022. С.124-129. DOI <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.1/20>; 3. Ходанович Е.М. Особливості психокорекційної роботи з адаптації дітей із розладами аутистичного спектра в закладах дошкільної освіти – на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 – Психологія. – Державний університет "Київський авіаційний інститут", Київ, 2025. DOI https://vchenarada.nau.edu.ua/wp-content/uploads/2025/07/Disertatsiya-Hodanovich-E_M.pdf

КОНФЛЮЕНЦІЯ У СИСТЕМІ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН СУЧАСНОСТІ

Сучасне суспільство перебуває у стані значних соціальних, економічних і культурних трансформацій, що помітно впливають на психологічний клімат у сім'ї. Сучасні соціально-психологічні умови — підвищення рівня тривожності, нестабільність міжособистісних зв'язків, зміна ролей у сім'ї — посилюють актуальність проблеми збереження психологічних меж та автономії батьків та дітей. За таких умов особливого значення набуває феномен конфлюенції, який ми розглядаємо як психологічний стан злиття між батьками та дитиною, що супроводжується розмиттям особистісних меж, частковою втратою автономності. У дитячо-батьківських відносинах конфлюенція може проявлятися як надмірна емоційна близькість, симбіотична прив'язаність, залежність дитини від емоційного стану батьків або навпаки — батьків від дитини.

Проблема конфлюенції є особливо значущою в умовах інклюзивного освітнього середовища, де емоційна включеність батьків у процес розвитку дитини часто перевищує адаптивні межі, ускладнюючи становлення самостійності й суб'єктності дитини.

За Ф. Перлзом (Perls, 1994), конфлюенція — це механізм втрати диференціації, який тимчасово усуває межі між "Я" та "Іншим", створюючи ілюзію тотожності. За умови збереження психологічних меж вона може виконувати функцію емоційного єднання, проте

у тривалій формі призводить до втрати автономії та порушення процесу самовизначення.

Подальший розвиток ідей про природу конфлюенції пов'язаний із низкою психологічних теорій, що по-різному інтерпретують взаємозв'язок між емоційною прив'язаністю й автономією. Так, у теорії прив'язаності Дж. Боулбі (Bowlby, J., 2012) феномен емоційного злиття розглядається як наслідок небезпеки розриву базової прихильності. Нестійка або тривожна прив'язаність формує тенденцію до надмірної залежності від значимого дорослого, що відображає конфлюентний тип реагування у взаєминах. У дослідженнях М. Ейнсворт (Ainsworth, M. D. S., 2015) було конкретизовано типологію прив'язаності, що надало емпіричне підґрунтя для пояснення різних форм емоційної залежності у стосунках. Зокрема, діти з тривожно-амбівалентним типом прив'язаності виявляють підвищену потребу в емоційному злитті з матір'ю, що згодом ускладнює процес сепарації-індивідуації та формування психологічної автономії.

У концепції сепарації-індивідуації М. Малер (Mahler, M. S., 2008) нормальний симбіоз між матір'ю та дитиною розглядається як природний і необхідний етап раннього розвитку, що забезпечує формування базового відчуття безпеки. Порушення цього процесу — його передчасне переривання або, навпаки, надмірність — може призводити до труднощів у

становленні автономності, посилення тривожності розлуки та схильності до залежних форм взаємин.

На нашу думку, у сучасній психологічній науці конфлюєнція постає як багатовимірний феномен, який об'єднує когнітивний, емоційний і поведінковий рівні функціонування особистості. Її поява в дитячо-батьківських стосунках зумовлена не лише особистісними характеристиками взаємодії батьків та дітей, а й соціокультурним контекстом, зокрема у ситуаціях підвищеної тривожності, невизначеності та соціального контролю.

Проведене нами емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення особливостей прояву конфлюєнції у системі дитячо-батьківських відносин і визначення психологічних чинників, що зумовлюють її формування.

Отримані результати дають підстави констатувати тенденцію до підвищеного рівня конфлюєнції серед батьків, які виховують дітей з особливими освітніми потребами. У таких сім'ях частіше простежується емоційне злиття з дитиною, ототожнення власних переживань із її станом, а також схильність до гіперконтролю та труднощі у делегуванні відповідальності. Такі прояви свідчать про порушення балансу між емоційною близькістю й самостійністю дитини, а також про труднощі у підтримці психологічних меж у системі дитячо-батьківських відносин.

Метою дослідження було встановити наявність та характер зв'язку між рівнем конфлюєнції у батьків і показниками автономності дитини. Методичний інструментарій включав авторську анкету оцінки конфлюєнції, 16-факторний особистісний опитувальник Р.

Кеттелла (форма А) та методику "Неіснуюча тварина".

Дані 16PF показали, що батьки дітей з особливими освітніми потребами характеризуються вищою емоційною чутливістю, тривожністю та залежністю, у поєднанні зі зниженою соціальною сміливістю та емоційною стабільністю. Це свідчить про тенденцію до гіперідентифікації з дитиною й труднощі у збереженні психологічних меж.

Результати методики "Неіснуюча тварина" продемонстрували у дітей з ООП символічні ознаки злиття з фігурою дорослого, емоційне напруження та нечіткість образу "Я". У дітей з типовим розвитком малюнки мали цілісну структуру та елементи захисту, що вказує на сформовану автономність.

Авторська анкета виявила дві провідні батьківські стратегії: емоційно-залежну — прагнення постійної близькості, уникнення розлуки, та контролюючу — надмірне включення у життя дитини й обмеження її самостійності.

Порівняльний аналіз засвідчив, що інклюзивне середовище може посилювати конфлюєнтні тенденції через підвищену тривожність і потребу батьків у контролі. Водночас, за наявності психологічного супроводу, злиття може трансформуватися у конструктивну співзвучність, яка ґрунтується на емпатії, довірі й прийнятті.

Таким чином, феномен конфлюєнції у дитячо-батьківських стосунках має подвійний психологічний зміст: з одного боку, він може виступати адаптивною реакцією на стрес і прагнення до безпеки, а з іншого — чинником, що обмежує розвиток автономії дитини та підвищує ризик емоційного виснаження батьків. Отримані дані підтверджують необхідність розробки

психологічних програм профілактики та корекції конфлюентних форм взаємодії, спрямованих на розвиток усвідомленості, самостійності й здатності до збереження гнучких, але стабільних психологічних меж у системі "батьки – діти".

Психотерапевтична робота в системі дитячо-батьківських відносин спрямована на поступове формування здатності до контакту, що забезпечує емоційну близькість без втрати особистісної автономії. Основним завданням психолога є супровід процесу диференціації "Я" дитини та "Я" батьків, розвиток усвідомлення особистих меж і відповідальності кожного за власні емоційні стани.

Ефективність психокорекційної роботи з метою подолання конфлюентних тенденцій зумовлюється інтеграцією гуманістичного, системного та психотерапевтичного підходів, що забезпечують цілісний вплив на емоційно-особистісну сферу учасників взаємодії. З позиції *гейтальт-терапії* особливого значення набуває робота з феноменом конфлюенції, яка сприяє розвитку здатності до диференціації власних емоційних переживань, усвідомленню відмінності між власними почуттями та емоційними станами іншої особи, а також формуванню досвіду безпечного контакту. *Арт-терапевтичні* методи, що ґрунтуються на використанні символічних форм вираження (малюнок, колаж, метафоричні асоціації), виступають інструментом інтеграції емоційного досвіду, зниження внутрішньої

напруги й актуалізації процесів самопізнання. *Системна сімейна терапія* розглядається як метод оптимізації міжособистісної динаміки у родині, спрямований на досягнення балансу між емоційною близькістю та автономією, а також на формування партнерської моделі взаємодії, заснованої на взаємній відповідальності, прийнятті та психологічній зрілості.

Таким чином, конфлюенція в системі дитячо-батьківських відносин розглядається як складний психологічний феномен, що відображає взаємодію між потребою у безпеці та прагненням до самостійності. Надмірна вираженість досліджуваного феномену призводить до розмиття психологічних меж, підвищення рівня тривожності та емоційної залежності, тоді як його помірна, усвідомлена форма може сприяти розвитку емпатії, довіри та психологічної стійкості. Подолання конфлюентних тенденцій потребує поєднання діагностичної та психотерапевтичної роботи, що забезпечує гармонізацію системи "батьки – діти" та підтримує становлення особистісної самостійності кожного її учасника. В умовах інклюзивного середовища така діяльність є важливою передумовою психологічного благополуччя родини, оскільки саме чіткі й водночас гнучкі межі створюють підґрунтя для партнерства, прийняття та взаєморозуміння між батьками й дитиною.

Список використаних джерел: 1. Ainsworth, M. D. S., et al. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press. 10.4324/9780203758045; 2. Bowlby, J. (2012). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Routledge. (Originally published 1988) 10.4324/9780203440841; 3. Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2008). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books. URL; 4. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson; 5. Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1994). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Gestalt Journal Press.

ВПЛИВ ДИТЯЧОЇ ПСИХОТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДИСФУНКЦІЙНИХ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ

Проблематика впливу дитячого психотравматичного досвіду на побудову міжособистісних стосунків у дорослому віці є надзвичайно актуальною, особливо в умовах сучасних соціокультурних викликів. Згідно з численними психологічними дослідженнями, 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 (Van der Kolk, 2021; Levine, 2008).

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 (Herman, 1992). 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 (Ainsworth et al., 1978).

Мета дослідження: проаналізувати вплив раннього травматичного досвіду на особливості міжособистісної поведінки у дорослому віці.

Об'єкт дослідження: міжособистісні стосунки дорослої особистості.

Предмет дослідження: дисфункціональні моделі поведінки в партнерських стосунках дорослих.

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 (Van der Kolk, 2021; Levine, 2008).

Однією з 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. 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 особистісні схильні до повторної травматизації — вони несвідомо залучаються у стосунки, подібні до дитячого досвіду. Це називається реплікацією

травматичного сценарію, що є характерною ознакою дисфункціональних відносин (Herman, 1992).

Типовими формами таких стосунків є симбіотичні, співзалежні, аб'юзивні, емоційно холодні або контролюючі. До них часто додаються романтична тривожність, емоційна залежність або феномен травматичного зв'язку — коли жертва прив'язується до агресора внаслідок циклічного насильства і примирення.

Варто підкреслити важливість нейропсихологічного підходу до пояснення наслідків дитячих травм. Як зазначають Van der Kolk (2021), Levine (2008), психотравма закріплюється не лише в пам'яті, а й на тілесному рівні — через хронічне перенапруження нервової системи, гормональні зміни та порушення функціонування лімбічної системи.

Наслідки таких змін включають: низьку самооцінку, емоційну нестабільність, труднощі у формуванні безпечної прихильності, схильність до емоційної ізоляції та розвиток ПТСР. Це значно ускладнює формування здорових стосунків у дорослому віці.

Таким чином, дослідження впливу раннього травматичного досвіду на характер міжособистісної взаємодії є важливим для психологічної практики. Це дозволяє не лише глибше зрозуміти витоки емоційної дисфункції, а й ефективно будувати психотерапевтичну інтервенцію. Своєчасна допомога, спрямована на інтеграцію травматичного досвіду та формування адаптивних моделей поведінки, знижує ризик повторної травматизації та покращує якість життя.

