

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Психологія
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)

магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему Психоемоційний стан населення України в умовах воєнного стану
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,
групи СН-113м

Спеціальності 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)

Психологія

ЗЕЛЕНКОВА В.В.

(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник БУРЛАКОВА І.А.

(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент ГРИШИНА Т.А.

(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
Кафедра «Психологія»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« 29 » _____ серпня 2024 року

ЗАВДАННЯ

НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ЗЕЛЕНКОВОЇ Віолети Вячеславівни

(ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психоемоційний стан населення України в умовах воєнного стану.

керівник проєкту (роботи) доктор психологічних наук, професор БУРЛАКОВА Ірина Анатоліївна

(науковий ступінь, вчене звання, ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «02» вересня 2024 року № 358

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 11 грудня 2024 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 115 сторінок, 7 таблиць, 21 рисунок, 100 джерел.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: проаналізовано наукові підходи до розуміння емоцій і емоційних станів в сучасній психології; визначено психологічні особливості переживання стресового стану; виокремлено чинники виникнення і особливості розвитку психоемоційних станів у кризових та екстремальних ситуаціях; проаналізовано результати емпіричного дослідження психоемоційних станів українців в умовах війни; проаналізовано сучасні підходи психосоціальної підтримки населення в контексті подолання деструктивного впливу війни як стресогенного фактору; розроблено і проаналізувано ефективність програми психологічного тренінгу з гармонізації психоемоційних станів населення в умовах війни.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) Таблиця 1.1 – Форми переживання емоційних станів, Таблиця 1.2 – Положення основних теорій і моделей стресу, Таблиця 1.3 – Реакції на

стресові і травмівні події, Таблиця 1.4 – Кризові емоційні стани в умовах війни як стресогенного фактору, Рис. 1.1 Найбільш затребувані і актуальні потреби вимушено переміщених осіб (ВПО), Рис. 2.1 Розподіл груп опитаних за шкалами методики психологічного благополуччя К. Ріфф (у %), Рис. 2.2 Розподіл категорій опитаних за шкалами методики психологічного благополуччя К. Ріфф за низьким рівнем вираженості (у %), Рис. 2.3 Усереднені показники позитивних і негативних емоційних станів різних категорій опитаних українців, Рис. 2.4 Показники психоемоційного стану цивільного населення за результатами методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (у % опитаних), Рис. 2.5 Показники психоемоційного стану громадян України за результатами методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка в залежності від груп опитаних, Рис. 2.6 Оцінка рівня ситуативної і особистісної тривожності (у % груп опитаних), Рис. 2.7 Оцінка рівня ситуативної тривожності (у % груп опитаних), Рис. 2.8 Оцінка рівня особистісної тривожності (у % груп опитаних), Рис. 2.9 Показники шкали депресії Бека в цілому і в залежності від груп опитаних, Рис. 2.10 Емоції, що останнім часом найбільше переважають у настрої українців (можна було обрати декілька варіантів), Рис. 2.11 Стресогенні чинники населення України в цілому по вибірці (можна було обрати декілька варіантів), Рис. 2.12 Стресогенні чинники населення України в залежності від груп опитаних (можна було обрати декілька варіантів), Рис. 2.13 Аспекти війни, які викликають стрес в цілому по вибірці опитаних (можна було обрати декілька варіантів відповідей), Рис. 2.14 Аспекти війни, які викликають стрес в залежності від груп опитаних (можна було обрати декілька варіантів відповідей), Рис. 2.15 Усереднені показники життєстійкості у опитаних в цілому по вибірці, Рис. 2.16 Розподіл опитаних (у %) в залежності від вираженості фактора життєстійкості, Рис. 2.17 Усереднені показники життєстійкості в залежності від груп опитаних, Рис. 2.18 Вираженість копінг-стратегій в опитаних в цілому по вибірці, Рис. 2.19 Вираженість копінг-стратегій в залежності від груп опитаних, Таблиця 2.1 – Кореляційні зв'язки складових психологічного благополуччя із життєстійкістю і копінг-стратегіями, Таблиця 3.1 – Підходи до реагування на наслідки надзвичайних ситуацій: «травма» vs. «резилієнс», Таблиця 3.2 – Програма психологічного тренінгу з корекції і гармонізації психоемоційного стану особистості в умовах війни, Рис. 3.1. Порівняльний аналіз отриманих результатів до та після проведення психологічного тренінгу за методикою «Самопочуття, активність, настрої (САН)», Рис. 3.2. Порівняльний аналіз отриманих результатів до та після проведення психологічного тренінгу за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна».

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	Бурлакова І.А., професор	23.09.2024	06.10.2024
2	Бурлакова І.А., професор	07.10.2024	20.10.2024
3	Бурлакова І.А., професор	21.10.2024	27.10.2024
Нормок-ь	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	08.11.2024	10.11.2024

. Дата видачі завдання «29» серпня 2024 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу)	29.08.2024	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт(роботу)	30.08.2024	
3	Затвердження теми	02.09.2024	
4	Складання змісту	20.09.2024	
5	Виконання першого розділу	23.09.2024	
6	Виконання другого розділу	07.10.2024	
7	Виконання третього розділу	21.10.2024	
8	Формування висновків	28.10.2024	
9	Перевірка роботи керівником	01.11.2024	
10	Оформлення дипломного проєкту(роботи)	04.11.2024	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	08.11.2024	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	11.12.2024	
13	Подання роботи на кафедру	11.12.2024	
14	Одержання відгуку та рецензії	13.12.2024	
15	Захист дипломної роботи	18.12.2024	

Студент(ка) _____ Віолета ЗЕЛЕНКОВА
(підпис) (Ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____ Ірина БУРЛАКОВА
(підпис) (Ім'я ПРИЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 115 с., 7 табл., 21 рис., 100 дж..

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан населення України в умовах війни.

Предмет дослідження – психологічні зміни психоемоційного стану населення і напрямки психологічної допомоги з його гармонізації в умовах повномасштабної війни в Україні.

Мета дослідження: виявити особливості психоемоційного стану і розробити програму психологічного тренінгу з його гармонізації.

Методи дослідження: теоретичний аналіз психологічної літератури в контексті предмета і завдань дослідження; метод соціально-психологічного опитування; психодіагностичний метод (методики «Шкала психологічного благополуччя» (К. Ріфф), «Шкала позитивного та негативного афекту»; «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності (Ч.Д. Спілбергер – Ю. Ханін), шкала депресії А. Бека, «Тест життєстійкості» (С. Мадді), Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана, методика «Самопочуття, активність, настроїв (САН)»), методи математичної статистики (кореляційний аналіз). Обробка даних здійснювалася з допомогою комп'ютерної статистичної програми SSPS v.23.0. for Windows.

Практичне значення одержаних результатів: отримані результати можна використовувати для здійснення постійного моніторингу психоемоційного стану населення в умовах воєнного стану та при розробці програм психосоціальної підтримки особам, які постраждали від збройних конфліктів.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, СТРЕС, ТРАВМА, ПЕРЕЖИВАННЯ, РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ, АДАПТАЦІЯ, ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ НАСЕЛЕННЯ

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТІ	12
1.1. Наукові підходи до розуміння емоцій і емоційних станів в сучасній психології	12
1.2. Психологічні особливості переживання стресових станів	26
1.3. Чинники виникнення і розвиток психоемоційних станів у кризових та екстремальних ситуаціях.....	35
Висновки до першого розділу	50
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	52
2.1. Організація і методи емпіричного дослідження	52
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження психоемоційних станів українців в умовах війни.....	56
Висновки до другого розділу	78
РОЗДІЛ 3. ПСИХОТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА З ГАРМОНІЗАЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	80
3.1. Сучасні підходи психологічної підтримки населення в умовах воєнного стану	80
3.2. Програма психологічного тренінгу з гармонізації психоемоційних станів населення в умовах війни: розроблення і аналіз ефективності	91
Висновки до третього розділу	100
ВИСНОВКИ	102
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	106

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АСТ – аксептанс- та когнітивно-поведінкова терапія

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я.

ВПО – внутрішньо переміщені особи .

ГСР – гостра стресова реакція.

ЗВО – заклад вищої освіти.

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія.

МВСТ – методи вирішення соціально-травматичних ситуацій.

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад.

ПЗПСП – порушення звичайної психосоціальної поведінки.

РА – ресурсна адаптація.

УБД – учасники бойових дій.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Війна як стресогенний чинник має катастрофічні наслідки для будь-якого суспільства і відображається у поширенні деструктивних психоемоційних станів як на індивідуальному, так і на колективному (на рівні всього суспільства) рівнях. Негативний досвід переживання війни спричиняє поширення серед населення високого рівня тривожності і соціальної напруженості, депресивних і поведінкових розладів, посттравматичного стресового синдрому, посилення інтенсивності психологічних і соціальних страхів, порушує психологічне благополуччя дітей, які зазнали досвіду агресії, насильства, втрати близьких, і як наслідок досить довго впливають на покоління, яке зазнало негативного досвіду збройного конфлікту – перебування в окупації, тортур і насильства, перебування у полоні, втрату близьких, вимушене переміщення і втрату домівки [63].

Повномасштабна російська збройна агресія 24 лютого 2022 року порушує економічний і соціальний розвиток держави і спричиняє катастрофічний негативний вплив на життя та здоров'я громадян. Наслідки війни завдають тривалої фізичної та психологічної шкоди дорослим і дітям. В рази збільшилася кількість верств населення, які постраждали від бойових дій, серед яких найбільше потерпають: 1) внутрішньо переміщені особи (ВПО), які зазнали як матеріальних, так і психологічних втрат, що позначилося на рівні їхнього психосоціального благополуччя; 2) діти із травмівним досвідом (перебування на окупованих територіях, в зонах бойових дій, втрата близьких і батьків, насилля з боку окупантів), для яких досить великий ризик виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР); 3) учасники бойових дій, для яких показник виникнення ПТСР ще вищий [65, с.5]; 4) українські біженці за кордоном (яких вже понад 5 млн. осіб), перед якими найгостріше стоїть проблема соціально-психологічної адаптації і соціальної

інтеграції в новому соціокультурному середовищі. Тому особливої актуальності для України набуває створення ефективної системи подолання негативних психосоціальних наслідків військової агресії, що передбачає врахування і аналіз соціальних і психологічних проблем, з якими стикається українське суспільство, деструктивного впливу психологічних змін емоційного стану різних категорій населення України.

Серед вітчизняних дослідників, які досліджують проблему впливу негативних психосоціальних і психоемоційних наслідків збройного конфлікту в Україні слід відзначити таких як: А. Голотенко, А. Довгань, О. Євдокімова, Я. Короход, В. Лефтеров, І. Нечитайло, М. Слюсаревський, В. Тюріна, Л. Солохіна, А. Манець, С. Шостаківська, О. Чабан, О. Хаустова, В. Ющенко та інші.

Мета й завдання дослідження. Мета дослідження – виявити особливості психоемоційного стану населення України і розробити програму психологічного тренінгу з його гармонізації.

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі завдання:

- проаналізувати наукові підходи до розуміння емоцій і емоційних станів в сучасній психології;
- визначити психологічні особливості переживання стресового стану;
- виокремити чинники виникнення і особливості розвитку психоемоційних станів у кризових та екстремальних ситуаціях;
- проаналізувати результати емпіричного дослідження психоемоційних станів українців в умовах війни;
- проаналізувати сучасні підходи психосоціальної підтримки населення в контексті подолання деструктивного впливу війни як стресогенного фактору;
- розробити і проаналізувати ефективність програми психологічного тренінгу з гармонізації психоемоційних станів населення в умовах війни.

Об’єкт дослідження – психоемоційний стан населення України в умовах війни.

Предмет дослідження – психологічні зміни психоемоційного стану населення і напрямки психологічної допомоги з його гармонізації в умовах повномасштабної війни в Україні.

Гіпотеза дослідження: впровадження в систему психологічної допомоги постраждалим від війни психологічних тренінгів з корекції і гармонізації психоемоційного стану особистості сприятиме підвищенню рівня психологічного благополуччя населення і формуванню адаптивних копінг-стратегій в надзвичайних стресогенних ситуаціях.

Методи дослідження. У роботі використовувалася система методів і процедур отримання даних, що включає: теоретичний аналіз психологічної літератури в контексті предмета і завдань дослідження; метод соціально-психологічного опитування; психодіагностичний метод (методика «Шкала психологічного благополуччя» (К. Ріфф), методика «Шкала позитивного та негативного афекту»; методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності (Ч.Д. Спілбергер – Ю. Ханін), шкала депресії А. Бека, «Тест життєстійкості» (С. Мадді), Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана, методика «Самопочуття, активність, настрої (САН)»), методи математичної статистики (кореляційний аналіз). Обробка даних здійснювалася з допомогою комп'ютерної статистичної програми SPSS v.23.0. for Windows.

В дослідженні прийняли участь 62 учасники. Для дослідження психоемоційного стану українців в умовах війни було проведено психодіагностичне обстеження і соціально-психологічне опитування через соціальну мережу Facebook (вересень 2023 р. – січень 2024 р.).

Практичне значення дослідження. Отримані результати можна використовувати для здійснення постійного моніторингу психоемоційного стану населення в умовах воєнного стану; в процесі підготовки майбутніх психологів, соціальних працівників; при розробці програм психосоціальної підтримки особам, які постраждали від збройних конфліктів; для розробки програм психологічних тренінгів, спрямованих на корекцію і гармонізацію

психосоціального стану різним категоріям населення (мешканці прифронтових територій, внутрішньо переміщені особи (ВПО), діти з травмівним досвідом, учасники бойових дій (УБД), ветерани війни, що зазнали поранення чи каліцтво).

Апробація результатів роботи. Головні положення магістерської роботи дістали своє відображення в публікаціях автора, доповідались на міжнародних, всеукраїнських науково-практичних конференціях, зокрема: Zelenkova V.V.Characteristics of the concept traumatic situation//Тиждень науки-2024. Факультет соціальних наук. Тези доповідей науково-практичної конференції, Запоріжжя, 15–19 квітня 2024 р. [Електронний ресурс] / Редкол. : Вадим ШАЛОМЄЄВ (відпов. ред.) Електрон. дані. – Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2024. – 225с. С.33; Saveliuk N.M., Zelenkova V.V. Peculiarities of the psycho-emotional state of Ukrainians during war. Габітус. Одеса, 2024. Вип. 59. С.178-183; результати дослідження подано до друку на Міжнародну науково-практичну конференцію студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодіжна наука: інновації та глобальні виклики» від 6 листопада 2024 року

Структура і обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи – 121 сторінок. Робота містить 20 рисунків, 7 таблиць. Список використаних джерел включає 100 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Наукові підходи до розуміння емоцій і емоційних станів в сучасній психології

На сьогодні в психологічній науці проблема тлумачення і дослідження емоцій та емоційних станів людини залишається актуальною за рахунок відсутності єдиної теоретико-методологічної основи їх інтерпретації, форм і напрямків впливу на становлення та розвиток особистості, їх ролі в соціальній взаємодії індивідів. До того ж відсутні єдині параметри інтерпретації емоційних переживань особистості, показників їх інтенсивності і причин виникнення.

Існує безліч визначень емоцій. Емоціями називають «психічні процеси і стани у формі безпосереднього переживання діючих на індивіда явищ та ситуацій». Це «реакція особистості, організму на реальну або можливу ситуацію, яке сприяє або не сприяє життєдіяльності, що відповідає або не відповідає її ціннісним нормативам та установкам», «фізіологічне відхилення від гомеостазу, яке суб'єктивно переживається у формі сильних почуттів (наприклад, любові, ненависті, бажання або страху) і виявляється в нервово-м'язових, респіраторних, серцево-судинних, гормональних та інших тілесних змінах, які готують до зовнішніх дій, що можуть бути вчинені або не вчинені»; це «психічні процеси, що проходять у формі переживань і відображають особисту значимість та оцінку зовнішніх і внутрішніх ситуацій для життєдіяльності людини» [62, с.265], «безпосереднє ситуативне, тимчасове відображення пристрасного переживання людиною ставлення до предметів, подій і явищ навколишнього світу, які мають для неї суб'єктивну значимість». Д. Майєрс визначав емоцію як «реакцію всього організму, що містить фізіологічне збудження, експресивну поведінку та свідомий досвід».

А. Трофімов та Е. Загурська зазначають, що «емоції – це психічні процеси, які відображають різної тривалості та інтенсивності суб'єктивні переживання людиною ситуативного або дійового значення предметів та явищ часово-просторового континууму, які можуть чинити вплив на функціональний стан різних психічних механізмів, виявляючись у нервово-м'язових, респіраторних, серцево-судинних, гормональних та інших тілесних змінах та закріплюючись у пам'яті людини у вигляді набутого чуттєвого досвіду» [62, с.266].

П. Клейнгін та А. Клейнгін здійснили спробу надати визначення емоцій, яке б охоплювало всі сфери їх виразу, тобто вияв емоцій на тілесному і фізіологічному рівні; їх вплив на сприйняття, мислення й поведінку; їх взаємозв'язку із мотиваційно-вольовою сферою особистості; способів, за допомогою яких емоції виражаються, – мовою, мімікою та жестами [68, с.190]. Згідно з когнітивною моделлю А. Бека, емоція є невід'ємною частиною тріади думок, емоцій і поведінки.

На сьогоднішній день відомі наступні теорії емоцій: еволюційна теорія Ч. Дарвіна; рудиментарна теорія емоцій; соматична теорія В. Джемса-К. Ланге; таламічна теорія В. Кеннона-Ф. Барда; активаційна теорія Д. Ліндслі-Д. Хебба; теорія Дж. Даффі; судинна теорія вираження емоцій І. Уейнбаума і її модифікація; нейрокультурна теорія емоцій П. Екмана; психоаналітична теорія емоцій; двохфакторна (когнітивно-фізіологічна) теорія С. Шехтера; пізнавальна теорія М. Арнольд-Р. Лазаруса; теорія когнітивного дисонансу Л. Фестінгера; теорія емоцій О. Леонтьєва; диференційна теорія емоцій К. Ізарда. Розглянемо деякі з них.

У психології існують кілька теорій, що пояснюють, чому виникають емоції. В опублікованій Ч. Дарвіном в 1872 році книзі «Вираження емоцій у людини і тварин» представлено еволюційний шлях розвитку емоцій. Порівнюючи емоційні прояви у людей і тварин, він зробив висновок про те, що виразні рухи людини, пов'язані з емоціями, є значущими для еволюції і являють собою рудименти (залишки) раніше доцільних реакцій, вироблених в

ході боротьби за існування. Основна функція емоцій в життєдіяльності організму – пристосувальна. В еволюції тварин та людини емоції сприяли удосконаленню форм пристосування до зовнішніх умов. Тобто Ч. Дарвін практично ототожнював емоції людини та тварин, ігноруючи при цьому значення соціального фактору у розвитку емоцій людини [34, с.15].