Список використаних джерел: 1. Боулбі, Д. (2005). Прив'язаність (О. Ярошенко, Пер.). Видавництво УЦВІГ. (Оригінальна робота опублікована 1969 р.); 2. Ван дер Колк, Б. (2021). Тіло веде лік: Як подолати наслідки травми за допомогою новітніх досягнень психотерапії (Т. Родіонова, Пер.). Наш Формат. (Оригінальна робота опублікована 2014 р.); 3. Levine, P. A. (2008). *Healing trauma: A pioneering program for restoring the wisdom of your body*. Sounds True. <https://www.soundstrue.com/products/healing-trauma>; 4. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books. <https://www.basicbooks.com/titles/judith-l-lewis-herman/trauma-and-recovery/9780465061716/>; 5. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum. <https://psycnet.apa.org/record/1979-21550-000>.

СЕЛФХАРМ У ПІДЛІТКІВ ЯК ФОРМА ПСИХОЛОГІЧНОГО САМОРЕГУЛЮВАННЯ В УМОВАХ ЕМОЦІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Сучасне суспільне середовище, в якому формуються підлітки як особистості, характеризується високим рівнем емоційної напруги, насиченістю чинників зростання тривожності та відчуженістю. На тлі переліченого дедалі частіше трапляються випадки самопошкодження серед підлітків. Нещодавні дослідження вказують на зростання поширеності селфхарму за останні 20 років (Butt et al., 2025). Більшість підлітків, які вдаються до самопошкодження, роблять це заради полегшення непрємних переживань. Актуальність теми зумовлена необхідністю глибокого розуміння психологічних механізмів селфхарму як специфічного методу емоційного самоврегулювання, що вказує на дезадаптацію особистості підлітка.

Проблему селфхарму активно досліджують у світовій психології з початку 2000-х років. Спостерігається тенденція до міждисциплінарного вивчення селфхарму. Зокрема, проблемі присвячено роботи таких вітчизняних та зарубіжних науковців, як Л. Варава, Е. Гаген, Л. Герасименко, Н. Калайтан, Д. Клонські, А. Макаренко, М. Нок, О. Погорілко, Р. Розенталь, О. Скрипніков, Т. Старовойт, А. Фавацца та інших.

У психологічній літературі селфхарм визначається як завдання шкоди людиною відносно власного тіла без усвідомленого наміру вчинити самогубство. Поширеними є такі поняття, як "самопошкодження",

"самоушкодження", "самоушкоджувальна поведінка". Застарілими та небажаними для використання в контексті селфхарму є такі терміни, як "навмисне самоушкодження" (створює враження, що акт самоушкодження є спокійно спланованим, а не результатом емоційних страждань чи дистресу), "спроба самогубства", "парасуїцид" (наголошують на синонімічності селфхарму і суїциду). Селфхарм розглядається в контексті аутоагресії.

Найчастіше під селфхармом мають на увазі нанесення порізів на зап'ястя. Однак в ICD 11 феномен описано більш широко. Зокрема, до селфхарму відносяться спроби самогубства (стрибки під транспорт в русі, лежання на колії); зловживання речовинами (алкоголь, наркотичні та лікарські засоби); небезпечний секс (невикористання контрацепції, секс під впливом психоактивних речовин); нанесення собі побоїв (удари свого тіла об стіну, інші предмети, вдаряння себе кулаками, ляпаси); виривання волосся (з голови, брів, інших частин тіла з волосяним покривом); нанесення опіків (затушування цигарки, обливання воском); шкрябання (розривання шкіри нігтями, гострими предметами). Окрім перелічених, різновидами селфхарму також є утримання від їжі або надмірне переїдання, відмова від сну, кусання шкіри.

Кожен із різновидів селфхарму виконує одну й ту ж саму функцію – зменшення рівня емоційної напруги та повернення відчуття

контролю над внутрішніми переживаннями. Явище розглядають як поведінкову стратегію емоційної регуляції, що виконує кілька функцій: самозаспокоєння, самопокарання, рефлексія дистресу.

Слід розрізнити селфхарм і спроби суїциду. При селфхармі індивід прагне зменшити інтенсивність страждань, які не здатен контролювати в умовах емоційної дезадаптації. Акти селфхарму здебільшого є імпульсивними, не спланованими заздалегідь, однак не несуть на меті завдання невинної шкоди. Водночас суїцид має на меті припинення життя, є продуманим і виваженим рішенням. Варто зазначити, що взаємозв'язок явищ присутній. Селфхарм не є спробою суїциду, але може бути предиктором суїцидального ризику, якщо емоційна дезадаптація посилюється.

Підлітковий вік – вирішальний у формуванні самоідентичності, самооцінки, опануванні емоціями. Саме в цей період з'являється потреба у врегулюванні сильних емоцій, які для підлітка є новини та некерованими. За відсутності альтернативних способів вираження негативних емоцій, таким стає селфхарм. Сучасні дослідження вказують, що селфхарм починає проявлятися найчастіше у віці 12-ти років. Найбільш репрезентативною вибіркою є дівчата-підлітки (Варава, & Сіпайлова, 2021).

Прояви селфхарму саме у підлітковому віці пов'язують з накладанням на перші прояви психічних розладів. Самоушкоджуюча поведінка часто спостерігається при межовому розладі особистості, посттравматичному стресовому розладі, депресії.

Серед психологічних чинників селфхарму у підлітків виділяють такі, як

1. – серед головних психологічних чинників селфхарму є порушення емоційної регуляції. Підлітки мають високу чутливість до соціальних оцінок і недостатньо розвинені навички рефлексії та конструктивного вираження емоцій. Коли вони стикаються з фрустрацією, відчуттям сорому, фізичний біль через самопошкодження дає тимчасове полегшення, замінюючи емоційний.

2.– Часто селфхарм пов'язаний зі спрямуванням гніву, розчарування чи ненависті не на зовнішній об'єкт, а на себе якщо її вираження назовні є небезпечним (Ramussen et al., 2016). Підлітки можуть відчувати, що "заслужують на біль", якщо вважають себе "недостатньо хорошими", винними у сімейних конфліктах. Акти самопошкодження стають формою несвідомого самопокарання, спробою відновити моральну рівновагу або "очиститися" від сорому.

3. – у підлітковому віці активно формується "Я-концепція". При цьому нестійка самооцінка, що коливається між ідеалізацією й самознеціненням, робить особистість вразливою до зовнішніх впливів і критики. Дослідження показують (Nock, 2010), що підлітки із низькою самооцінкою частіше сприймають біль як підтвердження своєї здатності витримувати труднощі або як "доказ сили".

4.– підліткам притаманна катастрофізація, чорно-біле мислення, узагальнення негативного досвіду, тунельне мислення, при яких негатив превалює над адекватним сприйняттям життєвих ситуацій і спонукає до пошуку способів емоційної саморегуляції, серед яких є селфхарм.

Ефективна психологічна допомога підліткам, які використовують селфхарм як форму саморегулювання в умовах емоційної дезадаптації, має поєднувати психоедукаційний, психотерапевтичний та профілактичний аспекти. Так як самоушкодження виступає як

метод опанування сильними емоціями, слід проводити просвітницьку роботу з підлітками щодо дієвих та екологічних шляхів емоційної саморегуляції. У роботі з даною проблематикою ефективними є техніки діалектично-поведінкової та когнітивно-поведінкової терапії. Здебільшого підліток з проявами селфхарму втрачає зв'язок із батьками, тому в нагоді може стати також сімейна терапія задля відновлення довіри.

Отже, селфхарм є багатовимірним феноменом, який відображає глибокі емоційні

процеси, є способом подолання впливу неконтрольованих емоцій, у підлітковому віці супроводжується когнітивними викривленнями, має велику кількість різновидів та поширюється в останні роки. Селфхарм не пов'язаний з суїцидом однозначно, але при погіршенні емоційної дезадаптації може до цього вести. Часто пов'язаний із прагненням відчутти контроль, виразити агресію, яку небезпечно демонструвати назовні. Важливою є психоедукація з теми емоційної саморегуляції задля запобігання селфхарму серед підлітків.

Список використаних джерел: 1. Варава, Л., & Сіпайлова, О. (2021). Психологічні причини виникнення самоушкодження у сучасних підлітків. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*; 2. Rasmussen, S., et al. (2016). *Why do adolescents self-harm?*. *Crisis*; 3. Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Ann Rev Clin Psychol*, 6, 339–363; 4. Butt, S., et al. (2025). Suicidal thoughts, suicide attempts and non-suicidal self-harm. In Morris, S., Hill, S., Brugha, T., McManus, S. (Eds.), *Adult Psychiatric Morbidity Survey: Survey of Mental Health and Wellbeing, England, 2023/4*. NHS England.

Федоренко Ніна Василівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

Савенкова Ірина Іванівна

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського"

КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО ОНТОГЕНЕЗУ

Затримка психічного розвитку (ЗПР) належить до поширених порушень онтогенезу, що характеризується уповільненим формуванням вищих психічних функцій та відставанням від вікових нормативів. Важливо підкреслити, що ЗПР не завжди поєднується з інтелектуальною недостатністю, проте значно впливає на перебіг навчання, соціалізацію та психоемоційний розвиток дитини. Сучасні дослідження доводять, що ЗПР має поліфакторний характер і зумовлюється поєднанням біологічних, когнітивних і соціально-психологічних чинників (de Oliveira Cardoso & Dias, 2024).

Клініко-нейропсихологічний аналіз виявляє найбільш вразливими сферами лобні функції, міжпівкульну взаємодію, мовленнєві зони лівої півкулі, а також увагу та пам'ять, які в комплексі визначають можливості дитини у навчанні та комунікації (Savenkova, 2018).

1. Недостатній розвиток лобних функцій. Лобні відділи кори головного мозку забезпечують програмування, регуляцію та контроль діяльності. У дітей із ЗПР спостерігається несформованість виконавчих функцій, що проявляється в імпульсивності, труднощах планування та переключення уваги, низькому рівневі самоконтролю. Клініко-нейропсихологічний аналіз виявляє найбільш вразливими сферами лобні функції, міжпівкульну взаємодію,

мовленнєві зони лівої півкулі, а також увагу та пам'ять, які в комплексі визначають можливості дитини у навчанні та комунікації (Bortfeld & Bunge, 2024).

2. Порушення міжпівкульної взаємодії. Мозолисте тіло та механізми міжпівкульної інтеграції відповідають за узгодження сенсомоторних і когнітивних процесів. У дітей із ЗПР спостерігаються труднощі у синхронізації діяльності правої та лівої півкуль, що проявляється у порушеннях моторної координації, труднощах у засвоєнні просторових відношень і перекодуванні інформації. За даними Demontis і Larsson (2023), дисфункції міжпівкульної взаємодії корелюють із мовленнєвими та навчальними труднощами. Це узгоджується як з висновками Happanye та Zelazo (2022), так і з результатами Bartha-Doering et al. (2021), які засвідчують, що структурні аномалії мозолистого тіла асоційовані із порушеннями зв'язності мовних мереж.

3. Дефіцити розвитку мовленнєвих зон лівої півкулі. Ураження чи функціональна незрілість мовленнєвих зон (зона Брока, зона Верніке та суміжні асоціативні області) призводять до обмеження словникового запасу, труднощів у граматичному конструюванні фраз, уповільненого становлення зв'язного мовлення. Мовлення у дітей із ЗПР має фрагментарний характер і не виконує належної регулятивної функції. Міжнародні

дослідження підтверджують, що затримка дозрівання мовних зон поєднується з дефіцитом когнітивних ресурсів – уваги та робочої пам'яті (Souissi et al., 2022).

4. *Ослаблення уваги та пам'яті.* Когнітивний профіль дітей із ЗПР характеризується зниженою стійкістю уваги, труднощами її розподілу й переключення, підвищеною відволікальністю. Обсяг короткочасної пам'яті обмежений, а продуктивність вербальної пам'яті значно знижена. Ослаблення уваги призводить до поверхневого засвоєння матеріалу, а дефіцити пам'яті ускладнюють формування довільної регуляції.

5. *Взаємозв'язок когнітивних порушень.* Недостатність лобних функцій безпосередньо впливає на розвиток уваги й пам'яті, а також обумовлює мовленнєві розлади. Порушення міжпівкульної взаємодії посилює когнітивні дисфункції, формуючи системне відставання у розвитку вищих психічних функцій.

Таким чином, ЗПР розглядається як комплексна дезінтеграція когнітивної діяльності, а не ізольоване порушення окремої сфери.

6. *Практичні аспекти діагностики та корекції.* Комплексна діагностика дітей із ЗПР

передбачає нейропсихологічне обстеження (оцінку виконавчих функцій, уваги, пам'яті, міжпівкульної взаємодії), логопедичну діагностику та спостереження в умовах навчальної діяльності. Корекційні заходи мають включати:

- * розвиток виконавчих функцій (ігрові завдання на планування, інгібіцію, самоконтроль);
- тренування уваги й пам'яті (мнемотехніки, вправи на переключення уваги, розвиток робочої пам'яті);
- логопедичну терапію (формування граматики, словника, зв'язного мовлення);
- вправи для стимуляції міжпівкульної взаємодії (перехресні рухи, ритмічні ігри, двосторонні координаційні завдання).

Отже, діти із ЗПР мають комплексні клініко-нейропсихологічні особливості, які включають недостатній розвиток лобних функцій, порушення міжпівкульної взаємодії, дефіцити мовленнєвих зон, ослаблення уваги та пам'яті. Ці прояви мають системний характер і потребують комплексної діагностики та багаторівневої корекції. Раннє втручання, орієнтоване на розвиток виконавчих функцій, мовлення та когнітивних процесів, є ключовим чинником успішної соціальної адаптації дітей із ЗПР.

Список використаної літератури: 1. de Oliveira Cardoso, C., & Dias, N. M. (Eds.). (2024). *Neuropsychological Interventions for Children – Volume 1: From Early-Preventive Stimulation to Rehabilitation*. Springer Nature Switzerland. Springer Nature Switzerland. 10.1007/978-3-031-53586-4; 2. Bortfeld, H., & Bunge, S. A. (2024). *Fundamentals of Developmental Cognitive Neuroscience*. Cambridge University Press. 10.1017/9781108595827; 3. Happaney, K., & Zelazo, P. D. (2022). Development of Executive Function Skills in Childhood: Relevance for Important Life Outcomes. In O. Houdé & G. Borst (Eds.), *The Cambridge Handbook of Cognitive Development* (pp. 427–451). Cambridge University Press. 10.1017/9781108399838.023; 4. Bartha-Doering, L. et al. (2021). Effect of corpus callosum agenesis on the language network in children and adolescents. *Brain Struct Funct*, 226(3), 701–713. 10.1007/s00429-020-02203-6; 5. Souissi, S. et al. (2022). Assessment of executive functions in school-aged children: Ecological validity and developmental perspectives. *Front Psychol*, 13, Article 991699. 10.3389/fpsyg.2022.991699; 6. Savenkova, I. I. (2018). *Klinichna psykhohiia: navchalnyi posibnyk* [Clinical Psychology: Handbook]. Ilant. 123456789/12558.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА БАТЬКАМ ШКОЛЯРІВ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ РОЗЛУЧЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

В умовах повномасштабної війни в Україні психологи стикаються з численними викликами, пов'язаними з наданням допомоги родинам військових та цивільних, які переживають кризові події.

Однією з найбільш болісних проблем є зростання кількості розлучень серед сімей, що перебувають під тиском військових дій, евакуації, вимушеної міграції та тривалого перебування одного з батьків на фронті.

Розлучення у родинах воєнних часто має особливо драматичні наслідки для дітей шкільного віку, які ще не мають достатніх психологічних ресурсів для самостійного подолання стресу (Руденко, 2009).

Науковці наголошують, що психологічний стан батьків безпосередньо впливає на дитину. Дослідження Служби освітнього омбудсмена України (2022) показало, що понад 75% батьків помітили у дітей ознаки психотравматичного впливу війни: тривожність, страхи, емоційні зриви.

Проблему психологічної допомоги сім'ям військовослужбовців розглядають у своїх роботах Нянько та Нянько (2024). Вони наголошують, що в умовах війни ключовим завданням є запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), робота з емоційною стабільністю та використання сімейних форм терапії.

Окремий напрям представлено у дослідженні Калініної (2022), яка аналізує психоемоційні виклики батьків дітей із особливими освітніми потребами під час воєнного стану, наголошуючи на необхідності створення підтримуючого середовища.

До найбільш ефективних методів психологічної допомоги належать:

- психоедукація, яка допомагає батькам зрозуміти емоції своїх дітей;
- когнітивно-поведінкова терапія, що знижує рівень тривожності та депресивних проявів;
- арттерапія та казкотерапія, які створюють умови для безпечного вираження емоцій;
- тренінги з розвитку навичок комунікації, що допомагають будувати конструктивний діалог між батьками та дітьми навіть у складних обставинах війни (Нянько & Нянько, 2024).

Особливу увагу необхідно приділяти тому, що для дітей молодшого та середнього шкільного віку розлучення у поєднанні з умовами війни може стати подвійною травмою. Втрата стабільності, невизначеність майбутнього та емоційна нестабільність батьків створюють у дітей відчуття небезпеки та безпорадності. Дослідження українських науковців показують, що діти, які не отримують своєчасної психологічної підтримки, схильні до розвитку тривожних і депресивних

проявів, труднощів у навчанні та порушень поведінки (Руденко, 2009).

Важливо наголосити й на довгострокових наслідках для психіки дитини. Зокрема, у підлітковому віці може формуватися негативне ставлення до сімейних стосунків, знижений рівень довіри до дорослих, труднощі у вибудовуванні власних стосунків. У цьому контексті психологічна допомога має не лише корекційний, але й превентивний характер, спрямований на збереження здатності дитини до позитивної соціалізації (Нянько & Нянько, 2024).

Окремого розгляду заслуговують практичні програми психологічної підтримки, які реалізуються в Україні. Так, у межах проекту *"Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям"* надавалися індивідуальні та групові консультації, що сприяли зниженню рівня конфліктності в родинах військовослужбовців. Ці практики демонструють, що системний підхід, який поєднує індивідуальну, сімейну та групову роботу, має найбільший ефект (Про проект *"Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям"*, 2016).

Психоедукація як один із провідних методів допомоги включає навчальні заняття для батьків, під час яких вони отримують інформацію про типові емоційні реакції дітей на розлучення та війну. Наприклад, фахівці звертають увагу на значення щоденних ритуалів, які створюють у дитини відчуття стабільності: спільні вечери, обговорення подій дня, читання перед сном. Виконання таких простих практик дозволяє знизити рівень тривожності та підтримує емоційний контакт між дорослим і дитиною (Служба освітнього омбудсмена України, 2022).

У контексті зарубіжного досвіду варто відзначити, що подібні програми підтримки активно впроваджуються у країнах, які переживали

воєнні конфлікти. Наприклад, дослідження у США показали, що залучення дітей до групових тренінгів із розвитку навичок подолання стресу та програм сімейної терапії зменшує ризик виникнення посттравматичних проявів у майбутньому. Для України корисним є врахування цих підходів з адаптацією до культурних і соціальних реалій (Нянько & Нянько, 2024).

Розширення практики психологічної підтримки передбачає інтеграцію різних методів допомоги. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія може включати вправи на усвідомлення і зміну негативних автоматичних думок батьків і дітей, арттерапія - використання малюнків для вираження емоцій та зниження рівня тривоги, а казкотерапія - створення історій, які допомагають дитині відновити почуття контролю над ситуацією. Також групові форми роботи (тренінги, групи взаємопідтримки) сприяють відновленню соціальних зв'язків і формуванню ресурсного середовища (Калініна, 2022).

Окремо варто відзначити роль шкільного психолога, який може виступати посередником між дитиною та батьками, допомагаючи коригувати поведінку, відслідковувати динаміку психоемоційного стану та налагоджувати комунікацію. В умовах війни шкільний психолог часто стає першою ланкою у наданні допомоги, оскільки саме в освітньому середовищі дитина проводить значну частину часу. Тому підготовка фахівців до роботи з наслідками розлучень і воєнних травм є одним із пріоритетних завдань сучасної психологічної практики (Нянько & Нянько, 2024).

Окремої уваги заслуговує стан самих батьків, адже саме вони є головним ресурсом психологічної підтримки для дитини. В умовах війни дорослі переживають комплексні емоційні труднощі:

хронічну тривогу за власне життя та життя близьких, почуття провини за розлучення чи неможливість уберегти дитину від стресу, емоційне виснаження через економічні труднощі та втрату соціальних зв'язків. Такі фактори знижують здатність батьків до ефективної комунікації з дітьми та часто призводять до конфліктів у сім'ї.

Психологічна допомога дорослим у цьому контексті передбачає не лише загальну психоедукацію, але й індивідуальне консультування, роботу в групах взаємопідтримки, кризову терапію, спрямовану на подолання відчуття безсилля та відновлення внутрішніх ресурсів. Практика показує, що стабілізація емоційного стану батьків прямо впливає на зниження тривожності у дітей, покращення сімейної атмосфери та підвищення стійкості всієї родини до наслідків війни.

Таким чином, психологічна допомога батькам школярів у ситуації розлучення в умовах війни має багаторівневий характер. Вона передбачає роботу з дорослими: стабілізація, емоційна підтримка, навчання нових моделей поведінки, а також і з дітьми, що зокрема включає зниження тривожності та зміцнення відчуття безпеки. Відновлення емоційної рівноваги у батьків є основною умовою для створення безпечного та гармонійного середовища розвитку дитини.

Узагальнюючи, можна підкреслити, що ефективна психологічна допомога батькам і дітям у ситуації розлучення в умовах війни має включати кілька рівнів: індивідуальний (робота з особистими переживаннями кожного члена сім'ї), сімейний (налагодження комунікації між батьками та дітьми), а також суспільний (створення мереж підтримки, доступ до фахових консультацій у закладах освіти та громадах). Такий багаторівневий підхід сприяє більш стійкому відновленню психоемоційного стану та зниженню ризиків розвитку деструктивних моделей поведінки (Калініна, 2022).

Висновки. Розлучення в умовах війни є надзвичайним викликом для українських сімей. Поєднання кризових факторів (бойові дії, втрата дому, тривала відсутність одного з батьків) підсилює стрес і негативно впливає на дітей. Реалізація програм психологічної підтримки для батьків школярів дозволить знизити рівень конфліктності, підвищити емоційну стабільність та сприятиме захисту психічного здоров'я дітей. Особливо важливо наголосити, що саме стабілізація психоемоційного стану батьків є ключовою умовою для захисту психічного здоров'я дітей. Підтримка дорослих дозволяє їм відновити внутрішні ресурси, знизити рівень конфліктності та сформувати безпечне середовище, яке стає запорукою успішної соціалізації й гармонійного розвитку школярів навіть у складних умовах війни.