Американський психолог У. Джеймс і датський анатом К. Ланге незалежно один від одного висунули периферичну теорію, засновану на парадоксальній ідеї про те, що емоції є результат фізіологічних змін в різних системах. Вони стверджували, що ми сміємося не тому, що нам смішно, а нам смішно тому, що ми сміємося. Сенс цього твердження полягає в тому, що довільна зміна міміки і пози призводить до мимовільної появи відповідної емоції, тобто, наприклад, зображення гніву призводить до того, що людина починає дійсно переживати це почуття. У. Джеймс наголошував, що тілесне збудження виникає безпосередньо через той факт, подразник, що його викликає, і саме розуміння того збудження в момент, як це здійснюється, і є емоція [34]. А К. Ланге ще й стверджував, що всі органічні зміни, усвідомлювані як емоції, пов'язані зі змінами периферійного кровообігу [34]. За цією теорією Джеймса-Ланге, лише елементарні емоції мають вісцеральну основу, почуття ж є проявом духовного начала

Критика теорії Джеймса-Ланге сприяла появі нової гіпотези. Теоретична думка на цьому етапі поєдналася із дослідженнями в іншій галузі – клінічній неврології. Так, у 1927 р. відомий фізіолог У. Кеннон експериментально спростував теорію, запропоновану Джеймсом та Ланге. Вчений вказував, що тілесні зміни, що виникають при різних емоційних станах, навіть за своїм розмаїттям, не в змозі описати всі ті відмінності, що спостерігаються в емоціях. Джеймс і Ланге пов'язували виникнення емоцій, емоційних переживань зі зміною станів внутрішніх органів, які є малочутливими структурами. Емоції ж виникають швидко і розвиваються досить стрімко. Також Кеннон довів, що штучно викликані вісцеральні зміни, які властиві деяким емоціям, не викликають емоцію, як таку. За ним, не існує причинного

зв'язку між відчуттям внутрішніх реакцій організму та переживаннями емоцій [34, с.16].

Думки Кеннона згодом розвинув П.Бард. Він показав, що і тілесні зміни, і емоційні переживання, пов'язані з ними, виникають майже водночас. Експериментально вдалося встановити, що емоційними станами в певній мірі можна керувати. Як результат цих доповнень концепція У.Кеннона отримала назву – теорії Кеннона-Барда і подальший розвиток [34, с.16]. Видається, що нейрофізіологічні теорії емоцій, пов'язують їх з діяльністю центральної нервової системи. В результаті досліджень вчені дійшли висновку, що в мозку існують локалізовані центри, які керують емоційними реакціями. В процесі розвитку людини вони майже не змінились і, що цікаво, мало чим відрізняються від відповідних ділянок мозку тварин. Експериментальні дослідження виявили також взаємозв'язок між морфологічними структурами мозку і емоційними процесами. Доведено, що емоційні процеси визначають і регулюють поведінку людини залежно від характеру та інтенсивності емоційних переживань. Основним моментом теорії Кеннона-Барда є те, що тілесні зміни відбуваються чи не водночас з емоційними переживаннями.

Заслуговує на увагу нейрокультурна теорія емоцій П. Екмана, згідно якої експресивні прояви основних (базових) емоцій (гніву, страху, печалі, подиву, відрази, щастя) універсальні і практично нечутливі до впливу навколишнього середовища. Кожна емоція пов'язана з генетично детермінованою програмою руху м'язів обличчя. Проте, прийняті в суспільстві норми соціального контролю визначають правила виявлення емоцій.

Хоча заперечувати наявність умовно-рефлекторного зв'язку між переживанням емоцій і їх зовнішнім і внутрішнім проявом не можна, зміст емоції не зводиться тільки до фізіологічних змін в організмі. Доказом цьому служать експерименти, в яких були блоковані всі фізіологічні прояви, але суб'єктивні переживання все одно зберігалися. Фізіологічні зрушення відбуваються при багатьох емоціях як вторинна пристосувальна реакція. Наприклад, для мобілізації резервних можливостей організму при зіткненні з

небезпекою і породжувані нею страху [35, с.806].

В біхевіористському напрямі психологічної науки приділялась увага пошуку зв'язків між емоційними станами і поведінкою людини, причому самі емоційні стани виступають як єдина система інстинктів (основна функція яких – пристосування) і емоцій, функція яких полягає у стимулюванні індивіда до процесу пристосування. Так, американський психолог і засновник біхевіоризму Дж. Уотсон вважав емоцію успадкованою реакцією і є можливість керувати емоційною поведінкою.

Особливого значення мають психодинамічні теорії емоцій. Так, в психоаналітичній концепції З. Фрейда сутність виникнення емоцій полягає в так званому механізмі афекту, який має три базові стадії: 1) заряджання афекту, що містить в собі енергію інстинктивних потягів, в більшості несвідомих; 2) стадія «розрядки» афекту як вираження емоцій на рівні почуттів і відповідних їм тілесних проявів; 3) завершальний етап як більш менш усвідомлений процес переживання емоції. Д. Рапапорт надає наступне визначення і тлумачення механізму виникнення емоцій: «... сприйнятий ззовні перцептивний образ породжує несвідомий процес, в ході якого відбувається мобілізація неусвідомлюваної індивідом інстинктивної енергії; коли енергія не може знайти собі легального застосування (у випадку конфліктності інстинктивних потреб), тоді вона виходить назовні через інші канали у вигляді мимовільної активності; різні види такої активності – «емоційна експресія» та «емоційне переживання» – можуть виявлятися одночасно, по чергово або незалежно один від одного; відкритий вияв інстинктивного потягу табується культурою, й тому людині властиві постійні емоційні розрядки різної інтенсивності» [93, с.37].

З критикою обмеженості негативного погляду З. Фрейда на афекти виступив С. Шехтер. Він в межах когнітивістських теорій підкреслював організуючу і конструктивну функції емоцій, яким надавав надзвичайну роль в комунікації, а відтак, і в соціальних взаєминах, причому особливу увагу С. Шехтер приділяв таким аспектам як суб'єктивна спрямованість емоційної

діяльності, і значення пам'яті та мотивації в емоційних процесах. До того ж вчений виділив чинники виникнення емоційного стану людини, де окрім зовнішніх стимулів, фізичних і тілесних відчуттів на переживання емоцій впливають внутрішні фактори, пов'язані насамперед із минулим досвідом індивіда і оцінкою та інтерпретацією важливості і значення ситуації в контексті актуалізації провідних потреб, мотивів та інтересів [34].

Варто відмітити теорію когнітивного дисонансу Л. Фестінгера, згідно якої негативні емоції виникають тоді, коли є розбіжність між очікуваними і дійсними результатами діяльності (когнітивний дисонанс), тоді як очікування і результат збігаються (когнітивний консонанс), що призводить до появи позитивних емоцій. Виникаючі при дисонансі і консонансі емоції розглядаються в цій теорії як основні мотиви відповідної поведінки людини. Однак, існують й інші дослідження, котрі свідчать, що в деяких випадках і дисонанс може викликати позитивні емоції. Як зазначає Д. Хант, для виникнення позитивних емоцій необхідним є певний ступінь розбіжності між установками й сигналами, деякий «оптимум розбіжності» (новизни, незвичайності, невідповідності тощо). Якщо сигнал не відрізняється від попередніх, то його оцінюють як нецікавий; якщо ж він відрізняється занадто сильно, здається небезпечним, неприємним, дразливим тощо [53]. Отже, когнітивна та емоційна сфери активно взаємодіють одна з одною, що призводить до досягнення кінцевої мети діяльності – задоволенні потреб.

Інші дослідники вивчають зв'язок емоцій з мотивацією поведінки. В наукових дослідженнях О. Леонтьєва розглядається взаємозв'язок емоційної і мотиваційної сфери особистості. На його думку, будь-яка діяльність підпорядкована системі мотивів, які в свою чергу відповідають певному емоційному фону, тобто емоції виступають внутрішніми сигналами для дій індивіда, навіть коли самі мотиви не усвідомлювані людиною. Таку ж проблему підіймав С. Рубінштейн пов'язуючи емоції і потреби, причому самі емоції виступають суб'єктивною формою існування потреб (мотивації). В. Мясищев розглядає емоцію як один з важливих факторів психічних

процесів. У своїй теорії він підкреслює, що істотним у визначенні емоцій є їх зв'язок зі ставленням людини до себе, до навколишньої дійсності, а також їх значення в регуляції психічних процесів. Для емоційного розвитку людини найбільш важливим вчений вважає механізм мотиваційної обумовленості, бо він дає можливість формувати емоційне ставлення до предметів [34, с.20]. Питання ролі мотиваційної зумовленості в емоційному розвитку людини досліджував і В. Вілюнас.

У контексті досліджуваної нами проблематики цікавою є аналіз існуючих концепцій і теорій емоцій К. Ізардом, який виокремлює психодинамічний, дименсійний, когнітивний, соціально-когнітивний, когнітивно-фізіологічний підходи, які цілісно розкривають вчення про емоції та їх диференціацію. Так, обґрунтовуючи психодинамічний підхід, вчений бере за основу психоаналітичну теорію афекта, розкриту в працях М. Клейна, З. Фрейда, Г. Холла. Услід за вченим, автор наголошує на різноманітній ролі емоцій, особливо негативних, які виникають у результаті конфліктних потягів і мають вияв у афектах і визначаються трьома його аспектами: енергетичним компонентом інстинктивного потягу («заряд» афекту), процесом «розрядки» і сприйняття остаточної розрядки (відчуття, або переживання емоції). Когнітивна матриця афекту (М. Клейна) є важливою частиною «рушійної сили», або мотивації, що лежить в основі поведінки. Розвиваючи теорію афекту та мотивації, К. Ізард акцентує увагу на важливості зовнішньої стимуляції та перцептивно-когнітивних процесів, які визначив свого часу Г. Холл [33].

Наукові погляди Г. Спенсера, Е. Даффі, Д. Ліндслі та ін. складають основу дименсійного підходу й трактують емоції як нервові імпульси, фактично виключаючи їх з психологічного дослідження. Г. Спенсер наголошував на біологічному походженні емоцій людини від афективних та інстинктивних реакцій тварин. Е. Даффі зазначав, що термін «емоція» повинен визначати деякі специфічні форми поведінки, які не піддаються поясненню. Вчений пропонував відмовитись від дослідження емоцій, оскільки вони

заважають процедури проведення. Однак, із розвитком фізіології, особливо електроенцефалографії, розсіяно твердження щодо бар'єрів дослідження цього феномена. Більше того, виникло вчення ще про один підхід розкриття емоційних станів – активаційний, визначений Д. Ліндслі та Д. Хебб. Згідно з їхніми вченнями, емоційні стани визначаються впливом ретикулярної формації нижньої частини стовбура головного мозку, так званого «комплексу активації». Він виникає при порушенні ретикулярної формації і є фізіологічним вираженням емоцій, що знаходять відображення в електроенцефалограмі [33].

Узагальнюючи вчення про підходи, що розкривають емоції, К. Ізард ідентифікує їх із теорією «Я» та теорією, в якій пізнання визначається як причина та компонент емоцій (когнітивно-фізіологічна та пізнавальна теорії). Для усіх теорій «Я» центральним поняттям є образ «Я» («Я»-концепція) – інтегрований феномен, який визначає сприйняття та пізнання індивідом самого себе (К. Роджерс). Зв'язок пізнання з «Я»-концепцією безпосередньо впливає на емоції та почуття. Людина відчуває страх, коли «Я»-концепція піддається загрозі, тоді як підтвердження образу «Я» викликає радість. Пізнавальна теорія визначає провідною детермінантою інтуїтивну оцінку об'єкта, після якої, як результат певної послідовності подій, виникають емоції (М. Арнольд). Ситуація, або подія, викликає фізіологічне збудження та когнітивну оцінку ситуації, після чого збудження кваліфікується як емоція.

Аналіз різних теоретико-методологічних підходів дозволив К. Ізарду розробити власну теорію диференційних емоцій. Об'єктом вивчення в цій теорії є приватні емоції, котрі К. Ізард визначає як складний процес, що включає нейрофізіологічні, нервово-м'язові і чуттєво-переживальні аспекти, внаслідок чого він розглядає емоцію як систему. Згідно цієї теорії, основну мотиваційну систему людського існування утворюють 10 базових емоцій: радість, сум, гнів, відраза, презирство, страх, сором, вина, подив, інтерес; фундаментальні емоції переживаються по-різному і по-різному впливають на когнітивну сферу і поведінку людини; кожна базова емоція володіє

унікальними мотиваційними функціями і передбачає специфічну форму переживання; емоційні процеси взаємодіють із гомеостатичними, перцептивними, когнітивними і моторними процесами і чинять на них вплив, які в свою чергу впливають на перебіг емоційного процесу.

Як зазначає А. Терещук, сам емоційний процес включає три основних компоненти:

– перший компонент – це емоційне збудження, яке в цілому мобілізує організм. Визначна подія, стресова, кризова або екстремальна ситуація, що набуває значення для індивіда, знаходить свій вираз у формі зростання збудливості, швидкості та інтенсивності протікання психічних, моторних та вегетативних процесів або формі емоційного напруження, коли вираз емоції блокується зовнішніми або морально-психологічними і соціальними чинниками, тобто тенденція до емоційної поведінки зберігається, але не знаходить своє відображення у зовнішніх проявів (виникає загроза психосоматичних розладів, коли не відредагована емоційна реакція концентрується на рівні окремих систем організму людини);

– другий компонент – знак емоції: позитивна і негативна емоція. Позитивна емоція виникає, коли ситуація оцінюється як позитивна, інтерпретується як мотив для конструктивних дій і організує та підтримує цілеспрямовану діяльність. Негативна емоція, навпаки, виступає як реакція на ситуацію, що трактується як негативна (переважно загрозлива), тому спрямована на уникання такої ситуації як на свідомому, так і на несвідомому рівнях;

– третій компонент – ступінь контролю емоції. Слід розрізняти два стани сильного емоційного збудження: афекти (страх, гнів, радість), при яких ще зберігається орієнтація та контроль, та крайнє збудження (паніка, жах, сказ, екстаз, відчай), коли орієнтація та контроль практично неможливі [56, с.508].

Більшість з перерахованих вище теорій емоцій пояснюють лише деякі випадки їх появи, але далеко не всі. Навряд чи механізми виникнення такого складного явища, як емоції, можна пояснити з якою-небудь однієї позиції. Для

цього, на нашу думку, необхідним повинен бути холі стичний підхід.

Отже, можна визначити основні характеристики визначення емоцій як психічного явища: по-перше, емоції виступають як властивості індивіда, які спрямовані на оцінне ставлення до ситуацій і подій, до себе, до інших людей і соціальної взаємодії, до навколишнього світу у всіх його проявах; по-друге, емоції представляють собою відповідні реакції на зовнішні та внутрішні подразники, які проявляються у вигляді задоволення або незадоволення, радості, страху, гніву тощо і мають відповідні тілесні, моторні прояви; по-третє, емоції відображають ситуативні переживання; по-четверте, емоції пов'язані із когнітивною і мотиваційною сферою особистості.

Особливості емоційних станів особистості є предметом досліджень багатьох науковців. Щоб з'ясувати сутнісну характеристику емоційного стану, ми звернулись до етимології слова «стан». За своєю суттю слово «стан» означає стояння, зупинку. Відповідно поняття «емоційний стан особистості» означає сукупність емоційних проявів, які є сталими і не зазнають видимих змін під час спостереження за ними. Саме на цю суть психічних станів вказують С.Максименко і співавтори: «Станом називають певну внутрішню характеристику психіки людини, яка являє собою відносно незмінну в часі складову психічного процесу» [38, с.234].

Як зазначають В. Гаврилькевич і О. Фірстова, «емоційний стан особистості – це внутрішня емоційна ситуація, зумовлена певними обставинами, умовами; сукупність емоційних ознак, рис, що характеризують особистість у даний момент відповідно до певних вимог щодо якості, ступеня готовності і т. ін.; емоційне самопочуття або настрої особистості. Це визначення відображає формальну характеристику емоційного стану, а саме те, що кожен емоційний стан проявляється у двох аспектах, таких як: зовнішній (зовнішні прояви, які і сама особистість і інші люди можуть оцінити відповідно до певних вимог) і внутрішній (внутрішні прояви, які сприймає лише сама особистість своєю свідомістю через свої почуття і описує свій емоційний стан, як свій настрій)» [11, с.43].

Емоційні стани за своєю природою належать до більш широкої групи психічних станів. Як зазначають С. Максименко і співавтори, серйозне, предметне і систематичне дослідження психічних станів особистості розпочалося після виходу у світ в 1964 році праці М. Левітова «Про психічні стани людини». Саме з того часу в психології закріпилось уявлення про те, що психічні явища існують не у двох модифікаціях (процеси і властивості), а у трьох (процеси, стани і властивості) [38, с.234]. За визначенням М. Левітова, психічні стани – «...це цілісна характеристика психічної діяльності за певний період часу, яка показує своєрідність протікання психічних процесів в залежності від предметів і явищ дійсності, що відображаються, попереднього стану і психічних властивостей особистості» [38, с.234]. Отже, емоційні стани особистості представляють собою цілісну характеристику емоційно-психологічної діяльності в певний період часу і ситуації (специфічного протікання психічних процесів), попереднього емоційного стану, минулого досвіду переживання емоційних станів і психічних властивостей особистості. Але, оскільки емоції тісно пов'язані з іншими психічними і соматичними процесами, то емоційні стани так чи інакше впливають на всю психічну і соматичну сфери, надаючи самопочуттю і діяльності людини того чи іншого емоційного забарвлення. В емоційних станах провідним є емоційний параметр. Саме на цю особливість вказує Л. Куліков, поділяючи психічні стани на емоційні, активаційні, тонічні та інші, у відповідності до того, який саме параметр є провідним, тобто емоційні стани визначаються за модальністю відповідної емоції [38, с.235].

Виходячи з такого підходу, кожний емоційний стан відповідає певній емоції тому що виникають в один і той же період часу і ситуації, що дозволяє казати про ототожнення визначення понять «емоція» і «емоційний стан». Але вони не є тотожними. Емоція відноситься до емоційної сфери особистості, сприймається як внутрішнє відчуття і виконує сигнальну функцію щодо актуалізації певної потреби чи мотиву. Емоційний стан включає в собі не тільки емоцію, але й всі аспекти її прояву (когнітивний, поведінковий,

фізіологічний, соматичний). Іншими словами, емоція – це психічне явище, яке існує в межах емоційної сфери особистості, а емоційний стан особистості – це психосоматичне явище, яке охоплює всю особистість як цілісну систему.

Емоційні стани та форми їх прояву детермінуються як психофізіологічними властивостями індивіда, так і соціальними чинниками. Емоційні стани, на думку І. Літвякової та Н. Ханецької, можуть виявлятися у різних формах (таблиця 1.1) [35, с.807].

Таблиця 1.1.