Список використаних джерел: 1. Калініна, Т. С. (2022). Психологічна допомога батькам дітей з особливими освітніми потребами під час воєнного стану. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, (3), 103–107. 10.51547/ppr.dp.ua/2022.3.17; 2. Нянько, Л. Ю. & Нянько, В. В. (2024). Психологічна підтримка в умовах війни. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна)*, (1), 40–46. 10.32782/2311-8458/2024-1-6; 3. Благодійний фонд "Фонд Ігоря Палиці "Тільки разом". (2016, 16 Лютого). Про проект "Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям". URL; 4. Руденко, І. М. (2009). *Вплив розлучення батьків на життєдіяльність дитини молодшого шкільного віку* [Дисертація]. Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. 5. Служба освітнього омбудсмена України (б.д.). Як психологічний стан батьків впливає на дитину. URL.

UDC 159.922.27:314.15-055.2

Peter Wilhelm

University of Fribourg

Larysa Spitsyna

Taras Shevchenko National University of Kyiv

MENTAL HEALTH AND LIFE-SATISFACTION OF UKRAINIAN WOMEN DURING TIMES OF WAR AND FORCED MIGRATION

The Russian military attack on Ukraine is causing destruction, death and suffering. Ukrainians living in the war zones are exposed to life-threatening stressors such as combat and bombing. To escape attacks, millions of Ukrainians have left their homes. They have fled to safer regions within Ukraine (internally displaced persons, IDPs) or to other countries (refugees). Once there, they had to adapt to new living conditions with challenges and stressors such as poor housing, social marginalization, language problems, and loneliness. Therefore, our goal was to compare the impact of war vs. forced migration on mental health and life satisfaction of Ukrainians.

We are currently conducting an online study to assess symptoms of depression, anxiety, and somatization (BSI-18), and satisfaction with various aspects of life. So far, more than 300 Ukrainians have participated (91% women). We only present data from women.

Refugees have to cope with intense social stressors that are due to the challenges of adapting to

a new social environment. Therefore, we expected in line with results of a recent study by Lushchak et al. (2024) that their mental health and life satisfaction is worse than that of Ukrainians who did not leave their home and their country, even though the latter are exposed to war-related stressors. Preliminary analyses revealed significant differences between groups in the expected direction in the BSI-18 Global Severity Index (GSI) and depression scale. Moreover, there were significant differences in the expected direction between the groups for satisfaction with employment and finances, but not for accommodation.

In sum, these results suggest that stressors faced by female refugees may have a larger impact on life-satisfaction and mental health than war-related stressors faced by women who remained in Ukraine. Despite this, mental health impairment was high in all groups, suggesting that the war affects mental health of Ukrainian women, regardless of where they live.

References: 1. Lushchak, O., et al. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *Lancet Reg Health Eur*, 36, Article 100773. URL.

**PSYCHOLOGICAL RESILIENCE OF UKRAINIANS IN THE CONTEXT OF WAR TRAUMA:
PROTECTIVE FACTORS AND THE ROLE OF TRAUMA-INFORMED SUPPORT**

The full-scale war in Ukraine has caused profound social and psychological consequences that affected all levels of society. The present study explores the psychological resilience of Ukrainians who have experienced war-related trauma, focusing on protective factors and the role of trauma-informed support in recovery. The paper reviews key theoretical models of resilience and outlines an empirical framework for assessing its determinants among displaced and non-displaced populations.

The full-scale war in Ukraine has deeply affected the psychological well-being of millions of citizens. The prolonged uncertainty, loss, and danger have generated a collective traumatic experience that reshapes perceptions of safety and trust.

At the same time, the crisis has revealed extraordinary levels of solidarity and mutual support, which highlight resilience as a key phenomenon in contemporary clinical psychology.

Theoretical background. The concept of psychological resilience has evolved from an understanding of innate endurance to an integrated framework that includes social, cultural, and ecological dimensions.

George Bonanno (2021) demonstrated that most individuals display adaptive functioning even after exposure to severe trauma, suggesting that recovery is a natural psychological mechanism rather than an exception.

This perspective shifted the focus from pathologizing trauma to exploring healing processes and growth.

Kenneth Connor and Jonathan Davidson (2003) developed the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), which operationalized resilience as a measurable construct in psychological research. Its cross-cultural application, particularly in contexts of war-related trauma, has revealed both universal and culturally specific mechanisms of adaptation.

Judith Herman (2015) emphasized that recovery becomes possible only after restoring a sense of safety, memory, and connection. Her three-stage trauma recovery model — safety, remembrance, reconnection — remains a cornerstone of modern trauma-informed therapeutic practice.

Steven Hobfoll and colleagues (2007) extended the understanding of resilience to the collective level by identifying five essential elements of effective psychosocial intervention: safety, calm, efficacy, social connectedness, and hope. This model has direct practical relevance for the design of crisis interventions and community-based psychological support in Ukraine.

Michael Ungar (2019) proposed a socio-ecological model of resilience, highlighting that it is not merely a personal trait but a dynamic process emerging through interaction between individuals and their social environments. Resilience depends on both internal resources and the availability of supportive structures in families, communities, and institutions.

In the Ukrainian context, resilience acquires a distinctive collective dimension: volunteer initiatives, mutual support, and shared identity contribute to a

psychosocial environment that strengthens personal recovery through community engagement. Modern approaches therefore define resilience as a continuous balance between vulnerability and strength, individual autonomy and social support — a balance that becomes especially meaningful amid prolonged stress and wartime conditions.

Methods. The study will employ the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) to assess levels of psychological resilience, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) to measure perceived social support, and the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) to evaluate symptoms of anxiety.

Participants will include Ukrainians who have experienced the impact of war, residing both within Ukraine and abroad under temporary protection. Special attention will be paid to ethical considerations — ensuring psychological safety, voluntary participation, and the right to skip questions that may cause emotional discomfort.

Data analysis will include descriptive statistics, assessment of correlation patterns, and statistical comparison of group differences.

Expected results. It is expected that higher levels of resilience will be associated with greater social support and lower anxiety. Participants who receive trauma-informed psychological support are likely to demonstrate stronger emotional stability and adaptive functioning.

The findings are anticipated to contribute to the development of trauma-informed frameworks within Ukraine’s mental health system.

Conclusions. The psychological resilience of Ukrainians represents a multidimensional construct integrating personal, social, and cultural resources. It manifests not only in the ability to endure or adapt to stress, but also in the transformation of traumatic experience — reinterpreting meaning, reinforcing solidarity, and restoring a sense of collective purpose.

Trauma-informed support based on safety, trust, and compassion (Hobfoll et al., 2007; Herman, 2015) functions not only as a clinical methodology but also as a humanistic practice of restoring dignity and humanity in the aftermath of loss and violence.

By reducing retraumatization and enhancing a sense of control, such approaches foster both individual and communal healing.

The findings of this study may contribute to the development of psychosocial and educational programs aimed at strengthening resilience within diverse populations. They may also inform national mental health strategies that focus not only on the treatment of trauma’s consequences but also on cultivating adaptive and protective factors.

Future research should integrate individual, group, and cultural perspectives on resilience to better understand and reinforce the psychological vitality of Ukrainian society in the post-war period.

References: 1. Bonanno, G. A. (2021). *The End of Trauma: How the New Science of Resilience Is Changing How We Think About PTSD*. Basic Books; 2. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>; 3. Herman, J. L. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. Basic Books; 4. Hobfoll, S. E., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>; 5. Ungar, M. (2019). *Change Your World: The Science of Resilience and the True Path to Success*. Sutherland House.

МІГРАЦІЙНА ТА ДЕМОГРАФІЧНА КРИЗА В УКРАЇНІ: КЛІНІЧНІ ТРАВМИ ТА КУЛЬТУРНА ТРАНСФОРМАЦІЯ З 2022 РОКУ

Суспільні кризи, такі як війни, руйнують не лише інфраструктуру, а й психічне здоров'я та культурну ідентичність нації. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну 24 лютого 2022 року спричинило одну з найбільших міграційних криз у Європі з часів Другої світової війни. За даними UNHCR (травень 2025), 6,9 млн українців стали біженцями за кордоном, 3,7 млн – внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Населення України скоротилося з 41 млн у 2022 році до 28–31 млн на контрольованих територіях у 2025 році через міграцію, втрати на фронті та демографічний спад.

Це дослідження аналізує міграцію як ключовий елемент демографічної кризи, розглядаючи її клінічні (психологічні травми, ПТСР, депресія) та культурні (збереження ідентичності, роль діаспори) аспекти, використовуючи дані 2022–2025 років, і пропонує шляхи пом'якшення наслідків.

Міграційна та демографічна криза: масштаби та причини. Війна загострила демографічну кризу України, яка до 2022 року мала низьку народжуваність (1,2 дитини на жінку) та високу еміграцію. У 2025 році народжуваність впала до 0,8 дитини на жінку (ООН), а смертність перевищує народження у співвідношенні 3:1 (Міністерство юстиції України). Міграція – основний фактор: 6,7 млн українців виїхали, переважно до Польщі (1 млн), Німеччини (1,2 млн) і Чехії (0,4 млн). Внутрішня

міграція спорожнила східні регіони, з припливом ВПО до Києва та Львова.

Демографічний дисбаланс посилюється через "витік мізків" і гендерний розрив (чоловіки на фронті). Без втручань населення може скоротитися до 24–35 млн до 2030 року. Війна зруйнувала 2,5 млн домівок, ускладнюючи повернення. Лише 65% біженців планують повернутися через небезпеку та брак можливостей (UNHCR).

Клінічні аспекти: психологічні наслідки. Війна та міграція спричиняють хронічний стрес і психічні розлади. За даними WHO (2024), 68% українців повідомляють про погіршення здоров'я, 25% мають обмежений доступ до медицини. Поширеність тривоги, депресії та ПТСР серед біженців досягає 75%, з вищими показниками у ВПО. Міграція підвищує ризик складного ПТСР і суїцидальних думок (з 0,55% до 1,7% після 2022 року). Вагітні жінки мають 40% випадків ПТСР, а 50% дітей-біженців демонструють тривожність.

Низька народжуваність посилює стрес через невизначеність, а втрати на фронті провокують горе та депресію. Молодь (станом на жовтень 2024) має психосоматичні симптоми (втома, головні болі) та зростання залежностей. Руйнування медичної інфраструктури (707 атак у 2022, 42 у 2025) ускладнює реабілітацію. "Ментальна криза" охоплює 78% українців, які втратили дохід, і 33%, які втратили роботу, підсилюючи депресію. Біженці та ВПО

стикаються з ізоляцією та адаптаційними труднощами.

WHO рекомендує розширити первинну медичну допомогу, психотерапію та реабілітацію для біженців і ВПО, створювати центри ментального здоров'я та залучати міжнародну допомогу.

Культурні аспекти: трансформація ідентичності та діаспора

Міграція розпорошує ідентичність, але діаспора її зміцнює. У Польщі та Німеччині українські асоціації організують фестивалі й школи, протидіючи стигматизації. Кримськотатарська діаспора сприяє антиколоніальному опору через гуманітарну допомогу. Протести у 300 містах (2025) демонструють солідарність. Діаспора збрала мільйони доларів, формуючи "транснаціональний націоналізм" і протидіючи русифікації.

Висновки та рекомендації. Війна спричинила травму, що проявляється у клінічній (ПТСР, депресія) та культурній (втрата ідентичності) формах. Демографічна криза загрожує ментальному здоров'ю. 75% біженців потребують психологічної підтримки, а діаспора відкриває можливості для відновлення.

Клінічні рекомендації:

- *Телемедицина та психотерапія (WHO):* Впровадити віддалені консультації, інтегрувати психологічну підтримку в гуманітарну допомогу, розвивати групову терапію (КПТ).

- *Адаптація біженців (ЄС, до 2027):* Поєднувати мовні курси з психотерапією, проводити тренінги з резиліентності.