Форми переживання емоційних станів

Форма	Визначення
Настрій	Загальний емоційний стан, який на певний час надає своєрідного забарвлення діяльності людини, характеризує життєвий тонус особистості
Афект	Бурхливий емоційний стан, який виникає внаслідок переживання людиною особливо сильної емоції, позитивної чи негативної, характеризується втратою здатності контролювати свої дії та вчинки
Стрес	Реакція психофізіологічного напруження людини в небезпечних ситуаціях, що виявляються несподівано і потребують заходів щодо їх подолання
Дистрес	Негативний емоційний стан людини, що має виражений дезорганізуючий характер і спричинюється довготривалим переживанням стресового стану, збереженням напруження навіть після усунення загрози
Фрустрація	Своєрідний негативний емоційний стан, характерною ознакою якого є дезорганізація діяльності, коли людина опиняється в стані безнадійності, втрати перспективи

Джерело: [35, с.807]

В цілому емоції та емоційні стани класифікуються за різними критеріями: 1) вплив на діяльність – стенічний (підвищення продуктивності) та астенічний (зниження працездатності); 2) за ступенем вираженості сигнальної функції – негативні, позитивні, амбівалентні (містять як негативні, так і позитивні переживання, наприклад, любов і ненависть); 3) за змістом залежно від об'єкта переживання – моральні, практичні (пов'язані з

діяльністю), інтелектуальні (пов'язані з пізнанням), естетичні; 4) за інтенсивністю емоційних проявів – емоційна врівноваженість, емоційна імпульсивність, емоційна лабільність (швидка зміна одних емоцій іншими); 5) за формою прояву – настрій, афект, напруга, пристрасть [12, с.56].

Емоційні стани можуть бути детерміновані не тільки безпосередньо зовнішніми або внутрішніми чинниками емоціогенної природи, але й їх мнемічними репрезентаціями. Виникнення й розвиток певного емоційного стану можуть бути викликані іншим емоційним станом, що раніше відчувала людина. У результаті виникає психічний стан другого порядку, або метаемоційний стан. Його «пусковий стимул» – самі емоційні стани (первинні), що переживалися раніше у часі [15, с.32].

Залежно від хронологічного критерію емоції можуть бути ситуативними (або короткостроковими) або надситуативними. Надситуативні емоції дуже близькі до емоційних станів. Ці стани виступають як емоційний фон або настрої.

Одним із найбільш відомих емоційних станів є настрої. Настрої трактують як загальний емоційний стан, що не конкретного об'єкта емоції, саме тому чинниками виникнення настрою можуть бути як асоціативні переживання минулого негативного або позитивного досвіду, соматичні хвороби, інформаційні впливи, так і підсвідомі емоційні відчуття страху, тривоги, гніву тощо.

Афект виступає як емоційний стан великої інтенсивності (переживання великої радості, вибуху гніву, страху) спричинений несподіваним стимулом і носить індивідуальний характер чутливості до його виникнення і переживання. У стані афекту (емоційного «вибуху») порушується саморегуляція організму, яка здійснюється ендокринною системою. У цьому стані послаблюються процеси гальмування в корі великих півкуль головного мозку.

Фрустрація – це негативний психічний стан, що виникає в ситуації реальної або передбачуваної неможливості задоволення тих чи інших потреб,

тобто у ситуації невідповідності бажань наявним можливостям. Вона проявляється у низці емоційних процесів, таких як розчарування, тривога, роздратування і навіть розпач.

У сучасній зарубіжній психології існують різні теорії фрустрації:

- теорія фрустраційної фіксації (Н. Майер). Базове твердження теорії полягає не у тому, що фрустрована людина не має мети, а що поведінка фрустрованої людини не має мети, тобто вона втрачає цільову орієнтацію [88];

- теорія фрустраційної регресії (К. Багнер, Т. Дембо, К. Евін). Фрустраційна регресія передбачає емоційні переживання минулого досвіду, який пов'язаний із міжособистісними відносинами, моделями поведінкових реакцій, закріплених на рівні підсвідомості, шаблонів мислення та інтерпретації подій і ситуацій, особливо кризових і надзвичайних. Для людини, що опинилася в осередку надзвичайної ситуації, типовою є автоматична регресія психіки на вік підліткової кризи (13-16 років). Зовні регресія виявляється у безпорадності людей, їх підкресленій слухняності, відсутності ініціативи, які несподівано можуть змінитися бурхливими спалахами руйнівного або хаотичного «підліткового» збудження [69]. На тлі регресії можливі: а) персоніфікація джерела загрози з переживанням образу ворога або навпаки – пошук всемогутнього магічного помічника; б) при внутрішній забороні на прояв агресії і ворожості – аутоагресивні і суїцидальні дії або подальше поглиблення регресивної поведінки (до віку трьох років);

- теорія фрустраційної агресії (Дж. Доллард, Н. Міллер, Р. Баркер, Л. Берковіц) – теорія агресії, згідно з якою агресія є наслідком блокування (або фрустрації) спроб індивіда досягнути поставленої мети. Схема «фрустрація - агресія» базується на чотирьох основних поняттях: агресія, фрустрація, гальмування і заміщення. Згідно із даною теорією, агресія завжди є наслідком фрустрації, а фрустрація завжди призводить до агресії [70];

- евристична теорія фрустрації (А. Розенцвейг). Згідно із даною теорією фрустрація це спосіб поведінки, здатність людини пристосовуватися до ситуації стресу. За спрямованістю реакції фрустрації поділяються на

екстрапунітивні (звинувачення зовнішньої причини фрустрації, живого чи неживого оточення), інтрапунітивні (звинувачення самого себе, прийняття провини і відповідальності за ситуацію, що виникла), імпунітивні (відсутність звинувачення оточуючих або самого себе) [23].

У стресовому стані поведінка людини значною мірою дезорганізується, виявляються неадекватні емоції, спостерігаються безладні рухи, порушення мовлення, уваги, сприймання, пам'яті та мислення. Однак стрес є нормальним і позитивним станом психіки, оскільки мобілізує людину на подолання проблеми, на протидію від дистресу. Дистрес спричинюється довготривалим переживанням стресового стану внаслідок постійної дії проблемного або небезпечного фактора; збереження психофізіологічного напруження навіть після усунення загрози; надмірно сильною психофізіологічною напругою, що не відповідає ступеню загрози. На думку багатьох дослідників стрес і дистрес виступають не як окремий емоційний стан, а як чинник виникнення глибоких та інтенсивних емоційних станів тривоги, депресії, страху, відчаю тощо через дію травмуючого і стресогенного фактору, що впливає на фізіологічні, емоційні, інтелектуальні психологічні зміни особистості. Отже, стрес виступає найбільш впливовим і значимим фактором виникнення і розвитку психоемоційного стану особистості, особливо в умовах кризових і надзвичайних ситуацій.

1.2. Психологічні особливості переживання стресових станів

Повномасштабне вторгнення росії в Україну, введення воєнного стану, перебування в зоні активних бойових дій і на тимчасово окупованих територіях виступають як негативні стресові події, що змінюють емоційний стан населення, включають механізми уникнення небезпеки і копінг-стратегії, а тому детермінують виникнення деструктивних і негативних за модальністю емоцій, інтенсивність яких може варіюватися від неусвідомлюваних реакцій до афективних проявів. Війна як стресова ситуація викликає реакції на

фізіологічному, поведінковому і психологічному рівнях, провокуючи емоційні стани що виявляються на соматичному рівні як психосоматичні розлади, соціально-психологічному як розлади поведінки, спілкування і адаптації і внутрішньо психологічному як переживання психотравматичного характеру.

Стрес як феномен існує і виявляється не тільки в умовах надзвичайних, кризових та екстремальних ситуацій, але й в різних сферах життєдіяльності людей, тому представляє інтерес не тільки для психологічної науки, але й теорії управління, фізіології, медицини, соціології тощо. Сутність, ознаки прояву стресу та його наслідки різносторонньо досліджувались вітчизняними й зарубіжними вченими, зокрема, причини його виникнення, стадії розвитку, наслідки для фізіологічного та психологічного стану людини.

Не зважаючи на різні теоретико-методологічні підходи до розуміння стресу, більшість науковців згодні в тому, що стрес – це стан тривалої психологічної напруги, що виникає як реакція на емоційне перенавантаження нервової системи людини. Так, В. Розов [52] стверджує, що будь-який стрес – це емоційне напруження, яке, триваючи впродовж певного періоду, призводить до фізіологічних реакцій організму на цей стан. Сукупність тривалих негативних емоцій провокує не лише психологічні, а й проблеми на психосоматичному рівні, запускаючи механізми виникнення соматичних розладів і захворювань (наприклад, гіпертонічна хвороба, виразковий коліт, безсоння, артрит, часті болі голови та спини). Дж. Брайт [81] виділяв конструктивний стрес, який сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів адаптації особистості до стресових подій і ситуацій, і деструктивний стрес, який набуває хронічної форми, подолання наслідків якого можливе через надання психологічної і психотерапевтичної допомоги.

В. Лісіцин виділяє серед психофізіологічних детермінантів стресів монотонію, стан втоми і перевтоми, сенсорну депривацію, надмірні шумові навантаження, порушення ритмів сну та бадьорості, високу тривожність викликану негативними подіями пов'язаними з війною. Сам стрес, як психологічне поняття, виникає як реакція організму на подразники, сила яких

перевищує адаптаційні можливості організму та призводить до неспецифічної реакції, які є індивідуальними для кожної людини (ставлення до конкретної стресової ситуації, думки, почуття тощо). Враховуючи особливості подразника, а це тривалий період карантину через КОВІД-19, що спричинило комунікативну депривацію [16], початок воєнної агресії росії проти України, що змінила звичне життя кожної людини, виділяють фізичний та емоційний стрес, які призвели до психологічного дисбалансу.

Фізіологічний стрес, пов'язаний з об'єктивними змінами умов життєдіяльності людини. Стресорами при цьому можуть бути мікроклімат, шум, природні стихійні лиха, бойові дії та ін. Психоемоційний стрес, що виникає з особистої позиції індивіда. Стресорами при цьому виступає травматична стресова подія, для якої характерні раптовість, інтенсивність, потужність. Такою подією може виступати факт або загроза смерті, сильні тілесні ушкодження або насильство. Травматичну подію індивід може переживати особисто або бути її свідком [28, с.9]. На фізіологічному рівні при емоційному травматичному стресі проявляються стани знеболення, надмірного збудження, амнезії, зниження імунітету, виснаження, а також відбувається порушення контролю агресивності та циклу сну [28, с.10]. Отже, можна виділити два основних аспекти переживання стресу: перший пов'язаний із об'єктивними чинниками, спровокованими екстремальними і надзвичайному рівні і які впливають безпосередньо на фізичному і фізіологічному рівні на людину, і другий аспект – власне психоемоційне ставлення до стресової події чи ситуації, що залежить від індивідуально-психологічних властивостей особистості і її внутрішніх ресурсів до подолання стресового стану психологічного напруження – резилієнс як здатність особистості відновлюватися після травматичних подій.

Для розуміння впливу стресу на психологічні зміни емоційного стану населення України в умовах війни розглянемо основні теорії стресу.

Концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє. В концепції Г. Сельє виділяють три основні положення: 1) фізіологічна реакція на стрес не

залежить від природи стресору (синдром відповідної реакції – це універсальна модель, спрямована на збереження цілісності організму); 2) у динаміці розвитку загального адаптаційного синдрому наявні три стадії адаптації: стадія тривоги (мобілізації), яка зумовлює тимчасове зниження резистентності організму, стадія резистентності (стійка адаптація до дії стресору) і стадія виснаження як наслідок виснаження адаптаційних можливостей; 3) якщо захисна реакція тривала та виснажує ресурси фізіологічних механізмів, тоді виникає хвороба і зрештою організм гине [96].

У сучасній науковій літературі поняття «стрес» застосовується, щонайменше у трьох значеннях. По-перше, його можна визначити як напругу або збудження під впливом зовнішніх стимулів або подій, тобто «стресорів» або «стрес-факторів» (Дж. Шкейд, С. Шульц [94]). По-друге, стрес можна віднести до суб'єктивної реакції організму, коли він відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження, тобто емоції, захисні реакції і процеси подолання (Ю. ербатих). По-третє, стрес є фізичною реакцією організму на визначену вимогу або шкідливий вплив. Функцією цих фізичних реакцій є підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану.

Розглянемо деякі популярні нині концепції стресу та дотичних до нього понять.

У психодинамічній моделі базовим є поняття тривоги, яка тісно пов'язана зі стресом, оскільки з одного боку, тривога і тривожність є ознаками стресу, а з іншого – вихідний рівень тривожності визначає індивідуальну чутливість до стресу.

Психодинамічна модель, базується на положеннях теорії З. Фрейда, де він описав два типи тривоги: а) сигнальна тривога – є відповіддю Его на внутрішню небезпеку і спонукає до утворення та використання захисних механізмів; б) первинна тривога – емоційний досвід, який супроводжує розпад Его. У своїх пізніх роботах про тривогу З. Фрейд розглядав цю форму як базову, фундаментальну (тобто первинну) тривогу і відрізняв її від сигнальної тривоги, яка розумілася ним як така, що має захисні, пристосувальні функції.

Отже, тривога є функцією Я, вона дає можливість людині реагувати в загрозових ситуаціях адаптивним способом. Залежно від того, звідки йде загроза для Я (із довкілля, від Воно чи Над-Я), психоаналітична теорія виділяє три типи тривоги: реалістичну, невротичну і моральну.

Ще однією відомою теорією стресу є модель Х. Вольф, згідно з якою стрес є фізіологічною реакцією на соціально-психологічні стимули, а власне реакції безпосередньо залежать від природи атиюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації і ставлення до неї. Х. Вольф визначає стрес як динамічний стан організму, який розвивається у відповідь на вимогу адаптації. Х. Вольф вважав стрес центральним в житті людини, тому що життя полягає у постійній адаптації [100]. Теорія Х. Вольфа, так само як і теорія Г. Сельє відносяться до так званих моделей відповідних реакцій, де стрес розглядається як фізіологічна реакція у відповідь на вимоги оточуючого середовища. Дотичною до окреслених моделей стресу є і модель Д. Механік. Центральним елементом в цій моделі, є поняття і механізми адаптації, яка визначається автором як спосіб, яким індивід бореться із ситуацією, зі своїми почуттями, викликаними нею і яка має два прояви: 1) подолання (coping) – боротьба з ситуацією, 2) захист (defence) – боротьба з почуттями, зумовленими ситуацією. Подолання, «опанування» ситуацією визначається цілеспрямованою поведінкою і здібностями у прийнятті індивідами адекватних рішень при зустрічі з життєвими завданнями і вимогами [90].

Згідно із моделлю стресу А. Кагана та Л. Леві, яка базується переважно на ідеях Г. Сельє, соматичні хвороби виникають переважно під впливом соціальних і психологічних чинників. Важливим у цій моделі є тип взаємозв'язку між рівнем психосоціальної стимуляції і ступенем стресу, який виступає в якості причини виникнення захворювання. Іншою важливою стороною цієї моделі є наявність «психобіологічної програми», яка визначається схильністю до реагування за певним чином, що обумовлено, з одного боку, спадковістю, а з іншого боку – відображає результати минулого досвіду і навчання.

Стимульні моделі стресу. До стимульних відносяться ті моделі, які розглядають стрес як психологічну вимогу, що призводить до особистісної напруги. Стрес в них розглядається як незалежна змінна, як певна об'єктивна властивість навколишнього середовища. Найповніше стимульні моделі застосовуються при вивченні механізмів виникнення та перебігу професійного стресу. Особливо увагу у даному напрямку слід приділити дослідженням Т. Холмс, який вимірював стрес за допомогою присвоєння цифрових значень 43-м складним життєвим (стресовим) подіям. Він припустив, що середнє значення адаптивних зусиль, необхідних для копіngu є важливим показником важкості стресової події [80].

Модель стресу Б. Доренвенд. Базуючись зокрема на ідеях Т. Холмс, Б. Доренвенд визначила, що низький соціальний статус суттєво впливає на вираженість стресу індивіда, оскільки зумовлює велику кількість стресових подій у його житті і, відповідно, низьку стресостійкість. Стрес меншості (*minority stress*) – це хронічно високий рівень стресу у представників стигматизованих груп меншин. Цей стрес зумовлений як браком соціальної підтримки, низьким соціоекономічним статусом та особливо міжособистісними упередженнями і дискримінацією.

Найповніше процеси виникнення, розвитку і прояву психологічного стресу представлені у когнітивній теорії стресу, основу якої складають положення про роль пізнавальної суб'єктивної оцінки загрози несприятливого впливу і власної можливості подолання стресу (Р. Лазарус). Загроза розглядається як стан очікування суб'єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і стимулів. «Шкідливі» властивості стимулу (умов) оцінюються за характеристиками інтенсивності впливу, ступеню невизначеності значення стимулу і часу впливу, а також ресурсів індивіда щодо подолання такого впливу. Система цінностей і поглядів на світ визначає те, що для конкретної людини буде загрозою, а що ні. Віра в себе і свої ресурси дає людині підставу для оцінки того, наскільки вона успішно зможе впоратися з цією проблемою [86]. Ключовими положеннями когнітивної теорії стресу Р.

Лазаруса є те, що одна і та сама подія може зумовити високий рівень стресу у одного індивіда і водночас виявитися практично нейтральною для іншого; одна й та сама людина може в одному випадку поставитися до того, що відбувається, як до стресової події, в іншому ж випадку відреагувати на неї нейтрально, що безпосередньо залежить від контексту ситуації, фізичного і психологічного стану людини.

Транзактна модель стресу та копінгу Р. Лазаруса базується на уявленнях про стрес як транзакційний феномен, залежний від значущості стимулів для реципієнтів. Стресовий вплив докiлля зумовлений, по-перше, оцінкою людиною стресових чинників, а по-друге – наявними у неї соціальними і культурними ресурсами. В процесі первинного оцінювання людина відповідає на питання «Чи насправді у мене є проблема?». Усвідомлення проблемної ситуації завжди пов'язане із неприємними емоційними переживаннями та загальним дискомфортом. Коли емоції змінюються усвідомленням існування проблеми, настає етап вторинного оцінювання, що полягає у глибшому аналізі ситуації, активації усіх можливих копінг-стратегій задля відповіді на питання «Що я буду далі робити аби вирішити проблему?» [86].

В таблиці 1.2 узагальнено положення деяких теорій виникнення, впливу і подолання стресу.

Таблиця 1.2.

Положення основних теорій і моделей стресу

Теорії стресу	Інтерпретація стресу	Негативні емоційні стани, які викликає стрес	Механізми подолання стресу
Концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє	Синдром відповідної реакції як універсальна модель, спрямована на збереження цілісності організму	Психофізіологічна напруга Відчуття тривоги, безпорадності і безнадійності	Адаптація до дії стресору
Психодинамічна модель З. Фройд, К. Юнг, Е. Фромм, К. Хорні та інші	Тривога як емоційна реакція на реалістичну або уявну загрозу/небезпеку ззовні чи неприйнятні імпульси несвідомого	Тривога (реалістична, невротична, моральна), страх	Захисні механізми

Продовження табл. 1.2.

Модель стресу Х. Вольф	Фізіологічна реакція на соціально-психологічні стимули, а власне реакції безпосередньо залежать від природи атитюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації і ставлення до неї	Тривога, страх, відчай, провина	Адаптація (боротьба з ситуацією) Захист (боротьба з почуттями)
Стимульні моделі стресу Т.Холмс	Психологічна вимога, що призводить до особистісної напруги	Психологічна напруга, тривожність,	Копінг-стратегії подолання стресу
Когнітивні теорії стресу	Положення про роль пізнавальної суб'єктивної оцінки загрози несприятливого впливу і власної можливості подолання стресу	Відчуття загрози, страх, тривога	Особистісні ресурси, стресо-стійкість і резильєнтність
Транзактна модель стресу та копінгу Р. Лазаруса	Стрес як транзакційний феномен, залежний від значущості стимулів для реципієнтів	Неприємні емоційні переживання та загальний дискомфорт	Усвідомлення існування проблеми Копінг-стратегії подолання стресу

Джерело: [23], [80], [86], [90], [96], [100]

Отже, незважаючи на різні методологічні підходи до розуміння стресу (в основі яких дослідники виділяють в якості провідних психофізіологічні і соціально-психологічні чинники), стрес визначають: як реакцію на зовнішні і внутрішні стимули, пов'язані із загрозою і небезпекою; як чинник психологічної напруги, що виявляється в емоційних станах тривоги, страху, безвихідності, агресії, гніву тощо; виникненню стресу передують вплив стресогенних факторів екстремального, кризового, надзвичайного і катастрофічного характеру. Саме війна і її наслідки виступають сильними факторами виникнення стресових станів великої інтенсивності та емоційної модальності.

У людей із травмівними стресовими переживаннями суттєво порушується почуття безпеки, що періодично спричиняє гострі емоційні та поведінкові прояви (таблиця 1.3). Такі стани характеризуються

екстремальним напруженням сили для подолання принципово нових перепон і проявляються негативними емоціями (тривожністю, відчуттям безпомічності, гнівом, надмірною збудливістю), неможливістю регулювати свою поведінку тощо. Тривалий посттравматичний кризовий стан призводить до соціальної дезадаптації, невротичних і психосоматичних розладів, до суїцидальної поведінки.

Таблиця 1.3.

Реакції на стресові і травмівні події

Фізичні	Когнітивні	Емоційні	Поведінкові
Утруднене дихання; запаморочення; підвищений кров'яний тиск; непритомність; втома; скреготання зубами; головний біль; тремтіння; нудота; біль; сильне потовиділення; швидке серцебиття; нервові посмикування; слабкість.	Звинувачення інших; змінена (надмірна) настороженість; збентеження; гіперпильність; підвищення або зниження рівня усвідомлення реальності; інтрузивні образи; проблеми з пам'яттю; кошмари; погане абстрактне мислення; погана увага; погана концентрація; утруднене прийняття рішень; утруднене вирішення проблем.	Збудження; тривога; недобре передчуття; відмова (заперечення); депресія; емоційний шок; страх; відчуття переповнення (переобтяження); горе; почуття провини; неадекватні емоційні реакції; дратівливість; втрата контролю над емоціями.	Зловживання алкоголем; асоціальні вчинки; зміни у діяльності; зміни у спілкуванні; зміни у сексуальній активності; зміни у мовленнєвих шаблонах; емоційні спалахи; неможливість відпочивати; зміна апетиту; безцільне ходіння туди-сюди; посилення стартрефлексу (здригання); підозрілість; соціальне відчуження (ізоляція).

Джерело: [43, с.50]

Отже, стрес виступає чинником психологічних змін емоційного стану людини, а в умовах війни і активних бойових дій як стресогенних факторів сприяє виникненню деструктивних негативних емоційних станів тривоги, депресії, страху, провини, відчаю, агресії, раптових змін настрою і поведінкових розладів.

1.3. Чинники виникнення і розвиток психоемоційних станів у кризових та екстремальних ситуаціях

Війна є екстремальною ситуацією, тобто такою, що виходить за межі звичайного, «нормального людського досвіду». Термін «екстремальна ситуація» характеризується такими показниками та індикаторами як: раптовість і несподіваність виникнення; суб'єктивне сприйняття її як такої, що загрожує життю, здоров'ю, добробуту; створює умови для дезадаптації і дезорганізації життя; унеможливорює задоволення потреб в самореалізації. Це в свою чергу робить ситуацію або подію стресогенною, напруженою, кризовою і надзвичайною, якщо екстремальні умови мають довготривалий характер і велику інтенсивність. В науковій літературі існує багато підходів до визначення таких екстремальних умов. Наприклад, І. Головська та Д. Почепцова виділяють декілька підходів до визначення екстремальних умов [12, с.55]: «1) екстремальні умови прирівнюються до надзвичайних ситуацій, класифікованих за характером зовнішнього середовища; 2) екстремальні умови, що вимагають фізіологічного або психічного напруження; 3) екстремальні умови як система «людина в ситуації», де умови впливу середовища та особистості розглядаються як цілісна система». Отже, саме в екстремальних ситуаціях людина відчуває сильний стрес і знаходиться в кризовому стані. Поведінка людини в екстремальних станах є реакцією організму на надходження стресових факторів в екстремальних ситуаціях, які проявляються в різних формах.

Факторами від яких страждають люди в екстремальній ситуації є [43, с.41-42]: □1) раптовість – що менше очікується подія, то більше вона руйнує психіку; □2) тривалість – що довше перебуває людина в зоні екстремальної ситуації, то більше виснажується; □3) постійні зміни – в екстремальних ситуаціях людина, зазвичай, потрапляє в зовсім нові й несприятливі умови життя; □4) масштаб руйнування після катастрофи – очевидців вражають масштаби лиха, руйнування інфраструктури; □5) неможливість контролювати

своє життя – в екстремальних ситуаціях трапляються події, хід яких змінити не може ніхто; 6) □ горе і втрати – учасники воєнного конфлікту надовго розлучаються з родиною і звичним способом життя; втрачають роботу, часто переживають загибель близьких, друзів і, що найгірше, постійно очікують на втрати; 7) □ моральна невпевненість – важче переживають ситуації, в яких доводиться приймати рішення, що суттєво впливають на життя (як своє, так і інших); □ 8) поведінка під час травмівних подій – не кожному вдається зразу якнайкраще впоратися зі складною ситуацією. Те, що і як людина робила чи не робила в екстремальних умовах, може суттєво вплинути на її самооцінку, надовго стати джерелом самозвинувачення.

Ці обставини суттєво відображаються на переживанні екстремальної ситуації, що виявляється у різних формах кризових станів особистості. Як зазначає А. Амбрумова, «кризовий стан – це психічний (психологічний) стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і важку психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньо особистісної картини світу) або знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації. Кризовий стан розвивається під впливом внутрішніх процесів, а зовнішні події можуть бути його запуском механізмом» [23, с.15-16]. Авторка пов'язує кризову ситуацію із внутрішньоособистісними переживанням і реакціями. Вона поділяє ситуаційні реакції на шість типів:

1) реакція емоційного дисбалансу (зниження настрою, переважання негативних емоцій, звуження кола спілкування та глибина контактів – вони стають більш поверхневими і частково носять формальний характер);

2) песимістична ситуаційна реакція (виражена передусім негативним світосприйняттям, видозміною і переструктурування системи цінностей, стійким зниженням рівня оптимізму, реальне планування поступається місцем похмурих прогнозам, уявна неконтрольованість мінливих подій або умов викликає вторинне зниження самооцінки, відчуття меншовартості, втім бувають випадки, коли песимістична ситуаційна реакція настає на тлі завищеної оцінки своїх можливостей, тобто непомірних, які не відповідають

особистісним можливостям домагань, створюється ситуація штучно перебільшеного стресу);

3) реакція негативного балансу (це ситуаційна реакція, змістом якої є раціональне підведення життєвих підсумків, оцінка пройденого шляху, визначення реальних перспектив існування, порівняння позитивних і негативних моментів продовження життя);

4) ситуаційна реакція демобілізації (відрізняється найбільш різкими змінами в сфері контактів: відмовою від звичних контактів або щонайменше значним їх обмеженням, що викликає стійке, тривале і болісне переживання самотності, безпорадності, безнадійності, спостерігається також часткова відмова від діяльності, окрім найнеобхідніших до яких примушують встановлені і прийняті людиною правила і вимоги суспільства);

5) ситуаційна реакція опозиції (характеризується екстрапунітивною позицією особистості, вираженою агресивністю, різко негативними оцінками оточуючих і їх діяльності, ця реакція зазвичай поступово згасає сама по собі, але в разі глибини і високої інтенсивності вимагає швидкого прийняття адекватних заходів адаптації – задля уникнення прогресуючого поглиблення опозиційної установки особистості.);

6) ситуаційна реакція дезорганізації (містить в основі своїй тривожний компонент, внаслідок чого спостерігаються соматовегетативні прояви (гіпертонічні та судинно-вегетативні кризи, порушення сну). Дана реакція не має захисної функції, тоді як всі інші типи ситуаційних реакцій (включаючи песимістичну) можуть вважатися реакціями психологічного захисту, оскільки економлять психічну енергію, тим або іншим способом обмежуючи реальну практичну діяльність індивіда без порушення системи адаптації як такої) [23, с.15-16].

За даними психологів Масариківського університету, які наведені в таблиці 1.4, виділяють чотири кризові стани, які можуть виникати у людини під час переживання екстремальних і кризових ситуацій (в тому числі війни).

Таблиця 1.4.

Кризові емоційні стани в умовах війни як стресогенного фактору

Види кризового стану	Що відчуває людина
Відчуття невизначеності і втрати власної ідентичності	Під час війни людині може здаватися, що її життя та майбутнє втратили сенс. Що все, чого вона досягла за попередні роки, втрачено назавжди і ніколи не повернеться. Людина відчуває втрату свого «Я». Під час таких переживань члени родини можуть відчужуватись один від одного, відчувати тривогу щодо спільного майбутнього
Відсторонення від реальності і самого себе	Людина нібито відсторонюється від реальності. Все, що відбувається навколо неї, сприймається як сон або щось таке несправжнє. Або, навпаки, світ, який був до бойових дій, може сприйматися як нереальний. Суб'єктивно особистість переживає неприємні стани відсторонення від себе та своїх переживань, емоцій і фізичного стану. Людині здається, що вона нібито спостерігає за своїм життям зі сторони, а її думки та емоції переживає хтось інший. Такі стани супроводжуються відчуттям тривоги, страху, паніки. В цей період людина максимально відсторонюється від своєї родини, мало спілкується, замикається в собі. Дуже важливо, щоб члени родини допомагали у цей період
Відчуття страху	Страх може супроводжуватись тривогою. Може з'явитися страх за своє життя, за життя близьких, за майбутнє. Під час відчуття страху людина може панікувати, робити безцільні рухи та дії, які можуть нанести шкоду собі та близьким
Відчуття гніву	Людина може відчувати гнів, агресію, спрагу до помсти, тим самим провокуючи конфлікти в родині. Підвищена агресія та роздратованість через страшні події в країні може навіть перейти до вуличних сутичок. Дуже важливо зберігати рівновагу, а якщо не вдається, треба розповісти рідним про свій стан

Джерело: [54, с.56]

Т.Вайда виділяє комплекс деструктивних станів, котрі виникають у громадян під час воєнного стану, що пов'язані із психологічним захистом особи від небезпечних факторів бойових дій: «гнів, тривога, розгубленість, паніка, істерика, ступор, напружене очікування катастрофи, що може трапитися (руйнування внаслідок артилерійських обстрілів помешкання, травмування чи смерть членів сім'ї тощо), зневіра в себе та державу тощо» [7, с.1335]. До того ж науковець окремо виділяє стан провини, який виникає як реакція на неможливість істотно вплинути на хід військових дій і війни в загалом. Отже, війна і бойові дії виступають в якості стресогенних психотравмуючих факторів, що виступають тригерами для психотравмуючих

переживань і психологічної травматизації населення.

Сьогодні активно розробляється концепція переживання травматичних подій (феномен психологічної травма). Поширюється термін «психосоціальні наслідки катастроф» (В.Краснов) [31, с.19], в якому враховуються взаємопов'язана сукупність негативних змін психічних і психоемоційних станів, поведінкових патернів постраждалих, специфіки соціальної взаємодії і функціонування в соціумі, зворотний зв'язок із мікросоціальним оточенням, які у певній мірі можна об'єднати терміном «психічна дезадаптація».

Інша концепція психологічної травматизації представлена соціально-гуманістичним напрямком (А.Красило), згідно яким «психологічна травма – це катастрофічне руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності сенсоутворюючих соціальних цінностей. Умовою зростання цих цінностей є особистісний розвиток у масштабі конкретної травматичної зони» [31, с.19]. В основі соціально-гуманістичної концепції психологічної травми лежить поняття гармонійності або дисгармонійності соціалізації індивіда, яка створює або перешкоди для подолання наслідків психологічної травматизації (закріплення негативних і дезадаптивних установок і схем інтерпретації досвіду), або навпаки мобілізує внутрішні адаптаційні ресурси особистості.

У результаті впливу психотравмуючої ситуації у людини починають виникати як невротичні реакції і неврози, так і розлади поведінки. Як зазначив Ю. Казаков, «особистісна стійкість до патогенного впливу бойової ситуації формується в людини у процесі її індивідуального соціально-психічного розвитку, адекватність сприйняття дійсності, збереження самокритики, визначення суб'єктивного істинного сенсу життя і смерті, психологічна готовність до будь-яких наслідків ушкодження психічного здоров'я визначають узагальнену характеристику конкретної біполярності кордонів здоров'я – травма на основі резервів гомеостазу, гомеокінезу і психокінезу» [31, с.27].

Отже психотравмуючі ситуації витупають підґрунтям виникнення

психотравмуючих переживань як стану, який характеризується гостротою, тривалістю, повторюваністю негативних психоемоційних переживань, що можуть призводити до клінічних форм психічних, поведінкових і адаптаційних розладів і порушень психічного функціонування [78, с.947]. Дослідження неврозів, реактивних станів, психопатичних та інших нервово-психічних розладів, у походженні яких провідне місце посідає психотравмуюче переживання, дозволяють визначити коло таких станів. Це стан незадоволеності, туги, пригніченості (субдепресивні стани), тривога, страх, занепокоєння, невпевненість, безпомічність (стани фобічного кола), емоційна напруженість, а також складна сукупність станів, що виникають через наявність внутрішнього конфлікту, коли людина стикається з надмірними перешкодами та труднощами [71, с.199].

Систематизувавши наукові дослідження щодо вивчення механізмів розвитку психологічної травматизації, О. Колесніченко визначив її п'ять стадій, тривалість яких залежить від багатьох факторів [31, с.30-31].

1. Стадія мобілізації. Ця стадія пов'язана із процесом адаптації до екстремальної ситуації та її наслідків надзвичайного і катастрофічного характеру (втрата близьких, руйнування, поранення, загострення інстинкту самозбереження тощо). На поведінковому рівні випробовуються нові, незвичні способи поведінки і освоєння нового життєвого досвіду, що відображається як на психологічному рівні, так і на рівні мобілізації захисних сил організму шляхом активації вегетативної нервової системи.

2. Стадія імобілізації. Після зниження гостроти та інтенсивності впливу екстремальної ситуації знижується потреба людини в максимальній мобілізації психічних і фізичних резервів індивіда, однак виникають проблеми іншого порядку, коли задіюються механізми психологічного захисту. Стадія імобілізації включає в себе дві підстадії: психологічне заціпеніння і заперечення психотравми. Психологічне заціпеніння характеризується уповільненою психофізіологічною реакцією, загальмованістю, спостерігається афективна блокада психічних процесів. Заперечення

психологічної травматизації характеризується тим, що в цей момент людина спростовує роль психотравматизації, її значення у формуванні своїх психічних особистісних змін. Саме цей прояв є первісником симптомів ПТСР. На цьому етапі особистість прагне викреслити зі свого життя всі події, пов'язані з травматичним досвідом, у неї превалює вибіркова реакція психологічного захисту.

3. Стадія агресії. Переважає дратівливість і агресивність, людина стає тривожною, висуває підвищені й часто необґрунтовані вимоги до оточення, у неї виникають різноманітні страхи, кошмарні сновидіння, іноді важкозрозумілі спалахи гніву, спрямовані на оточення чи на самого себе.

4. Стадія депресивних реакцій, основними проявами якої є пригніченість, безпорадність, відчуття нікчемності і непотрібності, апатія, загальмованість, зниження настрою, апетиту, енергетичного тону, створюється підґрунтя для виникнення психосоматичних розладів і посилення симптоматики психогенної депресії, що переходить у форму прихованої депресії.

5. Стадія відновлювального процесу. На цій стадії виникають процеси звільнення від психотравми під впливом різних зовнішніх і внутрішніх факторів. У випадку, коли ця стадія не настає, спостерігається хронічний процес циклічного повторення попередніх фаз, що призводить до нозологічних форм прояву розладів особистості (ГСР та ПСТР) [31, с.30-31].

Психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними. Як зазначає В. Климчук, колективна травма – це психічна травма, наслідки і прояви якої розповсюджуються на певну групу і спільноту людей (чи суспільство в загалом), причиною якої є велика техногенна, екологічна, природна катастрофа або злочинні дії політичних чи інших соціальних суб'єктів [29]. Серед таких причин виділяють: війни; геноцид у різних виявах; катастрофи (техногенні та гуманітарні); стихійні лиха (екологічні катастрофи); соціальні революції і перевороти (державні та військові); депортація або вигнання великих груп людей (наприклад за

етнічною чи релігійною ознакою); обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство); політичні, релігійні та інші репресії; терористичні акти, що викликали суспільний резонанс; вбивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів. Слід зазначити, що колективна травма носить довготривалий характер і її наслідки впливають на декілька поколінь вперед, в силу того, що колективна травма охоплює учасників травматизації, які об'єднані єдиною територією, культурою, ментальністю та міжінституціональними взаємодіями.

До особливостей сучасної колективної травматизації населення України О. Чабан відносить [65, с.3]: «1) значну соціальну фрустрацію, тому що міжлюдська взаємодія значно більш значима, ніж природні та техногенні чинники; 2) необмеженість у просторі (охоплює все населення незалежно від безпосередньої причетності до травматичних подій через механізм віртуалізації); 3) неможливість швидкого реагування, його розтягнутість у часі (сучасні події накладаються на 8-річний період війни та додатково підсилюються через міжпоколінну травматичну пам'ять); 4) глибоке та колективне відчуття несправедливості того, що відбулося, з усвідомленням невинуватості жертв та неможливістю протистояти, коли об'єктами травматизації стали соціальні групи, а не тільки окремі люди, причому травмованою себе відчуває вся група, навіть ті, хто встиг евакуюватися, кого особисто не торкнулася трагедія (Буча, Гостомель, Ірпінь, Мощун, Маріуполь тощо); 5) тривалий характер травматизації (війна продовжується, отже, не настає період опрацювання травми, а в неопрацьованих травмах є багато прихованих психосоматичних наслідків)».

Індивідуальні травми і її сукупність не створюють сукупність колективної травми, але підсилюють одне одного, сприяючи глибокому емоційно-психологічному груповому переживанню несправедливості, неспроможності відвернути загрозу і повернутися на попередній рівень соціального і психологічного благополуччя. До того ж злочинні дії російських військових по відношенню до цивільного населення (страсти, катування,

депортація, полон, ув'язнення за етнічну і національну приналежність тощо) формують загальний деструктивний вплив колективної травматизації.