- *Підготовка фахівців:* Організувати тренінги для психологів, залучити волонтерів діаспори.

Культурні рекомендації:

- *Діаспорні хаби:* Створити центри в Польщі, Німеччині для вивчення мови та культури; проводити фестивалі; розробити цифрові платформи.

- *Фонди та UWC:* Фінансувати культурні проекти, створювати мережу амбасадорів.

Демографічні рекомендації:

- *Повернення біженців:* Надавати пільгові іпотеки, інвестувати в освіту, пропонувати гранти.

- *Гендерні політики:* Розширити виплати на дітей, забезпечити гнучкі умови праці, підтримувати сім'ї.

Стратегія "боротьби за людей": Комплексна стратегія, що інтегрує психологічну допомогу, збереження культурної ідентичності та демографічні заходи, здатна перетворити втрати, спричинені війною, на можливості для відродження України. Цей підхід передбачає системне вирішення ментальної кризи через розширення доступу до психотерапії та реабілітаційних програм, зокрема для біженців і ВПО, які становлять найбільш уразливі групи.

Збереження ідентичності через культурні ініціативи, такі як діаспорні хаби та фестивалі, зміцнить національну єдність і протидіятиме асиміляції. Демографічні заходи, включаючи стимули для повернення біженців (житло, освіта, гранти) та підтримку сімей, сприятимуть відновленню населення. Українська діаспора, яка вже збрала мільйони доларів на гуманітарну допомогу, разом із підтримкою WHO, ЄС і організацій, таких як United World Colleges (UWC), забезпечить фінансові та експертні ресурси.

Україна може вийти з кризи сильнішою, але це вимагає скоординованих зусиль уряду,

діаспори, громадянського суспільства та стабільного, згуртованого та процвітаючого міжнародних партнерів для створення суспільства.

Список використаних джерел: 1. European Union Agency for Fundamental Rights. (2025). Temporary protection directive for Ukrainian refugees: Integration and support measures (2023–2027). <https://fra.europa.eu/en/publication/2025/temporary-protection-directive-ukrainian-refugees> 2. Kuzio, T., & D'Anieri, P. (2025). Cultural resilience and demographic challenges: Ukraine's diaspora and the war's lasting impact. *Journal of Slavic Studies*, 38(2), 145–167. <https://doi.org/10.1080/13518046.2025.1234567> 3. United Nations High Commissioner for Refugees. (2025). Ukraine refugee situation: Statistical update and humanitarian response. <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> 4. World Health Organization. (2024). Mental health in Ukraine: Impact of war and recommendations for recovery. <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-in-ukraine-2024>

СУЧАСНЕ СЕРЕДОВИЩЕ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ФРУСТРАЦІЙ: ОСОБИСТІСНО-ПОВЕДІНКОВІ ПРОЯВИ ТА НАСЛІДКИ

У сучасному суспільстві спостерігається зростання рівня соціальної напруги, що безпосередньо впливає на психологічний стан особистості. Одним із проявів дезадаптивного реагування на виклики сьогодення є фрустрація, яка виникає у ситуаціях незадоволення важливих потреб або неможливості реалізувати власні очікування. До основних чинників, що зумовлюють появу фрустраційних станів, можна віднести економічну та політичну нестабільність, невизначеність майбутнього, інформаційні перевантаження, соціальну нерівність, а також втрату відчуття безпеки.

Фрустрація відображається як у внутрішніх переживаннях, так і в поведінці людини. Серед її можливих наслідків – агресивні реакції, підвищена тривожність, апатія, унікальна поведінка. У тривалій перспективі це може призвести до погіршення міжособистісних стосунків, зниження самооцінки, а також формування психосоматичних симптомів.

Дослідження впливу соціального середовища на розвиток фрустраційних станів є важливим завданням сучасної психології, оскільки воно дає змогу краще зрозуміти механізми дезадаптивних реакцій і визначити можливі напрями психологічної підтримки особистості.

Особистісно-поведінкові прояви соціальної фрустрації

Рівень соціальної фрустрації суттєво визначає, які саме стратегії поведінки обирає особистість у складних соціальних умовах.

Низький рівень фрустрації. Особи з таким рівнем здатні мобілізувати внутрішні ресурси та застосовувати конструктивні стратегії. Сюди належать:

- конструктивне вирішення проблеми — як наголошував Р. Лазарус, саме когнітивна оцінка ситуації формує напрям подальшої поведінки;
- пошук соціальної підтримки, що виступає буфером проти стресу ;
- гумор та дистанціювання як зрілі форми зниження емоційного напруження. Він характеризується коливанням між адаптивними та дезадаптивними реакціями. Найчастіші форми:
- уникання як спосіб зниження напруги;
- компенсація — фокусування на інших сферах, де легше отримати визнання;
- самозвинувачення або зовнішнє звинувачення, що базується на ірраціональних переконаннях;
- пасивне прийняття, яке часто веде до стану "вивченої безпорадності".

Він проявляється у втраті контролю, емоційній нестабільності та використанні жорстких захисних механізмів:

- агресія — підтверджена у фрустраційно-агресивній гіпотезі Дж. Долларда, який

підкреслював роль негативних емоцій як посередників;

- соціальна ізоляція, що, за Дж. Боулбі, є реакцією на порушення системи прихильності;
- девіантна чи протестна поведінка, яку пов'язують із почуттям процедурної несправедливості та відсутністю довіри до соціальних інституцій.

Наслідки для особистості. Наслідки соціальної фрустрації багатогранні та можуть проявлятися як на психологічному, так і на поведінковому рівні.

- Емоційне виснаження та тривожність: тривале перебування у стані фрустрації веде до зниження стресостійкості та розвитку депресивних симптомів
- Когнітивні спотворення: невідповідність між очікуванням і реальністю породжує когнітивний дисонанс, який поглиблює фрустраційні переживання
- Зниження самооцінки: відсутність позитивного прийняття з боку соціального оточення формує інконгруентність між реальним та ідеальним "Я", що блокує самореалізацію та знижує цінність власного "Я"
- Психосоматичні розлади: довготривала соціальна фрустрація може трансформуватися у хронічний стрес, який може проявлятися соматичними симптомами
- Професійна дезадаптація: соціальна фрустрацію може стати фактором, що негативно впливає на професійну адаптацію, знижуючи мотивацію та підвищуючи ризик емоційного вигорання

- Криза ідентичності та соціальна ізоляція: явище фрустрації в умовах суспільних трансформацій може провокувати екзистенційну тривогу, протестну поведінку та почуття соціального відчуження.

Проведений аналіз дозволяє стверджувати, що соціальна фрустрація є складним і багаторівневим феноменом, який формується на перетині індивідуально-психологічних особливостей та впливу сучасного соціального середовища. Вона постає як результат невідповідності між очікуваннями та можливостями їх реалізації, що зумовлює емоційне напруження, порушення когнітивної рівноваги та дезадаптивні поведінкові реакції.

Сучасні соціальні реалії значною мірою загострюють прояви фрустрації. Війна, вимушена міграція, економічна нестабільність, інформаційна перенасиченість, трансформація соціальних ролей і цінностей створюють умови, у яких індивід часто втрачає відчуття стабільності й контролю над власним життям. Це підтверджують як класичні підходи (Доллард, Берковіц, Лазарус), так і сучасні дослідження українських вчених (Гапон, Донченко, Рибалка).

Особистісно-поведінкові реакції на фрустрацію варіюють від конструктивних стратегій (пошук підтримки, співпраця, когнітивна переоцінка ситуації) до деструктивних (агресія, уникання, девіантність, соціальна ізоляція). Їх вибір залежить від рівня соціальної фрустрації, індивідуальних рис особистості, наявності ресурсів і соціальної підтримки. Таким чином, фрустрація не є однозначно негативним явищем: у певних випадках вона може виступати стимулом для пошуку нових рішень, зміцнення внутрішніх ресурсів і соціальної активності.

Разом із тим, хронічна або інтенсивна соціальна фрустрація призводить до низки негативних наслідків: зниження самооцінки, емоційного виснаження, формування стану безпорадності, психосоматичних розладів, професійної дезадаптації, протестної чи девіантної поведінки. Усе це підкреслює необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки, спрямованої на розвиток адаптивних стратегій і підвищення резильєнтності особистості.

Отже, соціальна фрустрація є індикатором не лише індивідуальних психологічних труднощів, але й ширших суспільних процесів. Її вивчення дозволяє глибше зрозуміти механізми

взаємодії між особистістю та соціумом, виявити чинники, що сприяють дезадаптації, і запропонувати практичні стратегії профілактики. Важливо, що сучасна психологія має орієнтуватися не лише на опис негативних наслідків фрустрації, а й на пошук ресурсів, що допомагають перетворити її на потенційно конструктивний досвід.

Таким чином, подальші дослідження в цій сфері є необхідними як для розвитку теоретичної бази психологічної науки, так і для створення прикладних програм психокорекції, психотерапевтичної допомоги та соціальної підтримки в умовах зростаючих викликів сучасного світу.

Список використаних джерел: 1. Доллард Дж., Дуб М., Міллер Н., Сірп Р. *Фрустрація та агресія*. – Нью-Хейвен: Yale University Press, 1939; 2. Берковіц Л. *Aggression: Its Causes, Consequences, and Control*. – Нью-Йорк: McGraw-Hill, 1989; 3. Лазарус Р. *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Нью-Йорк: Springer, 1991; 4. Гапон Н. П. *Психологічні аспекти соціальної фрустрації в умовах трансформаційного суспільства*. Львів: Вид-во ЛНУ ім. І. Франка, 2020; 5. Донченко О. В. *Соціальна фрустрація та стратегії поведінки особистості*. Київ: Наук. думка, 2005; 6. Рибалка В. В. *Соціальна фрустрація як чинник професійної дезадаптації*. Київ: Либідь, 2004.

Державний заклад "Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського"

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА ПОДОЛАННЯ ВАЖКОГО СТРЕСУ ТА ПОРУШЕНЬ АДАПТАЦІЇ ДОРΟΣЛИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Актуальність проблеми. Війна в Україні зумовила безпрецедентний рівень психоемоційного навантаження як серед тих, хто залишився в країні, так і серед вимушено переміщених осіб за кордоном. Постійна небезпека для життя, переживання за рідних, труднощі адаптації, відсутність соціальної підтримки та економічна нестабільність створюють значні ризики розвитку посттравматичних стресових розладів, депресії та дезадаптації.

Стрес супроводжує людину від народження і є невід'ємною частиною життя. Г. Сельє ще у ХХ столітті наголошував, що стрес є універсальною реакцією організму на будь-які вимоги (Nauholnyk, 2015). У воєнний час його рівень зростає, а можливість отримати допомогу спеціалістів не завжди доступна. Він може проявлятися як зовнішні події, внутрішні переживання або фізіологічні реакції організму. Накопичення стресу призводить до виснаження, порушень адаптації та фізичного здоров'я. Жінки загалом більш схильні до розвитку посттравматичного стресового розладу, ніж чоловіки, що підтверджується сучасними емпіричними дослідженнями (Prosto pro skladne, 2025).

Тому важливо вчасно розпізнавати його ознаки та застосовувати ефективні методи подолання, що підтримують психологічну стійкість і відчуття безпеки. За даними соціологічного дослідження Gradus/4Service у

межах Всеукраїнської програми ментального здоров'я "Ти як?" (2022, 2025), понад 71% українців регулярно відчували стрес, а на початку 2025 року цей показник зріс до 83%. Найвищий рівень напруження спостерігається у віковій групі 25–34 роки, тоді як люди старші 55 років демонструють вищу стресостійкість (Prosto pro skladne, 2025).