Таким чином, можна виділити психосоціальні і психоемоційні наслідки впливу індивідуальної і колективної травматизації населення України, які виявляють у: 1) зростання рівня соціальної і психологічної фрустрації на фоні завищення групоцентричних настроїв і формування сильної тенденції до інгрупового фаворитизму відповідно до своєї соціальної групи (як правило постраждалих фізично, матеріально і психологічно від бойових дій), що особливо видно на прикладі внутрішньо переміщених осіб (ВПО), учасників бойових дій (УБД), інвалідів через бойові дії тощо; 2) зростання кількості психологічних проблем; 3) порушення психосоматичного здоров'я (посттравматичні стресові порушення та розлади, збільшення числа соматичних хвороб. Одночасно слід розуміти, що «психічна травма – поняття значно ширше і варіабельніше, ніж реакція на стрес чи ПТСР, тому що ПТСР – яскравий представник наслідків травми, але він є на диво нечастим (до 20%), проте індивідуальна травма «розчиняється» в мікро- та макротравмах, хімічних та нехімічних адикціях, розладах поведінки, особистості, харчування, дисоціативних станах, тривозі та депресії, паніці, навіть у біполярному афективному розладі, а також у колективній травмі» [65, с.3].

Таким чином, особливе місце в порушенні психоемоційного стану населення в умовах війни займає посттравматичний стресовий розлад (синдром) (термін *Posttraumatic stress disorder* – PTSD, введений у науковий обіг в 1980 р. М. Horowitz, В. Dohrenwend). Критерії діагностики синдрому зазначені в американському національному діагностичному психіатричному стандарті (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) та внесені до європейського діагностичного стандарту МКХ-10 (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* – ICD-10). Згідно з діагностичними критеріями, посттравматичний стресовий розлад визначається як відсунута або затяжна реакція на стресогенну подію чи

ситуацію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть спричинити дистрес майже в кожній здоровій людині [98, с.52].

Велика кількість випадків ПТСР та/або депресії в осіб, які пережили війну, має серйозні наслідки для суспільства [92]: 1) ПТСР і депресія як правило мають довготривалий і хронічний перебіг, що значною мірою впливає на виникнення розладів психотичного рівня і відображається на мікросоціальному оточенні постраждалих осіб; 2) розлади, пов'язані з функціональними порушеннями, впливають на ширші міжособистісні стосунки, знижують продуктивність і спричиняють значні загальні витрати на здоров'я; 3) дослідження вказує на зв'язок між гнівом, на який не відреагували, і ПТСР, що може бути причиною подальшого домашнього насильства, посилити бажання помститися і таким чином підвищити ймовірність майбутніх конфліктів.

ПТСР зазвичай співіснує з іншими формами психопатології, і 90% тих, хто пережив ПТСР, мають принаймні одне супутнє захворювання протягом життя. Найбільш поширеними супутніми захворюваннями є депресія, зловживання алкоголем або залежність, а також інші тривожні розлади, і є все більше доказів поєднання супутніх захворювань із межевим розладом особистості.

ПТСР характеризується наявністю 4 основних та в той самий час взаємозалежних груп симптомів: повторне переживання травматичних спогадів, активне уникання зовнішніх чи внутрішніх нагадувань про травматичну подію, зміни в когнітивній та емоційній сферах, симптоми надмірного збудження (роздратованість, спалахи гніву, саморуйнівна поведінка, порушення сну), що тривають більше ніж 1 місяць після травматичної події [84].

Як зазначають О. Чабан і О. Хаустова, основними факторами та умовами формування медико-психологічних наслідків військового стресу в Україні є особливості самої травматичної події, наявність негативних «професійних» чинників, певних соціально-демографічних і соціально-економічних

характеристик, анамнестичних даних щодо психосоматичного здоров'я, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей [65]. Розглянемо деякі чинники і особливості протікання посттравматичних стресових розладів для деяких груп населення постраждалих від збройного конфлікту.

Так, для військовослужбовців основними чинниками психічної травматизації є «реальна загроза життю, яка виникала при пересуванні на позиції без відповідного захисту; загроза підриву на вибухових пристроях; загроза загибелі під вогнем снайперів; постійне очікування загострення ситуації; необхідність бачити тіла загиблих та торкатися до них; спілкування з тяжкопораненими. У полонених виявляють інші психотравматичні чинники у вигляді стану невизначеності та невідомості, відсутності вірогідної інформації; небезпеки непередбачуваних дій терористів, тяжких побутових умов, відсутності їжі, води, можливостей задовольнити природні потреби; чуток про значну кількість загиблих у полоні; загроз, що спричиняли думки про розправу та загибель. Для родичів військовослужбовців патогенними виступають такі фактори: побоювання за життя близьких, які безпосередньо беруть участь у бойових діях; інформація про поранених та загиблих бійців, що несли службу разом з їх родичами» [20, с.5].

У біженців і внутрішньо переміщених осіб психотравматичну дію зумовлювали наступні чинники: невизначеність стану та відсутність достовірної інформації про ситуацію в місті, помешканні; побоювання втрати майна, що залишилося без нагляду; побутова невлаштованість, нестача грошей; відсутність роботи, труднощі влаштування дітей до дитячих садків та шкіл; занепокоєння відносно родичів, які залишилися в місцях бойових дій, що актуалізує актуальні потреби для цієї категорії осіб, постраждалих від активних бойових дій.

Для розуміння актуальних потреб і напрямків допомоги для ВПО наведемо результати опитування вимушено переміщених осіб в м. Запоріжжя, проведеного на протязі травня-серпня 2022 року спільно з волонтерськими

організаціями, які займаються наданням первинних послуг переселенцям (особливо з територій, де ведуться бойові дії). Всього було опитано 1260 вимушених переселенців, яким було запропоновано відповісти на питання: «Якої допомоги Ви зараз потребуєте найбільш за все?» Відповіді було розподілено за групами видів допомоги і послуг (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Найбільш затребувані і актуальні потреби вимушено переміщених осіб

Особливу групу складають люди, які втратили когось з близьких. Серед патологічних проявів кризи життєвих втрат можна виділити психічні, соматичні та поведінкові: тривале переживання горя (до кількох років); відсутність виявлення страждань упродовж 2 і більше тижнів; слабко виражені емоції; різкі перепади настрою від страждань до самовдоволення впродовж коротких проміжків часу; дратівливість; тяжка депресія, що супроводжується безсонням; постійне напруження, самозвинувачення; поява хвороб психосоматичного характеру, таких як виразковий коліт, ревматичний артрит, бронхіальна астма тощо; зміна чутливості, іпохондрія; надмірна активність як

захист від болю втрати; ворожість, спрямована проти конкретних людей; повна зміна стилю життя; стійкий брак ініціативи; зміна ставлення до друзів і родичів; небажання контактувати, відхід від соціальної активності; схильність до самоізоляції; розмови про суїцид, бажання з усім покінчити. Такі стани потребують допомоги профільного фахівця, обізнаного зі специфічними методами допомоги [20, с.7].

Особливо небезпечний деструктивний вплив мають війна і збройні конфлікти на психіку дітей, серед яких найбільш розповсюдженими є посттравматичні стресові розлади і розлади адаптації. Як зазначають науковці, ступінь вираженості прояву клінічної симптоматики таких порушень залежить від вікових особливостей дитини; стресової події, в якій опинилася дитина, її інтенсивність і гострота; специфіки реакції батьків і оточення на загрозову і небезпечну ситуацію. Виділяють три типи перебігу розладів адаптації в дітей і підлітків: регредієнтний, стабільний і прогресивний. Слід зазначити, що у більшості дітей, які пережили екстремальну подію, відмічається регредієнтний тип перебігу РА, який є найбільш прогностично сприятливим. У більшості випадків вони мають окремі прояви: прагнення до ізоляції, обмеження контактів, підвищена стомлюваність і знижена активність, пригнічений настрій, напади безпричинної дратівливості, зниження яскравості емоційних реакцій, нав'язливі спогади, втрата життєвих інтересів, поведінка уникання, неконтрольована агресія [65].

Ознаки ПТСР дітей різного віку в наслідок психотравмуючих подій:

- у дітей 5-12 років картина посттравматичного розладу характеризується такими ознаками: діти плутають порядок подій в розвитку психотравмуючої ситуації; в іграх, малюнках, розповідях на відсторонену тему повторюється сюжет психотравми; втягують частину психотравмуючого досвіду в повсякденне життя; дратівливість, тенденції до регресивної поведінки;

- у віці 12-18 років картина розладу являє собою суміш дитячої та дорослої симптоматики: імпульсивність, порушення поведінки, агресивність;

розвивається страх власної смерті, тривога, почуття самотності, знижена самооцінка, порушується сон, розвивається уникнення соціуму і замкнутість, весь світ сприймається вороже [46, с.260].

Серед наявної симптоматики найчастіше мають місце декілька провідних клініко-психопатологічних комплексів симптомів з різними клінічними варіантами: з домінуванням астенії (соматичний та астенічний клінічні варіанти), з домінуванням тривожнофобічної симптоматики (тривожний та іпохондричний клінічні варіанти), з домінуванням поведінкових порушень (дисфоричний і змішаний клінічні варіанти). Для таких дітей характерні загальна дезорганізація, напади роздратування, експресивна плаксивість, уникнення контактів, сепараційна тривога, недовіра, повторне відтворення травматичних подій, страхітливі сни без чіткого змісту або нічні страхіття, почуття безперспективності та імпульсивність [83, с.261].

Особливості поведінкових реакцій на воєнні дії у дітей:

- 1 до 6 років – поява загального страху, нічні кошмари, гостра реакція на голосні звуки, енурез, велика амплітуда коливань нервових процесів (діти то надто збуджені, то різко стають загальмованими), скутість та сором'язливість, з'являється значний страх розлуки (судорожно чіпляються за батьків та не відпускають їх);

- від 6 до 11 років – активно програють отриманий ними травматичний досвід, підвищується відчуття відповідальності та провини, демонструють неконтрольовану агресію, виникають сплески гніву, з'являється біль психосоматичного походження;

- від 12 до 18 років – наявні загальні прояви переживання стресу (порушення сну, харчування тощо), неконтрольована агресія на оточуючих, жага до помсти, прагнуть уникати соціум та суспільство, можливі депресії й небезпечна для життя поведінка [32].

На інтенсивність психологічного стресу можуть впливати наступні параметри: ворожість травматичної ситуації (загроза життю, фізичній або психічній цілісності); інтенсивність негативних впливів; тривалість

негативних впливів; невизначеність ситуації (її непередбачуваність, багатозначність); неможливість контролю над ситуацією; відсутність соціальної підтримки; несумісність нового досвіду із звичною реальністю; неможливість раціонального пояснення того, що сталося. Психологічний захист у таких випадках включається автоматично і є неусвідомленим механізмом збереження психічної рівноваги в тяжкій життєвій ситуації. До типових захисних реакцій дітей відноситься відмова (пасивний протест), опозиція (активний протест), імітація, компенсація, емансипація, заміщення, регресія [5].

У дитини, що пережила психотравмуючу ситуацію можна виділити два типи поведінки: 1) інтерналізована поведінка: закритість і уникнення контактів з іншими; ознаки зниженого настрою; недостатність спонтанності та ігрової поведінки; слухняність і легка піддатливість; надмірна пильність та лякливність; часті головні болі або болі в животі; порушення харчового циклу; схильність до адиктивної поведінки; можливі загрози самогубством; схильність до дисоціативних розладів; нанесення собі пошкоджень; 2) екстерналізована поведінка: спрямованість емоцій та почуттів назовні; агресія та ворожі, деструктивні реакції; зухвалість; знущання над тваринами (аж до їх убивства); сексуально забарвлена або сексуально спрямована поведінка [46, с.261-262].

Отже, головними психологічними особливостями поведінки дітей, які зростають на території збройного конфлікту, є раннє усвідомлення почуття смерті, замкненість або екстернальність та вузький спектр емоцій; у дітей внутрішньо переміщених осіб найчастіше проявляється стрес через обурення при усвідомленні культурних відмінностей та їх нездатності впоратись з новою ситуацією; для дітей, які внаслідок військових дій стали напівсиротами найскладнішими є перші тижні втрати, простежуються негативні поведінкові реакції та звинувачення суспільства у трагічних подіях.

Таким чином, для населення України в сучасних умовах повномасштабної російської воєнної агресії відбувається паралельне

формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що, відповідно, негативно позначається на рівні як індивідуального психосоматичного, так і громадського здоров'я.

Висновки до першого розділу

В першому розділі розглянуто теоретично-методологічні засади дослідження психоемоційного стану особистості.

1. Проаналізовано наукові підходи до розуміння емоцій і емоційних станів в сучасній психології: еволюційна теорія Ч.Дарвіна; соматична теорія В. Джемса-К. Ланге; таламічна теорія В. Кеннона-Ф. Барда; судинна теорія вираження емоцій І. Уейнбаума і її модифікація; нейрокультурна теорія емоцій П. Екмана; психоаналітична теорія емоцій; двохфакторна (когнітивно-фізіологічна) теорія С. Шехтера; теорія когнітивного дисонансу Л. Фестінгера; теорія емоцій О. Леонтьєва; диференційна теорія емоцій К. Ізарда, що дозволило виділити наступні характерні особливості емоцій як психічного явища: 1) емоції виступають як властивості індивіда, які спрямовані на оцінне ставлення до ситуацій і подій, до себе, до інших людей і соціальної взаємодії, до навколишнього світу у всіх його проявах; 2) емоції представляють собою відповідні реакції на зовнішні та внутрішні подразники, які проявляються у вигляді задоволення або незадоволення, радості, страху, гніву тощо і мають відповідні тілесні, моторні прояви; 3) емоції відображають ситуативні переживання; 4) емоції пов'язані із когнітивною і мотиваційною сферою особистості. Визначено, що емоційний стан включає в собі не тільки емоцію, але й всі аспекти її прояву (когнітивний, поведінковий, фізіологічний, соматичний).

2. Розглянуто основні теоретичні підходи до розуміння стресу та емоційних станів, що виникають під дією стресогенних факторів: концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє, психодинамічна модель стресу (З. Фройд, К. Юнг, Е. Фромм, К. Хорні та інші), модель стресу Х. Вольф,

модель стресу А. Кагана та Л. Леві, стимульні моделі стресу, когнітивні моделі стресу, транзактна модель стресу та копінгу Р. Лазаруса, причому об'єднуючими характеристиками зазначених концепцій є: стрес як реакція на зовнішні і внутрішні стимули, пов'язані із загрозою і небезпекою; як чинник психологічної напруги, що виявляється в емоційних станах тривоги, страху, безвихідності, агресії, гніву тощо; виникненню стресу передують вплив стресогенних факторів екстремального, кризового, надзвичайного і катастрофічного характеру, серед яких війна є найбільш інтенсивним за модальністю емоційним і зовнішнім стресором.

3. Визначено, що війна як стресогенний чинник має катастрофічні наслідки для будь-якого суспільства і відображається у поширенні деструктивних психоемоційних станів як на індивідуальному, так і на колективному (на рівні всього суспільства) рівнях. Негативний досвід переживання війни спричиняє поширення серед цивільного населення високого рівня тривожності і соціальної напруженості, депресивних і поведінкових розладів, посттравматичного стресового синдрому, посилення інтенсивності психологічних і соціальних страхів, порушує психологічне благополуччя дітей, які зазнали досвіду агресії, насильства, втрати близьких.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організація і методи емпіричного дослідження

Для дослідження психоемоційного стану українців в умовах війни було проведено психодіагностичне обстеження через соціальну мережу Facebook (вересень 2023 р. – січень 2024 р.). Вибірка опитаних – 62 особи. З них 41 жінка і 21 чоловіків. Вибірка опитаних представлена наступними категоріями: 1) 25 опитаних є мешканцями прифронтового м. Запоріжжя (середній вік опитаних складає 32,4 років, з них 62% – жінки та 38% – чоловіки); 2) 21 опитаних є внутрішньо переміщеними особами (середній вік опитаних складає 42,1 років, з них 69% – жінки та 31% – чоловіки); 3) 16 вимушено переміщених осіб з України, які отримали статусу тимчасового захисту в Німеччині і Польщі (середній вік опитаних складає 39,8 років, з них 74% – жінки та 26% – чоловіки). Вибірка випадкова, сформована за критерієм доступності і встановленим рівнем довіри.

Основними параметрами і методами дослідження виступили наступні.

1. Рівень психологічного благополуччя – Методика «Шкала психологічного благополуччя» (К. Ріфф). Варіант опитувальника «The scale of psychological well-being» в адаптації М. Лепешинського та у перекладі українською мовою С. Карсканової [25]. Існує декілька варіантів опитувальника. У даному дослідженні використовуємо найбільш поширену і визнану версію на 84 питання, які відображають різні компоненти психологічного благополуччя. Дана методика складається з шести шкал, які становлять компоненти психологічного благополуччя згідно К. Ріфф: самоприйняття, автономія, цілі в житті, особисте зростання, позитивні стосунки з оточуючими (позитивні взаємини), управління середовищем.

2. Емоційний стан населення:

– шкала позитивного та негативного афекту [97]. Дана методика розроблена на основі методики PANAS, і спрямована на діагностику позитивних і негативних емоційних станів. Теоретичною основою шкали PANAS є ієрархічна модель емоцій Д. Уотсона та А. Теллегена, верхній рівень якої включає в себе два фактори, які відповідають двом знакам валентності емоцій (негативному і позитивному), а до нижнього рівня входять фактори, що відповідають різним за змістом емоціям (ворожість, радість, страх, смуток та ін.). На думку Д. Уотсона, позитивний і негативний афекти – це суб’єктивне відображення дій двох окремих, хоча і взаємопов’язаних систем управління поведінкою;

– анкетне соціологічне опитування. За основу було взято перелік емоцій з анкети дослідження «Психічне здоров’я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни», проведеного у вересні 2022 році Gradus Research Company [47];

– методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка. За допомогою методики «Самооцінка психічних станів», розробленої і запропонованої Г. Айзенком, можна визначити як оцінюють у себе люди психічні стани. А саме такі, як: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Ці стани є важливими елементами для визначення загальних адаптативних можливостей людини. Автор методики – Айзенк (Eysenck) Ганс Юрген - англійський психолог, один з лідерів біологічного напрямку в психології, автор факторної теорії особистості. Тест може застосовуватись як в якості самостійної клініко-психологічної методики, так і у складі послідовних процедур у комплексі з іншими методиками такого ж спрямування;

– шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна. Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Методика була розроблена в 1970 році. У рамках цього тесту створені 2 підшкали. Перша, шкала стану тривоги

(ситуативної тривожності), оцінює поточний стан тривоги, вимірюючи, як респонденти відчують себе «прямо зараз», використовуючи суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи. Ситуативна, або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі. Друга, шкала особистої тривожності, оцінює відносно стабільні аспекти особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює відчуття/стан спокою, впевненості та безпеки. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Особистісна тривожність являє собою конституційну межу, яка обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій є стресом для індивідуума й викликає у нього виражену тривогу;

– шкала депресії А. Бека. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) — це один із найбільш широко використовуваних психометричних тестів для вимірювання тяжкості депресії. Шкала містить список із 21 питання — кожне описує симптом депресії. Запитання передбачають чотири варіанти відповіді — потрібно вибрати відповідний для своєї ситуації. Кожній відповіді надається певна кількість балів. Їхня загальна сума — це і є результат тесту. Шкала депресії Бека — один із перших тестів, що вирізняються високою релевантністю та специфічністю, створених для використання у клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Незважаючи на час розробки, шкала депресії Бека не застаріла і сьогодні широко застосовується в психіатричній та психотерапевтичній практиці.

3. Відчуття стресу та причини стресу – результати анкетного соціально-психологічного опитування. За основу було взято питання з анкети дослідження «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічного допомоги під час війни», проведеного у вересні 2022 році Gradus Research Company [47].

4. Ресурси психологічного благополуччя, що відображені у резилієнсі цивільного населення:

– «Тест життєстійкості» (С. Мадді, у адаптації Д. Леонтьєва) представляє собою адаптацію опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді. Методика призначена для діагностики особливостей життєстійкості – системи переконань особистості про себе, відносинах зі світом та середовищем, які дозволяють людині витримувати і ефективно долати стресові ситуації. В одній і тій же ситуації людина з високою життєстійкістю рідше перебуває у стресовому стані і краще справляється з ним. Життєстійкість включає в себе три порівняно самостійних компоненти: залученість, контроль, прийняття ризику;

– особливості копінг поведінки цивільного населення – Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана. Методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій. Даний опитувальник вважається першою стандартною методикою в області вимірювання копінга. Методика була розроблена Р. Лазарусом і С. Фолкманом в 1988 році, адаптована Т. Крюковою, Е. Куфтяк, М. Замишляєвою в 2004 році.

5. Кореляційні зв'язки між психологічним благополуччям і ресурсами психологічного благополуччя (життєстійкість, копінг-стратегії) – методи математичної статистики.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження психоемоційних станів українців в умовах війни

Оцінка рівня психологічного благополуччя. В психології склалося два основні парадигмальні підходи до розуміння феномену психологічного благополуччя: гедоністичний підхід в якості сутнісної ознаки психологічного благополуччя виділяє задоволеність життя, щастя, позитивні переживання, що поєднуються поняттям суб'єктивного благополуччя; евдемоністичний підхід розглядає психологічне благополуччя як позитивний ефект від самоактуалізації, самореалізації і досягнення поставленої особистістю мети. Сучасні концепції психологічного благополуччя спрямовані на інтеграцію двох підходів, що поєднують в понятті психологічного благополуччя емоційний аспект (задоволеність життям, позитивне сприйняття реальності) і діяльнісно-смысловий аспект (осмисленість життя, самоактуалізація, спрямованість на діяльнісні перетворення себе і навколишнього світу). Вітчизняна дослідниця Н. Каргіна розглядає психологічне благополуччя як «складне психічне утворення, яке проявляється у переживанні змістовної наповненості та цінності життя, відчутті задоволення життям та собою, досягненні актуальних мотивів і потреб особистості у перспективі соціально-значущої мети та позитивній оцінці власного існування» [24, с.204].

Для оцінки рівня психологічного благополуччя населення було застосовано методику «Шкала психологічного благополуччя» (К. Ріфф). В цілому у всій групі опитаних переважає рівень психологічного благополуччя нижче середнього – 335 балів. Серед низьких показників більше всього мають такі складові як особистісне зростання, управління середовищем і цілі в житті. На рис. 2.1 представлено розподіл груп опитаних за шкалами методики (у %).

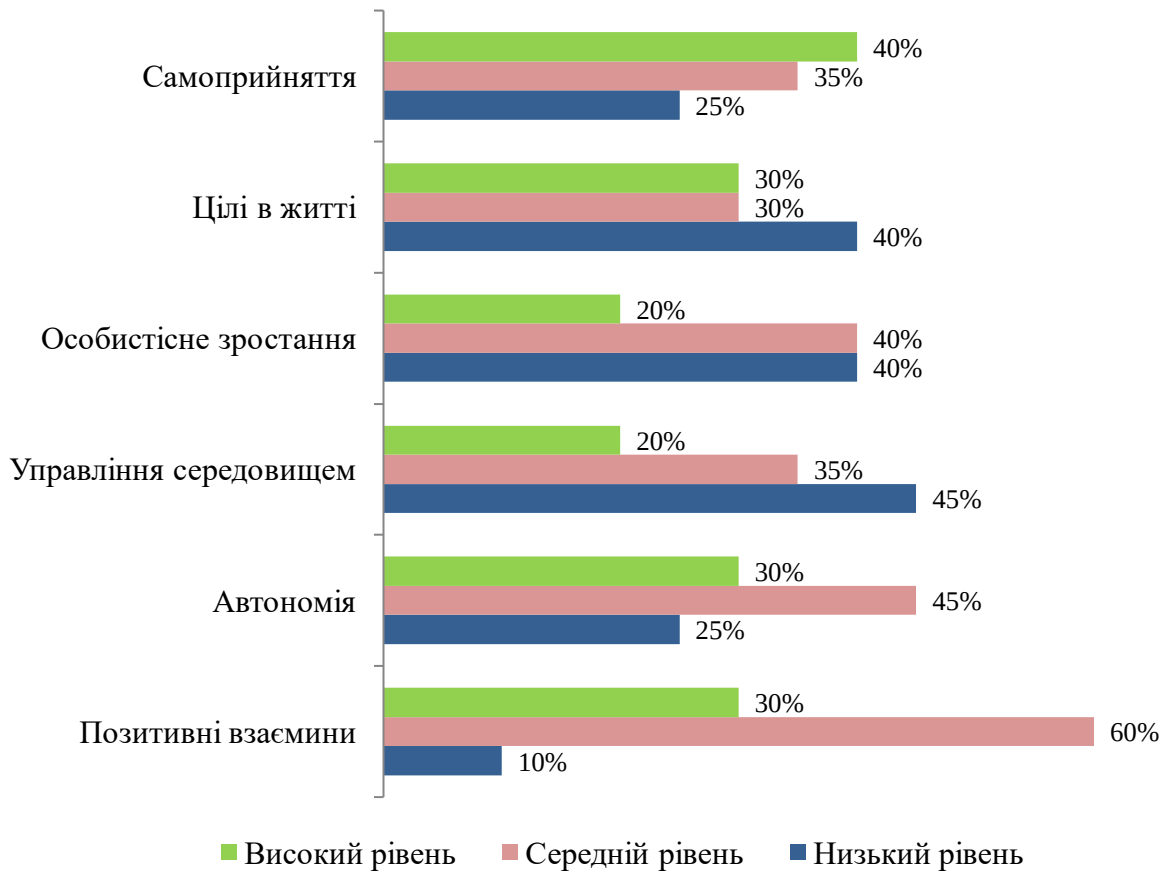


Рис. 2.1. Розподіл груп опитаних за шкалами методики психологічного благополуччя К. Ріфф (у %)

Отримані нами результати не відображають оцінку рівня психологічного благополуччя на загальнонаціональному рівні, але їх тренд збігається з результатами дослідження Інституту соціальної і політичної психології Національної академії педагогічних наук України, здійсненого методом онлайн опитування на онлайн-панелі Kantar Україна, яке охопило осіб віком 18-55 років в містах України з населенням понад 50 тисяч [19]. Отже, психологічні наслідки війни включають довготривалий негативний вплив на психоемоційне благополуччя і цілеспрямовану діяльність особистості на фоні порушень соціальної адаптації і соціальної поведінки.

На рис. 2.2 представлено порівняльний аналіз показників психологічного благополуччя (за низьким рівнем вираженості) серед різних категорій опитаних.

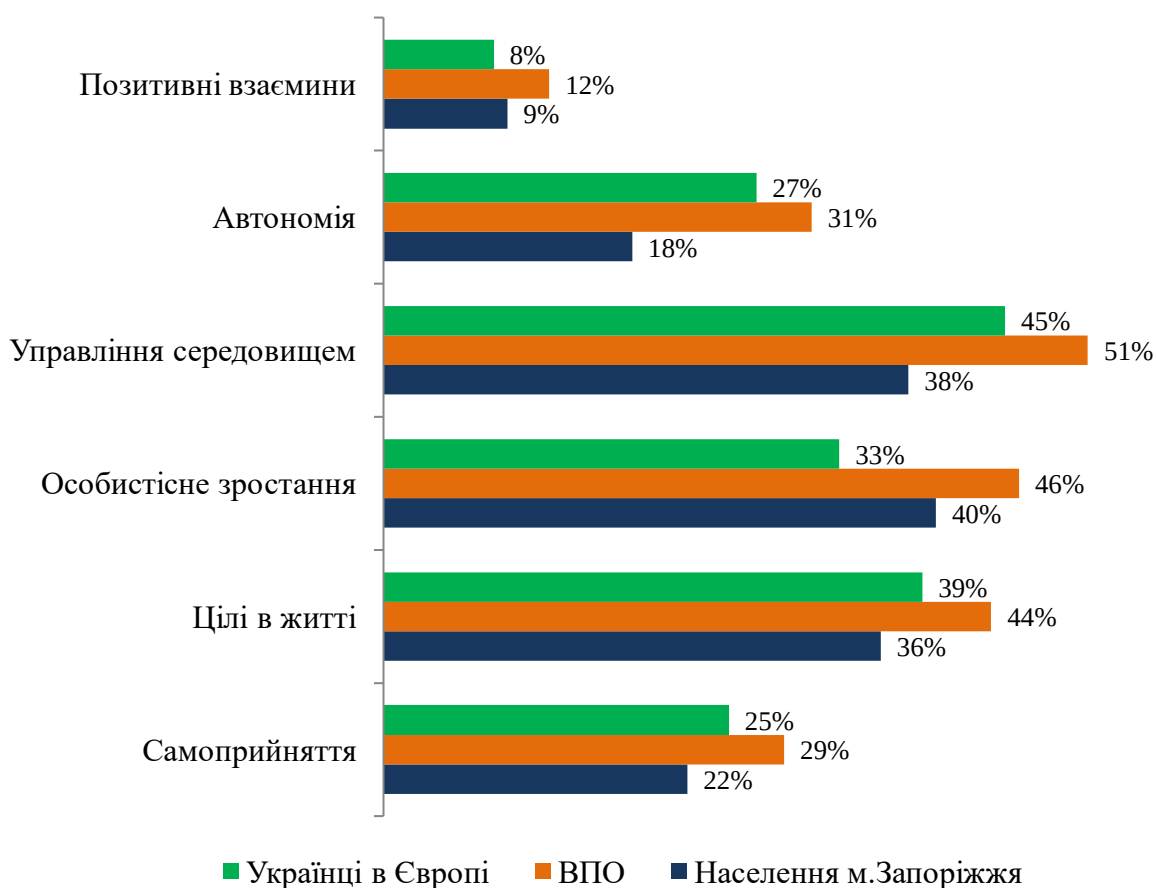


Рис. 2.2. Розподіл категорій опитаних за шкалами методики психологічного благополуччя К. Ріфф за низьким рівнем вираженості (у %)

Результати дослідження вказують на те, що серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) домінують низькі показники складових психологічного благополуччя, причому більш за все це стосується процесів соціальної і психологічної адаптації в нових соціальних умовах (управління середовищем, особистісне зростання, цілі в житті). Серед вимушених переселенців в Європі також відзначаються проблеми з реінтеграцією в нове соціокультурне середовище, що позначається на суб'єктивній оцінці задоволеності життям. Більш оптимістично налаштовані мешканці м. Запоріжжя, незважаючи на відносну близькість до зони активних бойових дій.

Результати за Шкалою позитивного та негативного афекту вказують на переважання позитивних емоційних станів українців (рис. 2.3).

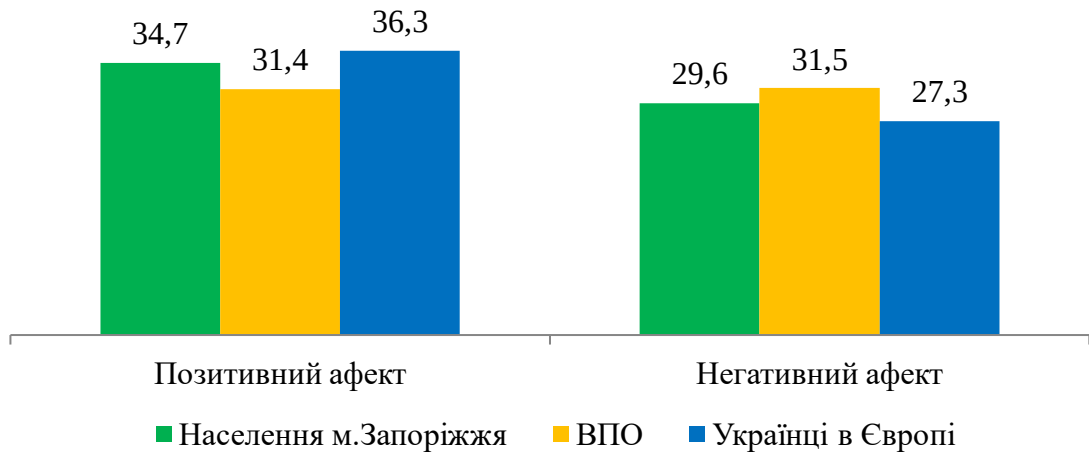


Рис. 2.3. Усереднені показники позитивних і негативних емоційних станів різних категорій опитаних українців

Для визначення особливостей психоемоційного стану населення в умовах воєнного стану було застосовано методику «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка. На рис. 2.4 представлено рівні вираженості показників (у % опитаних) у всіх опитаних.

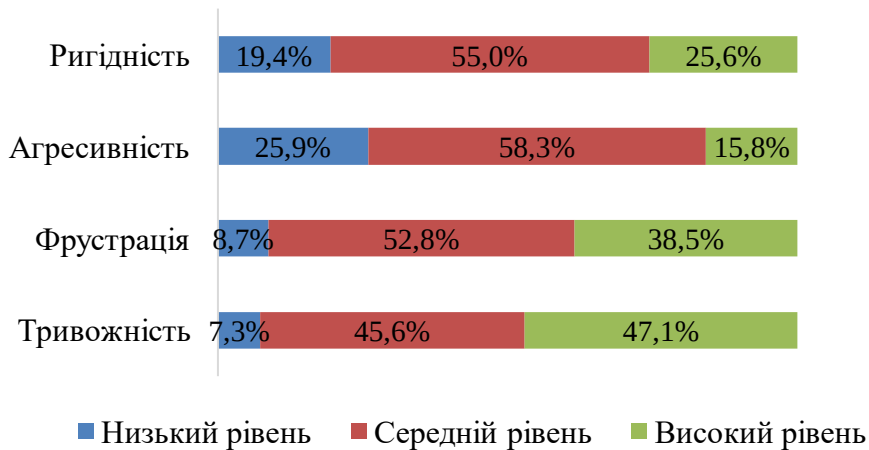


Рис. 2.4. Показники психоемоційного стану цивільного населення за результатами методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (у % опитаних)

За результатами дослідження найбільший показник психоемоційного стану має тривожність, що виявляється у відчутті тривоги, небезпеки і невпевненості у майбутньому. У майже половини опитаних виявлено середній рівень тривожності, що носить переважно ситуативний характер. Показник

фрустрації також більше виражений, що вказує на неможливість чи ускладненість задоволення потреб. Агресивність як показник психоемоційного стану має середні значення, хоча 12-15% опитаних виявляють високий рівень агресії до оточення. Ригідність як емоційне неприйняття війни і змін власного становища виявляють 25,6% опитаних, що свідчить про нездатність переживання стресу і неможливість самостійно знайти внутрішні ресурси (індивідуальна резилієнс) для переоцінки свого ставлення до себе, інших людей і світу в цілому.

На рис. 2.5 представлено результати опитування різних груп громадян України за високими показниками шкал методики. Так, серед населення м. Запоріжжя виявлено високий показник агресивності, серед ВПО – тривожності і фрустрації, серед біженців у країнах Європи – ригідності.

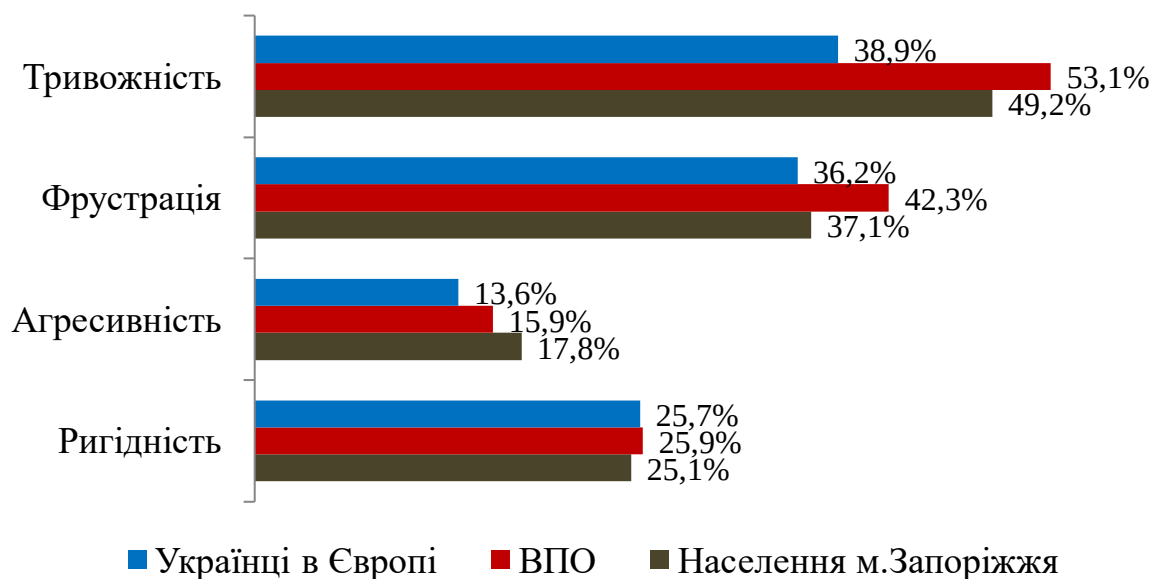


Рис. 2.5. Показники психоемоційного стану громадян України за результатами методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка в залежності від груп опитаних

За результатами виявлення рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності за методикою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна серед опитаних переважають низький і середній рівень тривожності, причому у

вимірі ситуативної тривожності 62% опитаних виявляють середній і високий рівні (рис. 2.6). Дещо схожі результати отримано в дослідженні М. Орос [42].

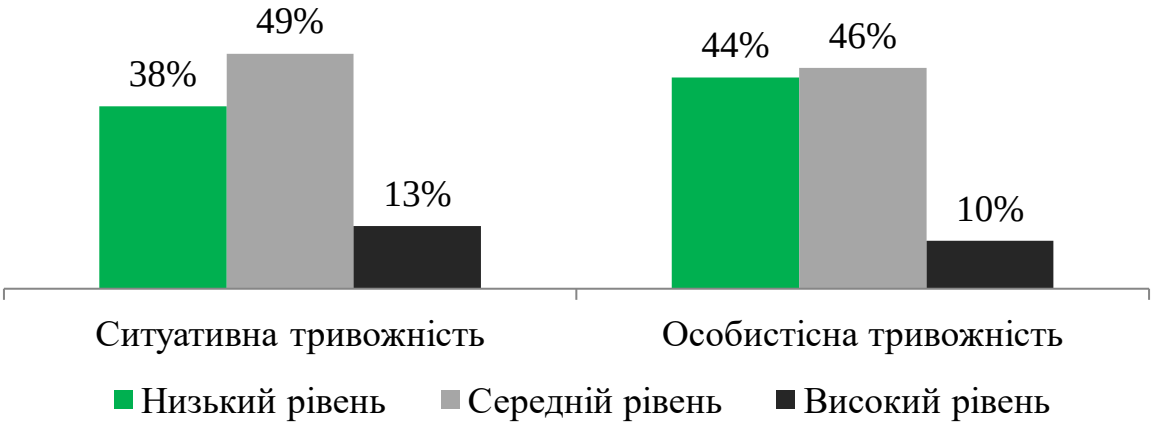


Рис. 2.6. Оцінка рівня ситуативної і особистісної тривожності (у % груп опитаних)

Особливу увагу представляють результати порівняльного аналізу показників рівня тривожності серед різних груп опитаних (рис. 2.7-2.8).