Цікаві дані були отримані й в інших країнах. Так, у 1992 році у Великобританії 40% із 800 лікарів повідомили про високий рівень стресу через безробіття; третина з них застосовувала медикаменти, а дві третини — алкоголь. У 1995 році серед 620 лікарів було зафіксовано: 41% мали високий рівень тривоги, а 26% — клінічно виражену депресію, що перевищувало показники їхніх пацієнтів. Це стало підґрунтям для створення програм психопрофілактики та цілодобових служб підтримки медиків (Nauholnyk, 2015).

Теоретичні підходи до подолання стресу. За К. Фішером, подолання напруження пов'язане з "роботою незадоволення" — активним формуванням позитивного мислення, когнітивною діяльністю та внутрішньою мотивацією (Psykhologhiia svidomosti, 2024). М. Садомирський наголошував на важливості формування настанови "я — переможець, а не жертва", що значно підвищує здатність до адаптації (Nauholnyk, 2015). Стрес є неминучим чинником воєнного періоду, однак його наслідки можуть бути контрольованими.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, важливими стратегіями є: управління інформаційними потоками, підтримка соціальних зв'язків, формування здорового режиму сну та харчування, використання технік самопомоги ("аптечка самопомоги", щоденник настрою, релаксаційні вправи) (Havrylovskaya, 2020).

Р. Грановська описала психічний захист як механізм збереження внутрішньої рівноваги шляхом ігнорування, знецінення чи раціоналізації травматичного досвіду. Серед таких механізмів виокремлюють: раціоналізацію – прагнення пояснити власні дії задля зменшення психологічного дискомфорту; витіснення – несвідоме видалення травматичної інформації з пам'яті; ігнорування – заперечення проблеми як способу збереження стабільності (Nauholnyk, 2015).

Ці теоретичні підходи створюють основу для формування системи психологічної допомоги дорослим у кризових умовах.

Психологічні ресурси та моделі копію.

Однією з ефективних моделей є BASIC Ph М. Лахада, яка виокремлює шість груп ресурсів:

- В – *Belief* (віра у власні сили та цінності);
- А – *Affect* (емоційна експресія, як-от: сльози, сміх, мистецтво, музика);
- S – *Social* (підтримка соціальних контактів);
- І – *Imagination* (творча уява, символічне осмислення подій);
- С – *Cognition* (раціональний аналіз, планування, критичне мислення);
- Ph – *Physical* (фізична активність, тілесні практики).

Практичне використання цієї моделі дозволяє психологу визначити, які саме ресурси є домінуючими у конкретної особи, а які потребують розвитку. Для цього застосовують

опитувальник "*Місток над прірвою*" (М. Лахад), що допомагає людям усвідомити свої ресурси і навчитися їх активізувати у стресових ситуаціях (Havrylovskaya, 2020).

Дослідження Гарвардського університету підтвердили, що оптимістичне ставлення до життя знижує ризик серцево-судинних захворювань та підвищує стресостійкість. Це доводить важливість розвитку позитивних когнітивних і поведінкових стратегій (Nauholnyk, 2015).

Практичні методи реабілітації.

Ефективними довели себе такі психотерапевтичні підходи, як когнітивно-поведінкова терапія, гештальт-терапія, майндфулнес-практики, арт-терапія. Основні принципи допомоги включають наближеність, швидкість, надійність та простоту (Hirnyk & Chernobrovkina, 2017).

Серед найбільш дієвих технік: "Кола контролю" – усвідомлення сфер, на які людина може впливати; "Обійми метелика" – тілесна техніка для швидкого заспокоєння; "Заземлення" – концентрація на відчуттях теперішнього моменту; "Власний розпорядок дня" – формування режиму самодисципліни; майндфулнес-техніка "Усвідомлене пиття" – розвиток навичок усвідомленої присутності; "Квітка стресостійкості" – арт-терапевтична методика для дослідження внутрішніх ресурсів.

Застосування таких методів сприяє зниженню рівня тривоги, нормалізації емоційного стану та підвищенню психологічної стійкості. Вибір конкретних технік залежить від індивідуальних особливостей особистості та рівня її адаптаційного потенціалу.

Інтеграція теоретичних і практичних підходів. Аналізуючи наукові підходи, можна зробити висновок, що ефективна протидія стресу в умовах війни вимагає поєднання кількох рівнів

допомоги. Таким чином, проблема подолання стресу має як практичне, так і теоретичне значення, адже ефективні методи реабілітації, поєднуючи когнітивні, поведінкові та соціальні стратегії, стають умовою збереження психічного здоров'я нації.

Наприклад, особи з домінуванням когнітивного ресурсу більш ефективно використовують планування та раціональний аналіз, тоді як люди з високим соціальним компонентом відновлюються через підтримку близьких і групові програми. Такий підхід сприяє індивідуалізації реабілітації та запобігає універсалізації, яка не завжди враховує психологічні відмінності.

У воєнних умовах ці механізми швидко активізуються особливо. Раціоналізація чи витіснення можуть певний час зменшувати рівень тривоги, проте довготривале використання лише цих стратегій призводить до емоційного виснаження. Тому їх слід розглядати як тимчасові, тоді як базовим завданням є формування більш конструктивних способів подолання — активної поведінки, використання творчих і фізичних ресурсів.

Дослідження сучасних програм показують, що поєднання психотерапевтичних методів з ресурсними практиками підвищує рівень стрес стійкості та сприяє більшій адаптації дорослих у

кризових умовах (Hirnyk & Chernobrovkina, 2017; Psykholohiia svidomosti, 2024). Важливим є принцип "*малих кроків*": навіть короткотривалі інтервенції, проведені своєчасно, знижують ризик розвитку тяжких наслідків, включно з посттравматичним стресовим розладом. А застосування статистичних критеріїв (Манна–Уїтні, Краскела–Уолліса), порівняння ефективності різних методів у чоловіків та жінок, а також у представників різних вікових груп дозволить створити більш диференційовані програми психологічної допомоги для дорослого населення України у період воєнних викликів.

Висновки. Отже, сучасна наукова література підтверджує, що найбільш результативними є комплексні реабілітаційні заходи, які враховують індивідуальні та соціальні особливості особистості. В умовах війни це дозволяє не лише зменшити рівень тривоги і депресії, але й створити підґрунтя для довготривалої психологічної стійкості.

Стрес під час війни є невід'ємним фактором існування, однак правильна організація реабілітаційних заходів може істотно знизити його руйнівний вплив. Застосування моделей ресурсної стійкості (BASIC Ph), рекомендацій ВООЗ, когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих технік сприяє відновленню емоційної рівноваги та формуванню навичок саморегуляції.

Список використаних джерел: 1. Havrylovska, K. P. (2020). Model BASIC Ph u roboti psykholoha [BASIC Ph model in psychologists' work]. In *Rozvytok obdarovanoi osobystosti v osvithnomu prostori: tsinnisnyi vymir* (pp. 14–15). G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine; 2. Nauholnyk, L. B. (2015). *Psykholohiia stresu* [The Psychology of Stress]. Lviv State University of Internal Affairs; 3. Hirnyk, A. M., & Chernobrovkina, V. A. (Eds.). (2017). *Persha psykholohichna dopomoha: Posibnyk dlia treneriv* [Psychological First Aid: A Trainers' Guide]. Pulsary; 4. Prosto pro skladne u materialakh, pidhotovlenykh ekspertamy "Ty yak?". (2025, March 10). URL; 5. Hubariev et al. (Eds.) (2024). *Psykholohiia svidomosti: teoriia i praktyka naukovykh doslidzhen* [Psychology of consciousness: theory and practice of scientific research]. Liha-Pres. URL.

ВЕКТОРИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Слід зазначити, що психологічне здоров'я та ставлення населення України до психологічної допомоги під час повномасштабної війни значно змінилось. Сучасний контекст соціальної кризи та воєнного стану в Україні актуалізує потребу у вивченні психічного здоров'я як чинника стійкості особистості. Це підтверджується даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з якими близько 9,6 мільйона українців потребують психологічної підтримки у зв'язку із проблемами психічного здоров'я (Слово і Діло, 2024).

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 (ДНУ ім. Олесь Гончара, 2021).

Мета полягала у вивченні психічного здоров'я в умовах війни: вектори дослідження, збереження та відновлення.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я особистості.

Предметом дослідження є психологічна допомога

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%) (Gradus Research 2024 р)

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%) (Gradus Research 2024)

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 самостійного заповнення 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 (Gradus Research 2024 р).

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. (ДДУВС, 2023). 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 скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти" (ДДУВС, 2023).

При дослідженні ключових симптомів депресії 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 відчувають себе стомленими, навіть якщо майже нічого не роблять, 2.1 % настільки втомлені, що нічого не можуть робити (Довідник практичного психолога видавництво).

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що серед респондентів зафіксовано високий ступень 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 ступень депресій, 33 % середній ступень депресій, 49 % опитаних мають високий ступень 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 (Довідник практичного психолога видавництво Есмо).

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 медичної 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 моделі мислення, 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 медичної 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 (Український вісник психоневрології. 2016).

Психотерапія, як один з методів роботи з депресією може бути ефективною і навчити пацієнта контролювати 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. Групова робота за програма емоційного та фізичного відновлення Центру психосоматичної медицини Університету Джорджтаун (США), інтервенція, яка допомога навчитися навикам саморегуляції у форматі групової терапії. 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 самопомоги, які ми можемо використовувати,

щоб позитивно впливати на наш повністю взаємозалежний стан та загальне самопочуття.

Отже, програма емоційного та фізичного відновлення 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. (The Center of Mind-Body Medicine 2006).

Список використаних джерел: 1. Слово і Діло. (2024, 12 вересня). *ВООЗ підрахували, скільки українців мають ризик психічних розладів*. URL; 2. Корнієнко В. В. (2021). Особливості соціально-психологічної адаптації осіб з депресивними розладами. Психологічні ресурси адаптаційного потенціалу особистості. ДНУ ім. Олеся Гончара; 3. Корнієнко В. В., Шевяков О. В., & Сергієні О. В. (2023). Соціально-психологічна реабілітація особистості: навч. посібник. ДДУВС; 4. Марута Н. О. (2016). Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція). *Український вісник психоневрології*, 1(86), 5–11; 5. The Center of Mind-Body Medicine. (2006). *Посібник для навчання учасників спільноти. Використання медицини психіки та тіла у вашій громаді та професійній діяльності.*; 6. Координаційний центр з психічного здоров'я КМУ. (2024). *Результати третьої хвилі соціологічного дослідження Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни: хвиля 3, проведеного компанією Gradus Research*. URL.

КОЛЕКТИВНА ТРАВМА ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН СУСПІЛЬСТВА

В умовах соціальних потрясінь проблема колективної травми набуває особливої актуальності у сучасному психологічному дискурсі. Важливо розуміти, що колективна травма визначає не лише емоційний стан окремих індивідів, а й впливає на суспільне психічне здоров'я, рівень соціальної довіри та формування національної ідентичності. У дослідженні здійснено аналіз природи колективної травми, її впливу на спільноту та можливих шляхів подолання через психологічні механізми.

Колективна травма представляє собою психологічну реакцію на подію, яка вражає всю популяцію, формуючи спільну пам'ять, ідентичність та емоційний ландшафт. Вона відрізняється від індивідуальної травми тим, що має спільне переживання (наприклад, війна, голод, репресії), передається через історичну пам'ять та інституційні практики та впливає на соціальну згуртованість, цінності та поведінку та зазвичай відображена в місцевій культурі.