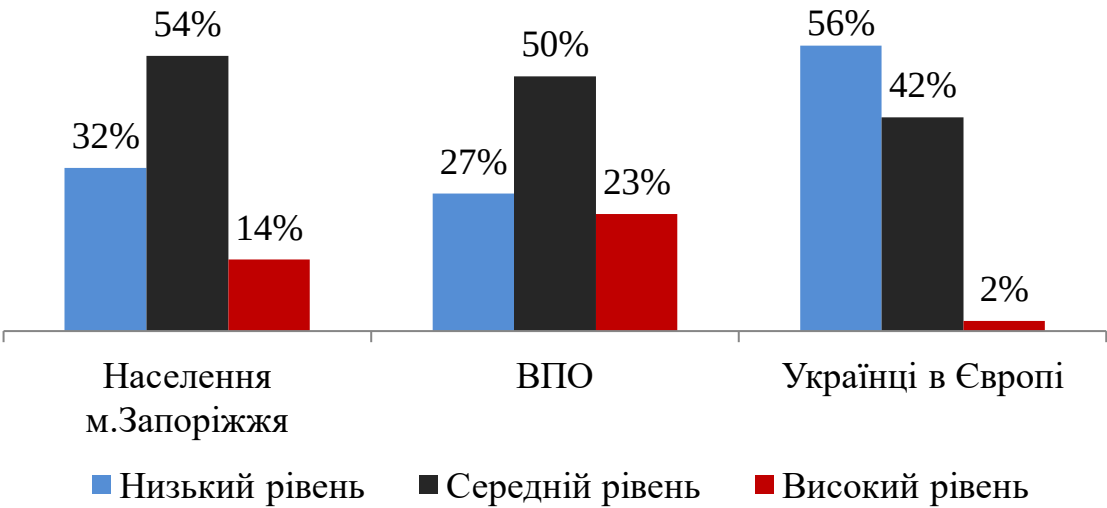


Рис. 2.7. Оцінка рівня ситуативної тривожності (у % груп опитаних)

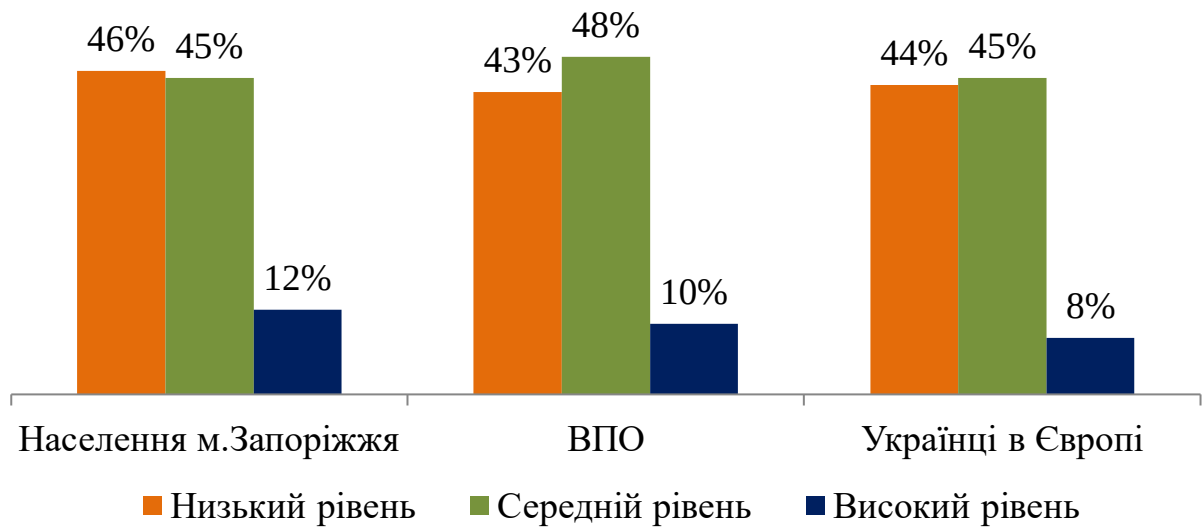


Рис. 2.8. Оцінка рівня особистісної тривожності (у % груп опитаних)

Якщо за показниками особистісної тривожності суттєвих статистичних відмінностей серед населення м. Запоріжжя, ВПО і біженцями в країнах Європи немає, то показники ситуативної (реактивної) тривожності відрізняються в залежності від задоволення потреби в безпеці і захисті. Так, серед ВПО значно високий рівень тривожності (23%), що пов'язано із переживанням невпевненості в майбутньому, песимістичними установками і складнощами в адаптації та інтеграції в новому соціальному середовищі. Для мешканців прифронтових територій також показники високого рівня ситуативної тривожності вищі ніж в середньому по всій вибірці опитаних. Інша картина результатів в українців, які виїхали за кордон і знаходяться в безпечному середовищі – 56% опитаних виявили низький рівень тривожності і всього 2% - високий рівень.

Страх, тривога, заціпеніння, апатія – це не повний перелік того, що відчують люди, які мають власний досвід переживання воєнного конфлікту. Через такі переживання люди втрачають позитивний настрій та все частіше піддаються стресу та фрустрації, що призводить до виникнення депресивних станів. Як визначають вчені-психологи, Г. Ложкін, О. Носкова, І. Толкунова, депресивні стани людини – це складна комбінація емоцій, уявлень, споминів і

думок, що характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи протягом як мінімум двох тижнів, а також різні комбінації гніву, відрази і презирства (ворожі почуття по відношенню до самого себе й до інших людей), емоції страху, провини і сорому [4, с.56].

Як зазначає С. Пфайфер, депресія – (від лат. *depressio* – пригнічення) – афективний стан, який характеризується негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, когнітивних (пов’язаних з пізнанням) уявлень й загальною пасивністю поведінки [51]. Вичерпною когнітивною теорією депресії є теорія А. Бека. Когнітивні процеси, на думку вченого, є первинною детермінантою емоцій, настрою і поведінки. Сприйняття індивідом самого себе, сприйняття світу і майбутнього розглядається як первинна тріада когнітивних факторів.

Задля визначення ступеня вираженості депресивних станів населення України було застосовано методику «Шкала депресії Бека» (рис. 2.9).

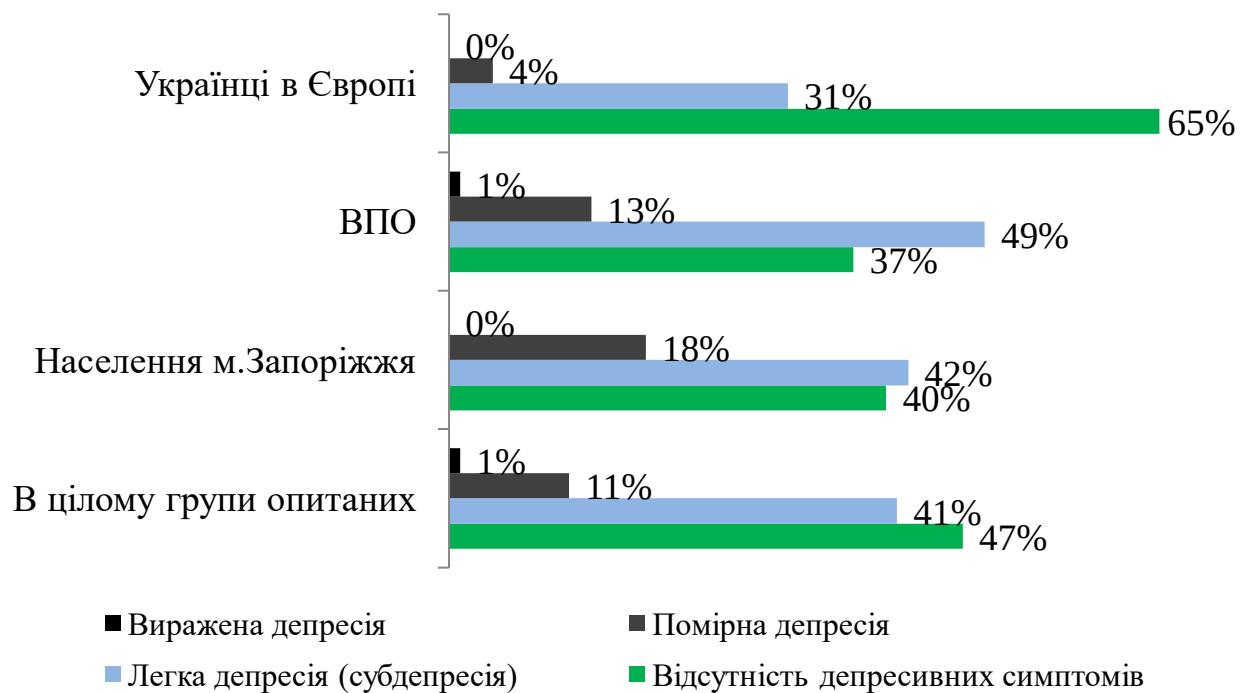


Рис. 2.9. Показники шкали депресії Бека в цілому і в залежності від груп опитаних

В цілому по всій вибірці опитаних переважають показники відсутності депресивної симптоматики (47%) і субдепресивного стану (41%), причому серед українських біженців за кордоном ці показники значно вищі. Симптоми помірної депресії більш за все спостерігаються серед ВПО і мешканців прифронтових територій (13% і 18% відповідно).

Отже, депресія в основному розглядається як стан безпорадності, постійної тривоги, очікування болі і страху, як утрата окремих навиків адаптаційної поведінки і заміщення їх реакціями уникання.

Для визначення емоцій, що останнім часом найбільше переважають у настрої українців, респондентам було запропоновано визначити основні емоційні стани, що на їхню думку, переважають в українському суспільстві. За основу було взято перелік емоцій з анкети дослідження «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічного допомоги під час війни», проведеного у вересні 2022 році Gradus Research Company [47] (рис. 2.10).

Як видно з результатів дослідження, основними емоціями, які переважають в настроях громадян України є напруженість, надія і втома, що збігається з результатами дослідження «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічного допомоги під час війни», проведеного у вересні 2022 році Gradus Research Company. Слід зазначити високий рівень переживання гніву і одночасно гордості, що пов'язано із втомою і напругою від тривалості активних бойових дій (вже майже 2 роки).

Слід відзначити про деякі розбіжності в переживаннях емоцій серед різних груп опитаних. Так, для населення м. Запоріжжя і ВПО домінуючими емоціями переживання війни є напруженість, втома, роздратування, страх і обережність, а людей, які виїхали за кордон – надія, гордість, самотність. На нашу думку, такий розподіл емоцій пов'язаний із рівнем задоволеності потреб у безпеці і приналежності до схожої соціальної спільноти.

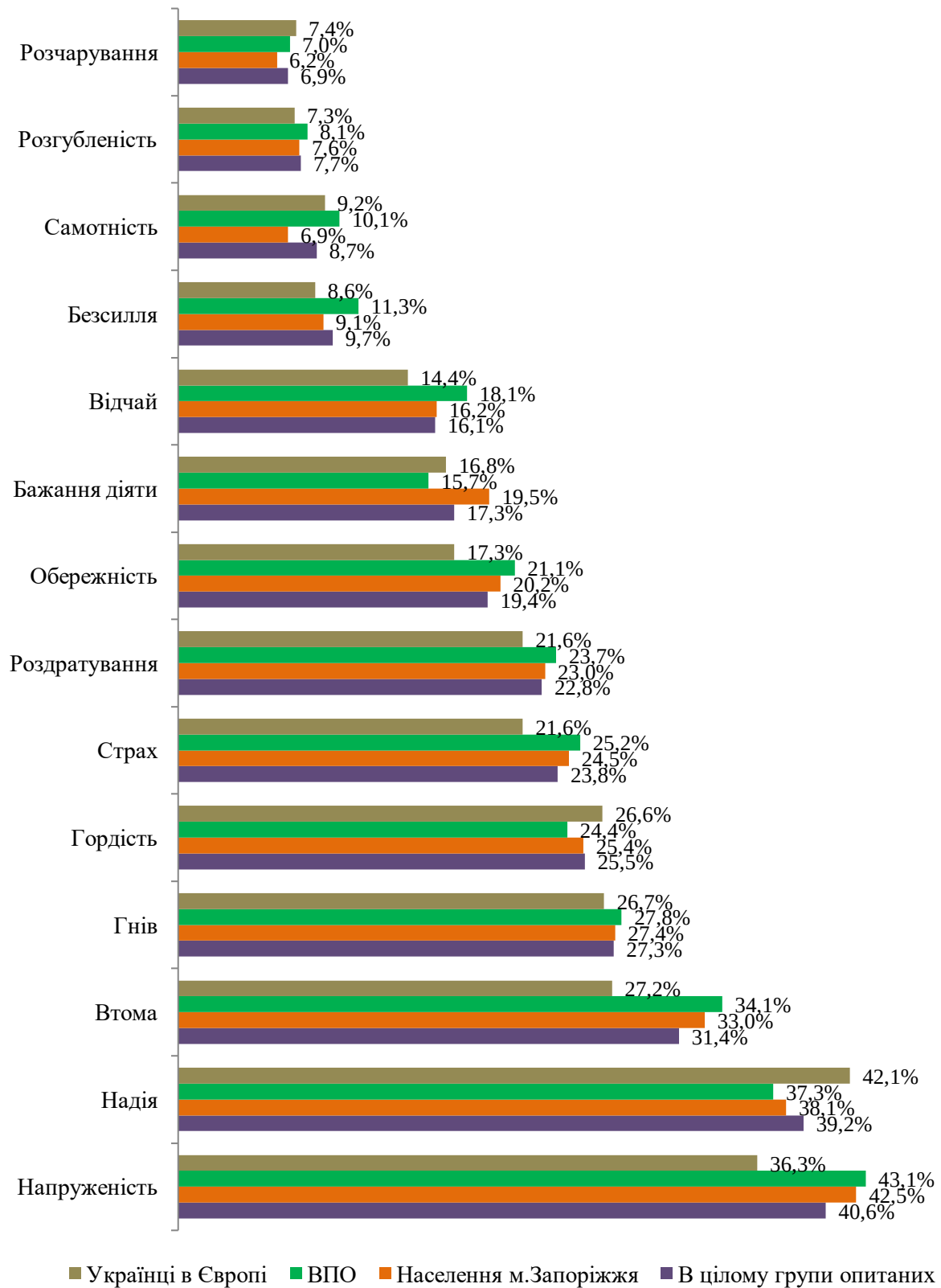


Рис. 2.10. Емоції, що останнім часом найбільше переважають у настрої українців (можна було обрати декілька варіантів)

Відчуття стресу та причини стресу – результати анкетного опитування. За основу було взято питання з анкети дослідження «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічного допомоги під час війни», проведеного у вересні 2022 році Gradus Research Company [47]. На рис. 2.11-2.14 представлено результати опитування.

За результатами опитування 79,7% опитаних останнім часом відчують стрес або сильну знервованість, 16,6% - не відчують і ще 3,7% не визначили свій емоційний стан (варіант відповіді «Важко відповісти»).

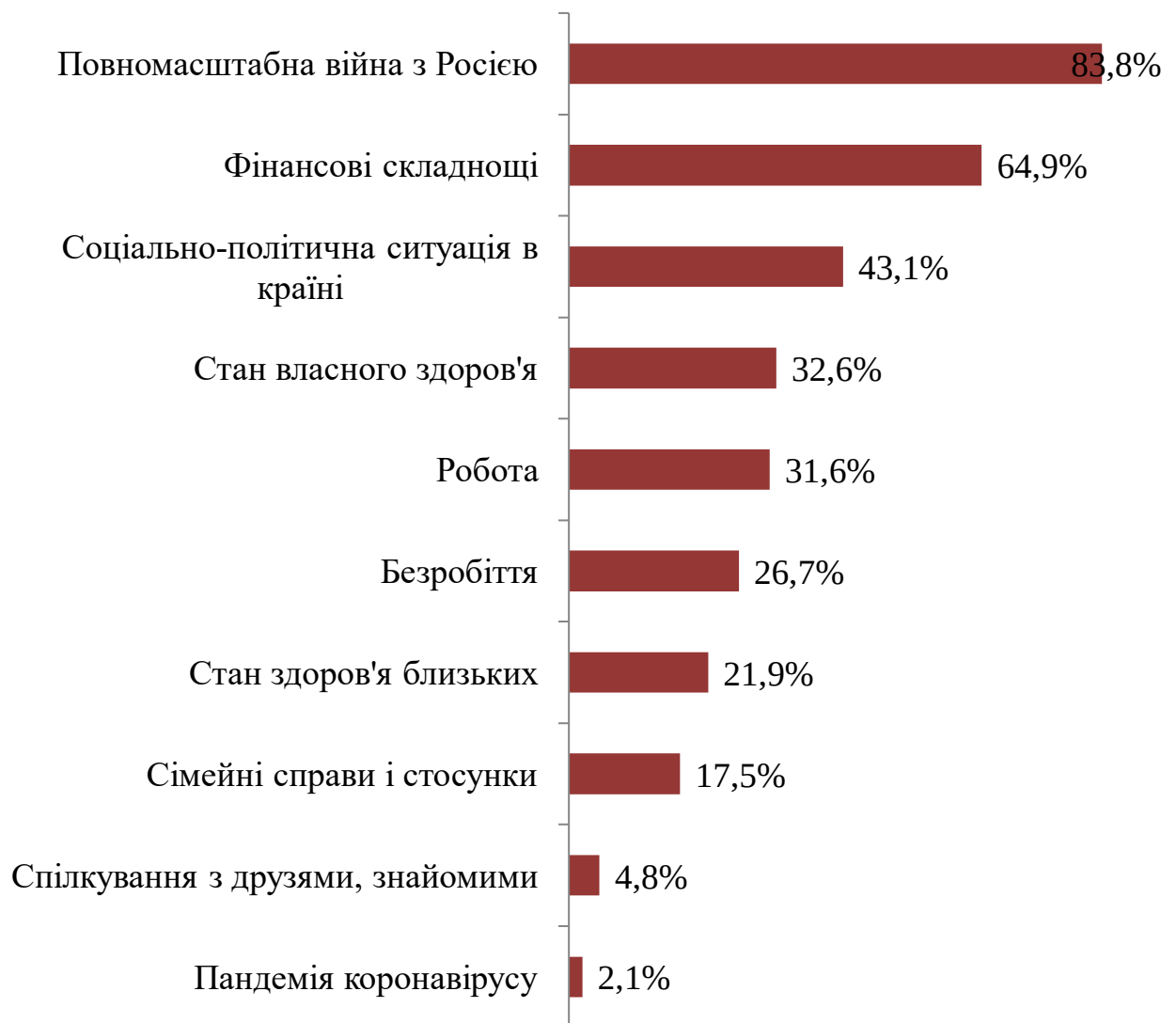


Рис. 2.11. Стресогенні чинники населення України в цілому по вибірці (можна було обрати декілька варіантів)



Рис. 2.12. Стресогенні чинники населення України в залежності від груп опитаних (можна було обрати декілька варіантів)

Як видно з результатів дослідження, війна і фінансово-матеріальні проблеми виступають як найбільш значимими стресогенними чинниками, причому для переселенців закордоном чинник можливості працевлаштування набувають особливого значення.