Формування колективної травми відбувається через спільне переживання масштабної події, яка порушує основні уявлення про безпеку, справедливість та порядок у світі. П. Горностаї [1] визначає колективну травму як спільну психологічну реакцію спільноти на подію, що радикально змінює її уявлення про безпеку та справедливість.

Цей підхід дозволяє розглядати травму не лише як наслідок індивідуальних втрат, а як

процес, який трансформує ідентичність групи. Колективна травма формує спільний емоційно-когнітивний простір суспільства, у межах якого виникає почуття належності до спільноти, об'єднаної спільним досвідом травматичних подій.

Колективна травма має глибокий вплив на громадське психічне здоров'я, що проявляється у підвищеній схильності суспільства до дисфункціональних тривожних і афективних реакцій, а також суїцидальних тенденцій. О. Суший [2] розглядає травму як "соціальний діагноз" українського суспільства стан, у якому історичні рани визначають сьогодення. Ця ідея є надзвичайно актуальною: сучасне українське суспільство часто реагує на нові кризи через призму минулих подій, відображених в культурі. Ці всі історичні події мають вагомий вплив на формулювання національної ідентичності українців. Концентрація травматичного досвіду в культурі може стати не лише джерелом болю, а й основою для формування психічної стійкості.

Окремо звернемо увагу на явище вторинної травматизації воно проявляється як емоційне та когнітивне виснаження у фахівців, які здійснюють допомогу постраждалим або тривалий час взаємодіють із травматичним контентом. За У. Нерія, А. Нанді та С. Галеа ((Neria Y., Nandi, A., & Galea S.) [5] вторинна травматизація може спричинити симптоми, подібні до ПТСР, включно з емоційним відчуженням, тривогою та деперсоналізацією.

Найбільш вразливими до вторинної травматизації є спеціалісти, що працюють у сфері психічного здоров'я, працівники гуманітарної сфери, журналістики та медіа. Вони безпосередньо взаємодіють із травматичним досвідом інших і можуть відігравати важливу роль у соціально-психологічній підтримці суспільства. Їх психоемоційна стійкість є важливою умовою збереження соціальної згуртованості, тому потребує системної супервізійної підтримки та інституційних програм профілактики професійного вигорання.

І. Франкова [3] зазначає, що трансгенераційна передача травми відбувається через сімейні сценарії, освітні практики та медіа. Видається, що саме ці соціальні та культурні механізми забезпечують відтворення колективного досвіду травматичних подій у суспільній свідомості. Замовчування таких подій у родинному або суспільному дискурсі не сприяє їх подоланню, а натомість, призводить до формування латентних форм емоційного напруження, що можуть проявлятися у підвищеній тривожності, недовірі чи міжособистісній дезадаптації нащадків. Усвідомлення та вербалізація цих процесів є необхідною умовою інтеграції травматичного досвіду та формування психологічної стійкості спільноти.

Колективна травма є складним соціально-психологічним феноменом, що формується внаслідок масових подій, які змінюють базові уявлення спільноти про безпеку, справедливість і стабільність. Вона не обмежується індивідуальними переживаннями, а виявляється у трансформації колективної свідомості, системи цінностей та соціальних взаємодій. За

Г. Гіршбергером (Hirschberger) [4], такі травматичні події з часом інтегруються у культурну пам'ять через наративи, освітні практики та символічні форми, що забезпечують спільне осмислення минулого. Таким чином, колективна травма стає не лише досвідом страждання, а й чинником психологічної резиліентності, який визначає способи адаптації суспільства до сучасних викликів.

Колективна травма має безпосередній вплив на громадське психічне здоров'я. За даними МОЗ України 2025 року, близько 15 мільйонів громадян можуть мати психічні розлади внаслідок війни. Подібні тенденції фіксують і міжнародні дослідження колег[5] доводять, що після масових катастроф рівень ПТСР у постраждалих спільнотах у кілька разів перевищує середньосвітовий. Такі дані засвідчують нагальну потребу в розвитку державних програм психічного здоров'я та колективної підтримки.

Подолання колективної травми вимагає системних заходів, включаючи визнання травми задіяння освіти та медіа. Особливо важливими є колективні ритуали, історична рефлексія та психологічна підтримка на рівні громади. Індивідуальна терапія є необхідною складовою, проте її вплив обмежений; для комплексного подолання наслідків колективної травми доцільно застосовувати методи, що підтримують адаптивне опрацювання травматичного досвіду на міжособистісному та груповому рівнях.

Довготривала колективна травма породжує специфічні стратегії виживання, які закріплюються на рівні культури. Як відзначає П. Горностай [1], у суспільствах із невирішеною травмою спостерігаються форми інституційного викривлення такі як:—корупція, нерівність у

доступі до інституційних послуг. Ми вбачаємо в цьому спробу адаптації: люди навчаються виживати в умовах постійної небезпеки, навіть якщо це руйнує суспільні цінності.

Комплексне подолання наслідків колективної травми передбачає системні соціальні стратегії, включно з публічним визнанням травматичних подій, розвитком програм освіти пам'яті, а також врахуванням культурного контексту в процесі адаптації процедур психотерапевтичних інтервенцій. Г. Гіршбергер [4] наголошує, що спільні ритуали та мистецькі практики є формою колективного катарсису. Саме тому ми вважаємо, що ефективне подолання наслідків колективної

травми передбачає не лише реалізацію політики пам'яті, але й розвиток психологічних механізмів колективного осмислення минулого.

Отже, колективна травма є не лише наслідком історичних подій, а й активним чинником формування національного психічного здоров'я. Усвідомлення травми та її опрацювання є необхідною умовою побудови зрілого суспільства. Ми вважаємо, що сучасна психологія має приділити більше уваги дослідженню впливу історичних подій, відображених в культурі сьогодення і побудувати цілісну стратегію інтеграції колективного досвіду через освіту, культуру, медіа та міжпоколіннєвий діалог.

Список використаних джерел: 1. Горностай П. П. (2023). *Психологія колективних травм: монографія*. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; 2. Суший О. В. (2023). Травма як соціальний діагноз українського суспільства. *Психологічний часопис*, 10.33120/porp-Vol14-Year2023 - 148; 3. Франкова І. (2023). Колективна травма населення України: реалії, перспективи та можливість дослідження трансгенераційного аспекту. *Вісник психології*, 10.26766/pmgrp.v8i3.442; 4. Hirschberger G. (2022). Collective trauma and the social construction of meaning. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 1441. 10.3389/fpsyg.2018.01441; 5. Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 10.1017/S0033291707001353.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

Актуальність теми зумовлена масштабними міграційними процесами, що відбуваються в Україні у зв'язку з воєнними діями. Вимушене переселення призвело до глибоких змін у соціальному житті, особистісних стратегіях та міжособистісних стосунках. В цих умовах особливої ваги набуває дослідження соціально-психологічних чинників, що забезпечують успішну адаптацію переселенців та сприяють збереженню їхнього психічного благополуччя.

Стан дослідження проблеми адаптації переселенців ґрунтується на класичних працях, присвячених стресу, копіngu та збереженню ресурсів (Г. Сельє, Р. Лазарус, С. Фолкман, С. Гобфолл, К. Карвер). Особливе значення для аналізу мають концепції соціальної підтримки та ролі спільнот у процесі інтеграції (Е. Дюркгейм, У. Бронфенбреннер). В українському науковому просторі питання психологічної адаптації в кризових умовах досліджували Л. Карамушка, Т. Титаренко, О. Сергієнко, Ю. Снігур, які наголошували на значенні смисложиттєвих орієнтацій, ресурсності особистості та соціальної підтримки. Окрему увагу адаптації внутрішньо переміщених осіб приділяють сучасні автори, серед яких Н. Чепелева, Л. Сохань, С. Максимець.

В умовах повномасштабного вторгнення внутрішньо переміщені особи (ВПО) опинилися у складних соціально-психологічних обставинах, що потребують комплексної адаптації до нових умов життя. Їхня здатність відновлювати психологічну рівновагу та

соціально інтегруватися визначається не лише індивідуальними ресурсами, але й умовами середовища, наявністю підтримки з боку родини, громади та держави. У цій статті проведено теоретичний аналіз чинників, що впливають на соціально-психологічну адаптацію переселенців, а також, спираючись на власний практичний досвід роботи з ВПО, пропонується систематизувати ці чинники у вигляді класифікації. Такий підхід дозволяє послідовно розглянути та проаналізувати різні аспекти адаптації, оцінити їх значення та визначити напрямки психологічної підтримки (World Health Organization (WHO). (2022). *Mental Health and Psychosocial Support to Ukraine: WHO Special Initiative for Mental Health*. Geneva: World Health Organization).

1. *Матеріально-побутові чинники* переселенців є першочерговим фактором успішної адаптації. Втрата житла, заощаджень, роботи та стабільного доходу створює високий рівень стресу та підвищує ризик тривожно-депресивних реакцій. Особливо вразливими є люди похилого віку або ті, хто не має можливості винайняти житло, що часто призводить до проживання в тимчасових або некомфортних умовах. При підтримі держави, міжнародних організації та волонтерських структур, забезпечуючи базові потреби та фінансову стабілізацію, це напряду сприяє емоційному відновленню та активізації внутрішніх ресурсів особистості (World Health Organization (WHO). (2022). *Mental Health and*

Psychosocial Support to Ukraine: WHO Special Initiative for Mental Health. Geneva: World Health Organization). Таким чином, матеріально-побутові чинники тісно взаємодіють із психологічними і соціальними аспектами адаптації: їх дефіцит знижує мотивацію до інтеграції та посилює відчуття безпорадності, тоді як адекватне забезпечення базових потреб створює основу для ефективного використання копінг-стратегій, соціальної підтримки та психосоціальної допомоги.

2. *Статусні та контекстуальні чинники* істотно впливають на процес адаптації, визначаючи рівень психологічних ризиків і доступ до ресурсів. До них належать правовий статус (ВПО, військовослужбовець, мешканець окупованих територій), місце попереднього та поточного проживання, а також досвід перебування під обстрілами чи свідчення насильства. Переселенці з окупованих або інтенсивно обстрілюваних регіонів частіше демонструють підвищену тривожність і посттравматичні реакції, що потребує комплексної психологічної допомоги. Значення має і приймаюча громада: у місцевостях із більшою кількістю переселенців швидше формується соціальна підтримка та почуття приналежності, тоді як у регіонах із нижчою толерантністю процес адаптації ускладнюється через соціальну ізоляцію та культурно-мовні бар'єри. Отже, ці чинники визначають умови реалізації особистісних і соціальних ресурсів переселенця та окреслюють потребу у цільових психосоціальних і побутових програмах підтримки.

3. *Соціальні чинники* відіграють ключову роль у процесі адаптації переселенців, оскільки визначають рівень інтеграції та психологічного

комфорту в новому середовищі. Прийняття громади, наявність соціальних мереж, підтримка земляків, а також активність волонтерських та міжнародних організацій значно полегшують адаптацію та зменшують відчуття ізоляції. Формування контактів із місцевими мешканцями та іншими ВПО створює відчуття приналежності та соціальної ідентичності, що сприяє стабілізації емоційного стану та розвитку копінг-ресурсів. У контексті клінічної психології відсутність соціальної підтримки часто супроводжується підвищеною тривожністю, депресивними реакціями та зниженням мотивації до інтеграції. Таким чином, соціальні чинники виступають проміжним механізмом між матеріально-побутовими умовами та психологічним здоров'ям ВПО, забезпечуючи можливість активного включення в нове соціальне середовище та ефективного використання доступних ресурсів.

4. *Індивідуально-психологічні та клініко-психологічні чинники* визначають внутрішні ресурси особистості, які впливають на успішність адаптації переселенців у нових соціальних умовах. До них належать рівень стресостійкості, адаптивні копінг-стратегії, особливості емоційної регуляції, а також наявність або відсутність психотравмуючого досвіду. З клінічної точки зору, у значній частині ВПО спостерігаються прояви посттравматичного стресового розладу (F43.1), тривожних (F41.1) і депресивних (F32) станів, які ускладнюють процес соціальної інтеграції та знижують ефективність адаптаційних механізмів (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO Version for, 2015). Індивідуальні відмінності у сприйнятті стресу та

рівень психологічної гнучкості визначають, чи буде реакція на травматичні події конструктивною або дезадаптивною. Важливе значення має також мотиваційна складова — готовність приймати нову реальність, відновлювати соціальні зв'язки та вибудовувати життєві плани. Отже, клініко-психологічні чинники слід розглядати як базовий рівень адаптації, що потребує системного психокорекційного супроводу та психоосвітніх програм, спрямованих на відновлення внутрішніх ресурсів і профілактику хронічної дезадаптації.

5. *Родинні та рольові чинники* є центральними у соціально-психологічній адаптації переселенців, адже сім'я виступає базою емоційної підтримки. Порушення сімейної структури — розділення членів родини, перебування одного з подружжя на військовій службі, розлука з дітьми або батьками — спричиняє тривогу, емоційну напругу та самотність. Для дружин військовослужбовців або тих, чий родичі залишилися в зоні бойових дій чи за кордоном, характерні тривожно-депресивні реакції (F41.2, F32.1) та елементи горя (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO Version for, 2015). Збереження родинних зв'язків, навіть дистанційно, підтримує почуття безпеки, ідентичності і копінг-стратегії. Трансформація соціальних і сімейних ролей у новому середовищі — наприклад, зміна ролі годувальника чи опікуна — може бути як адаптивною, так і стресогенною. Таким чином, родинні та рольові чинники формують психологічний мікроконтекст адаптації, де

підтримка сім'ї є ключовою для стабілізації психоемоційного стану переселенців.

6. *Культурно-ідентифікаційні та мовні чинники* є важливими для соціально-психологічної адаптації переселенців, оскільки визначають відчуття ідентичності, приналежності та інтегрованості. Мовна та культурна різниця між регіоном походження й новим місцем проживання часто стає джерелом напруження, особливо коли мовне питання має соціальне або політичне забарвлення. Відсутність прийняття чи відчуття "чужості" підсилює тривожність і сприяє соціальній ізоляції. Натомість можливість зберігати культурну ідентичність через громади земляків, культурні чи релігійні ініціативи підтримує психологічну стабільність і почуття цілісності (Нестеренко М., Романко О. (2023). *Адаптація внутрішніх переселенців до нових умов життя*. Збірник наукових праць "SCIENTIA" (16 червня 2023 р.; Афіни, Греція), с. 181–182). У клінічному аспекті культурна дезінтеграція може проявлятися як вторинна реакція адаптаційного стресу (F43.2), тоді як культурна гнучкість і толерантність виступають предикторами успішної адаптації. Підтримка культурної самобутності переселенців і розвиток прийняття в громадах є важливим напрямом соціально-психологічної допомоги в умовах війни.

Аналіз соціально-психологічних чинників успішної адаптації переселенців показав, що відновлення внутрішньої рівноваги та інтеграція у нове середовище є багатовимірним процесом. Адаптація ВПО формується на перетині матеріально-побутових, соціальних, психологічних, культурних і сімейних впливів, які можуть як сприяти, так і ускладнювати її.

Практичний досвід свідчить, що ефективними є підходи, що враховують індивідуальну історію втрат, контекст переміщення та наявні ресурси особистості й громади. Особливе значення мають заходи зі створення безпечного соціального середовища, підтримки родинних

зв'язків, доступу до психологічної допомоги та можливостей самореалізації. Запропонована класифікація чинників може слугувати орієнтиром для подальших досліджень і розробки програм психосоціального супроводу ВПО в Україні.

Список використаних джерел: 1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO Version for (2015). URL; 2. Нестеренко М., Романко О. (2023). *Адаптація внутрішніх переселенців до нових умов життя*. Збірник наукових праць "SCIENTIA" (16 червня 2023 р.; Афіни, Греція), с. 181–182. URL; 3. World Health Organization (WHO). (2022). *Mental Health and Psychosocial Support to Ukraine: WHO Special Initiative for Mental Health*. Geneva: World Health Organization. URL.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ РЕЗИЛІЄНС ДОРΟΣЛОЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ВИМІРИ

Упродовж останніх десятиліть концепція психологічної стійкості (резилієнсу) стала одним із ключових напрямів у вивченні адаптації людини до екстремальних і кризових подій (Masten, 2018). У сучасних умовах війни в Україні її значення набуває особливої ваги, адже саме резилієнс забезпечує здатність дорослої особистості не лише витримувати стрес і втрати, але й відновлювати внутрішню рівновагу, відкривати нові сенси та зберігати життєздатність (Panova & Panchenko, 2022).

Вивчення резилієнсу має міждисциплінарний характер. Психологія, соціологія, медицина, педагогіка та культурологія пропонують власні підходи до розуміння механізмів, ресурсів і форм його прояву (Bonanno, 2021).

Серед внутрішніх ресурсів виокремлюють оптимізм, надію, емоційну гнучкість і здатність конструктивно вирішувати проблеми. Надія запускає трансформаційний процес, у якому навіть травматичний досвід війни може стати поштовхом до розвитку. Збереження надії не означає відсутності емоційного стресу, а радше допомагає його продуктивному подоланню.

Зовнішні ресурси включають соціальну підтримку, активну участь у професійному та громадському житті, а також культурні практики, які формують відчуття приналежності до спільноти (Hobfoll et al., 2007).

Емпіричне дослідження, проведене серед мешканців Краматорського району Донецької

області, показало, що індивідуальна стійкість є важливим чинником подолання наслідків війни (Панкова, 2025). Участь у дослідженні брали респонденти віком 30-55 років, які проходили психодіагностичне обстеження з використанням шкали стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-25), PERMA-профайлер, шкали соціально-психологічної адаптації К. Роджерса - Р. Даймонда, шкали психологічного благополуччя К. Ріфф та опитувальника посттравматичного зростання.

Такий комплексний інструментарій дозволив оцінити як індивідуально-психологічні характеристики, так і показники суб'єктивного благополуччя та соціальної інтеграції.

Отримані результати підтвердили, що резилієнс є динамічним і неоднорідним явищем: він проявляється не лише як особистісна риса, а й як процес, який змінюється з віком, життєвим досвідом та соціальним контекстом. У старшій віковій групі виявлено вищу інтегрованість між самоприйняттям, міжособистісними стосунками та цілеспрямованістю, що відображає здатність до більш стабільних стратегій подолання.

Молодші учасники демонстрували менш структуроване відчуття благополуччя, що свідчить про пошук шляхів адаптації та становлення життєвих орієнтирів.

Окремої уваги заслуговує феномен посттравматичного зростання, що виявився у частини респондентів: збагачення міжособистісних відносин, нове відчуття сенсу

життя, посилення духовності та зростання суб'єктивного відчуття особистої сили (Панкова, 2025). Це демонструє, що навіть у контексті масових травматичних подій резилієнс може стати основою не лише відновлення, а й розвитку.

Міждисциплінарність у вивченні резилієнсу проявляється через інтеграцію підходів різних наук:

- психологія – аналіз внутрішніх механізмів (емоційна регуляція, копінг-стратегії, позитивне мислення);
- медицина та нейронауки – фізіологічні аспекти стресостійкості (робота нервової системи, гормональні механізми);
- соціологія – колективні ресурси та стійкість громад;

- педагогіка – формування стійкості через освітні практики;
- культурологія – роль традицій, символів і культурних практик у підтриманні психологічної рівноваги.

Отже, психологічний резилієнс є багатовимірним феноменом, що інтегрує особистісні, соціальні та культурні чинники. В умовах війни в Україні він виступає ключовим ресурсом адаптації та збереження психічного здоров'я. Результати дослідження підкреслюють необхідність розробки програм підтримки стійкості для різних вікових і соціальних груп, а також важливість міждисциплінарної співпраці у сфері науки та практики психологічної допомоги.

Список використаних джерел: 1. Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox: An integrative framework for understanding adaptive and maladaptive outcomes. *Am Psychol*, 76(3), 431–446. 10.1037/amp0000719; 2. Hobfoll, S. E., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. 10.1521/psyc.2007.70.4.283; 3. Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *J Fam Theor Rev*, 10(1), 12–31. 10.1111/jftr.12255; 4. Panova, T., & Panchenko, Y. (2022). Psychological resilience and post-traumatic growth in war-affected populations. *J Traum Dissoc*, 23(4), 521–538. 10.1080/15299732.2022.2051234; 5. Панкова, Г. Ш. (2025). Особливості психологічної адаптації осіб віком 30–55 років: результати порівняльного емпіричного дослідження. *Габітус*, 74, 254–261. 10.32782/2663-5208.2025.74.46.

Наукове online-видання

Серія «Клінічна психологія: виклики та інновації» започаткована у 2025 році
The series "Clinical Psychology: Challenges and Innovations" was launched in 2025

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА
ПСИХОТЕРАПІЯ У ДЗЕРКАЛІ СУЧАСНОСТІ
I Міжнародна науково-практична конференція
24-25 жовтня 2025, Україна, Київ

Збірник матеріалів

*CLINICAL PSYCHOLOGY AND
PSYCHOTHERAPY IN THE MIRROR OF MODERNITY
I International scientific and practical conference
24-25 October 2025, Kyiv, Ukraine*

Proceedings

Головний редактор Online-видання
Науковий редактор
Упорядник
Художній редактор Online-видання

Серих Лариса
Людмила Крупельницька
Назар Яценко
Ліє Гудзик

Цитування:

Клінічна психологія та психотерапія у дзеркалі сучасності. I Міжнародна науково-практична конференція, 24-25 жовтня 2025, Україна, Київ : зб. матер. / Ф-т психол. Каф. психодіаг. та клініч. псих. Київ. нац. ун-ту ім. Т. Шевченка — Електрон. дан. — Київ : ГО «МНГ», 2025. — 350 с. : рис., табл., графіки — Серія «Клінічна психологія: виклики та інновації» — on-line. = *Clinical psychology and psychotherapy in the mirror of modernity. I International scientific and practical conference, 24-25 October 2025, Kyiv, Ukraine : proceedings / Fac. Psychol. Dep. psychodiagn. & clin. psychol. T. Shevchenko Nat. Uni. Kyiv — Eelectron. Data — Kyiv : NGO "ISG", 2025. — 350 p. : illustr., tab., graph(s). — The Series "Clinical Psychology: Challenges and Innovations" — on-line. — Режим доступу: <https://inter-sci-guild.org.ua/klinichna-psykholohiya-ta-psykhoterapiya-u-dzerkali-suchasnosti-2025>*



Видавець: ГО «Міжнародна наукова гільдія» / НВЦ

Inter-Sci-Guild / <https://inter-sci-guild.org.ua/publishing>

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК 7456 від 23.09.2021 року
publishing.7456@gmail.com / Telegram: @OnlinePublishing

Sci-Book-Shop

<https://inter-sci-guild.org.ua/book-shop>



University
of Gdańsk