Отже, як свідчать результати опитування, основним стресогенним чинником є саме війна, інші проблеми виступають як наслідки воєнного стану. Тому було запропоновано визначити ті аспекти війни, які є провідними факторами стресового стану і психоемоційної напруги (рис. 2.14-2.14).



Рис. 2.13. Аспекти війни, які викликають стрес в цілому по вибірці опитаних (можна було обрати декілька варіантів відповідей)

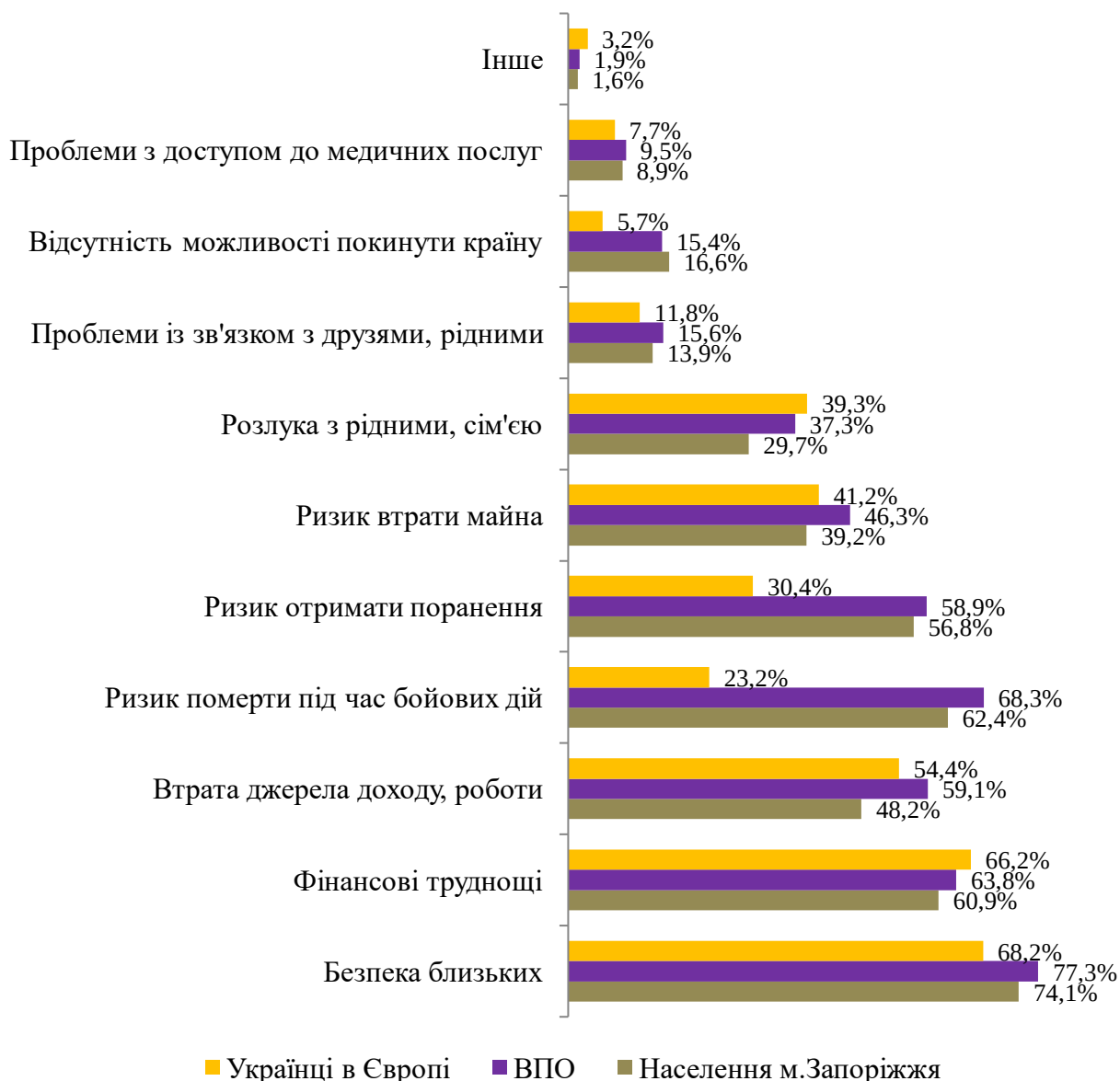


Рис. 2.14. Аспекти війни, які викликають стрес в залежності від груп опитаних (можна було обрати декілька варіантів відповідей)

Серед визначених деструктивних наслідків війни опитані виділи безпекові проблеми і фінансово-матеріальні втрати, причому для ВПО і мешканців прифронтових територій проблеми безпеки (страхи втрати близьких, страхи смерті і поранень) виступають найбільш стересогенними чинниками, в той час як для українських біженців в країнах Європи актуальними наслідками війни є фінансові проблеми, проблеми

працевлаштування і проблеми адаптації до нового соціального середовища, переживання розлуки з рідними.

4. Ресурси психологічного благополуччя відображені у резилієнсі населення. В україномовній літературі з психології та соціальної роботи resilience перекладають як стресостійкість, життєстійкість, життєздатність, стійкість до травми. Ці терміни вживають для позначення ресурсів подолання надзвичайних і стресових подій, психологічних наслідків травматичного стресу, втрати та інших лих. Останнім часом з'являються публікації, в яких використовується такий український переклад поняття «резилієнс», як «пружність», зокрема «психологічна пружність» [67].

В психологічній науці поняття «резилієнс» трактується як пружність – здатність до відновлення попереднього фізичного та психологічного станів. Цей підхід у розумінні роботи з психологічним стресом та психотравмою ґрунтується на Керівництві Міжвідомчого постійного комітету (МПК) Генеральної Асамблеї ООН з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) в умовах надзвичайних ситуацій, що застосовується у світі з 2007 року [26]. В Україні використання концепції ризилієнс підходу розпочалося з 2017 року, у зв'язку з психологічною травматизацією суспільства у через військові дії на території країни [48].

У різних дослідженнях та літературних джерелах пропонують різні варіанти визначення поняття «резилієнс». Найчастіше її визначають як збереження позитивної адаптації попри значний досвід перебування у стресових ситуаціях, гарне відновлення після травми; збереження стану благополуччя (well-being), незважаючи на негаразди; позитивну відповідь на негативні події життя, компетентне функціонування в умовах стресу і незгод; здатність до конструктивного відображення складних подій; здатність долати труднощі [58].

Для визначення показників резилієнс населення України було застосовано дві методики: «Тест життєстійкості» (С.Мадді, у адаптації Д.Леонтьєва) і Опитувальник копінг-стратегій Р.Лазаруса та С.Фолкмана.

На рис. 2.15 представлено усереднені показники життєстійкості, а на рис. 2.16 розподіл опитаних (у %) в залежності від вираженості фактора.

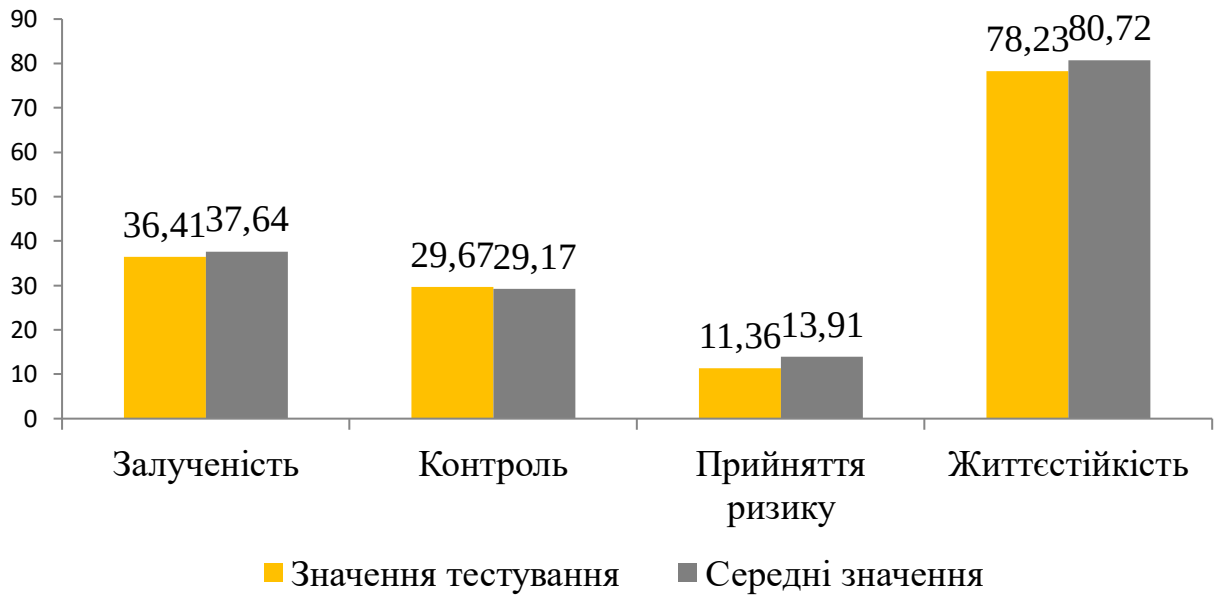


Рис. 2.15. Усереднені показники життєстійкості у опитаних в цілому по вибірці

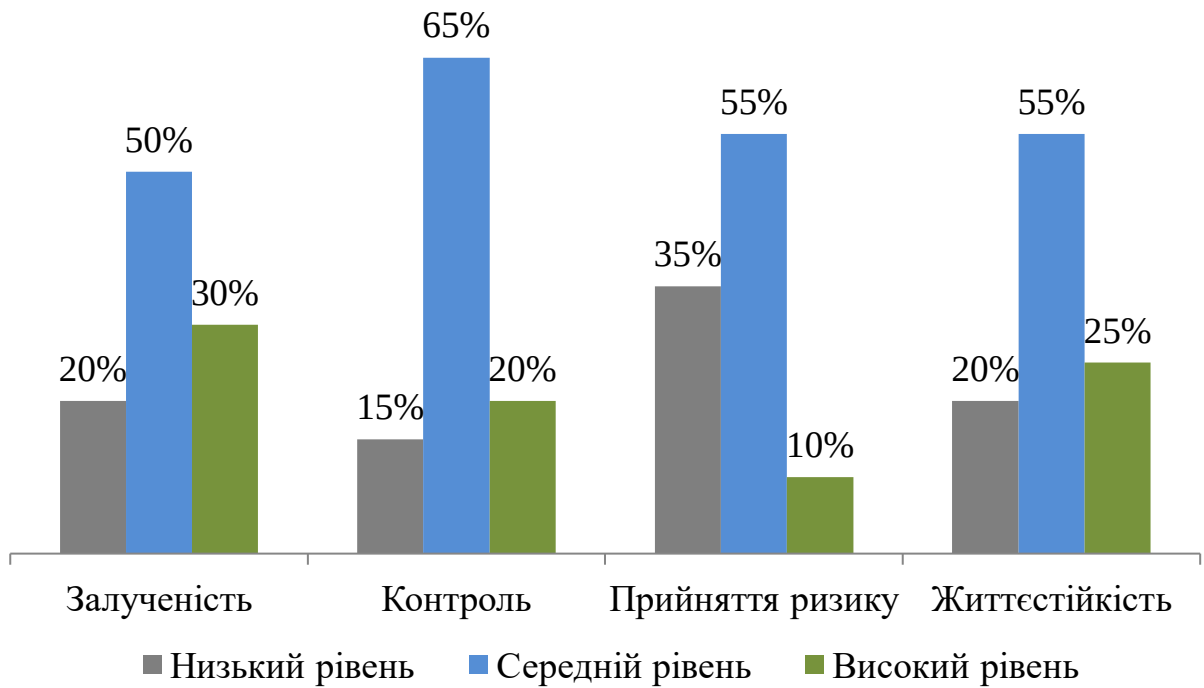


Рис. 2.16. Розподіл опитаних (у %) в залежності від вираженості фактора життєстійкості

Як видно з результатів опитування, показники життєстійкості не відхиляються від стандартних середніх значень, але є деякі розбіжності у розподілі опитаних за рівнем вираженості показників. Так, третина опитаних мають низький рівень прийняття ризику як впевненості вплинути на результат того, що з ними відбувається, що може призводити до посилення відчуття безпорадності (що в умовах війни цілком розповсюджене явище).

Було порівняно показники життєстійкості в залежності від груп опитаних (рис. 2.17).

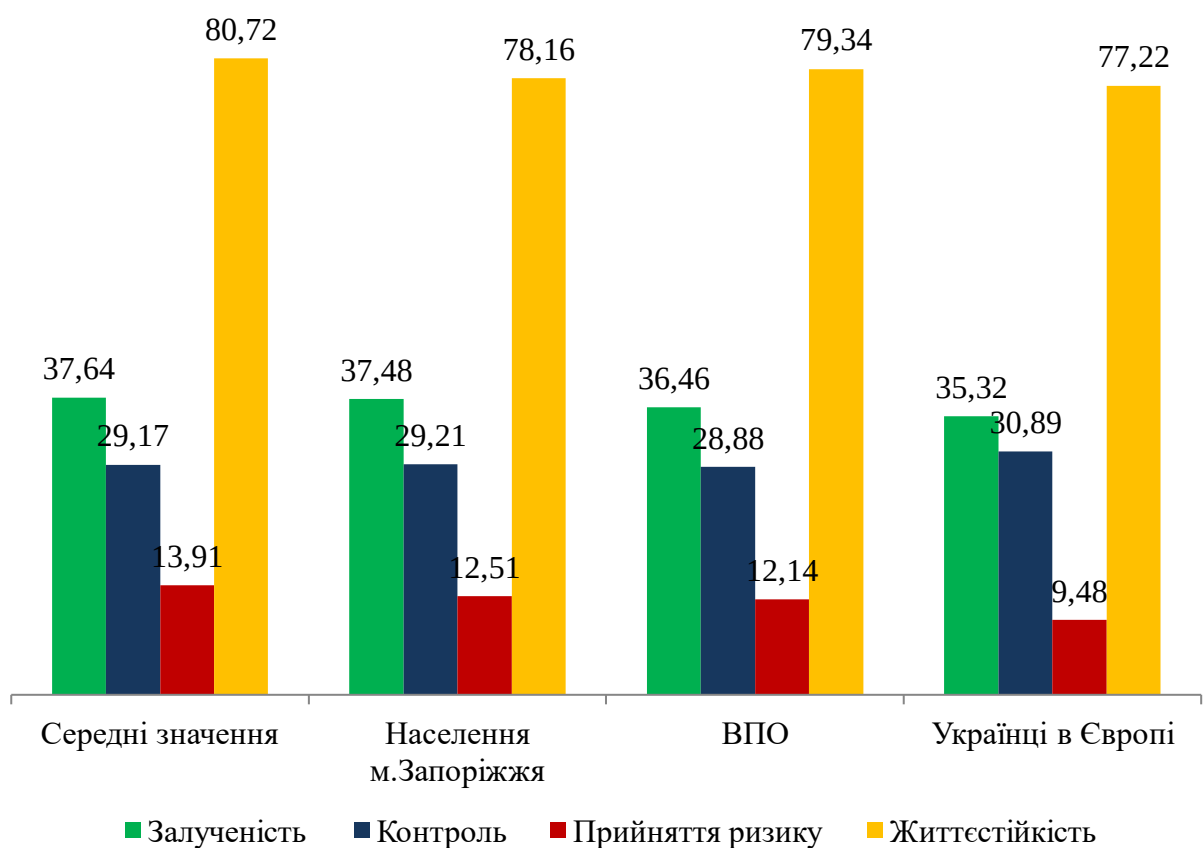


Рис. 2.17. Усереднені показники життєстійкості в залежності від груп опитаних

З представлених результатів тестування видно, що загальний показник життєстійкості більший у ВПО і населення прифронтових територій (м. Запоріжжя), що корелює із таким показником як прийняття ризику, українці за кордоном виявили менші середні значення. В цілому, такий розподіл

пов'язаний з підвищенням рівня резилієнс у ВПО і населення прифронтових територій, які пережили стресовий адаптаційний синдром і відчули (і відчувають) негативні соціальні і психологічні наслідки бойових дій, в той час як українські біженці в країнах Європи переважно не мають такого досвіду і переживають негативні події в інформаційному полі (новини, інтернет, спілкування з друзями і рідними в Україні). Саме тому в цій групі опитаних більший показник контролю за подіями у власному житті.

Однією з складових впливу стресу на психологічні зміни емоційного стану є опанування стресом, що в умовах війни є провідним ресурсом психологічного благополуччя людини. Саме тому вагомого значення надається опановуючій поведінці особистості. При чому, центральним механізмом пружності у ситуації травматичного стресу вважають розвинуті адаптативні копінг-стратегії, тобто психологічні процеси опанування стресом.

С. Нартова-Бочавер [23, с.62] виділяє три підходи до тлумачення поняття «копінг». Згідно з першим, представленим у неопсихоаналізі, копінгамі є Его-процеси, спрямовані на продуктивну адаптацію особистості у нестандартних ситуаціях, натомість психологічні захисти ж не усвідомлюються та призводять до пасивної адаптації (Н. Хаан) [79]. Другий підхід, відображений у роботах G. Billings і R.H. Moos, визначає «копінг» в термінах рис особистості – як відносно постійну схильність відповідати на стресові події певним чином [91]. Однак, оскільки стабільність розглянутих способів дуже рідко підтверджується емпіричними даними, це визначення на тепер не є поширеним у науковому обігу. Відповідно до третього підходу, «копінг» трактується як динамічний процес, специфіка якого визначається не тільки ситуацією, але і стадією розвитку конфлікту, зіткнення суб'єкта із зовнішнім світом (С. Фолкман, Р. Лазарус) [85]. Узагальнивши окреслені підходи, С. Нартова-Бочавер визначає копінг як індивідуальний спосіб взаємодії людини із ситуацією відповідно до її значущості та власних психологічних ресурсів [23, с.62]. Таким чином, копінг-стратегії –

індивідуальний спосіб взаємодії людини із ситуацією, реакції на неї відповідно до її значення та в кореляції із власними психологічними ресурсами.

Отже, ще одним параметром що, визначає резилієнс особистості як ресурс психологічного благополуччя є домінування копінг-стратегій.

Результати досліджень представлені на рис. 2.18 та виражені у відсотках від максимальної кількості балів, що свідчать про високий рівень напруження копінга. Висока напруженість копінга (у діапазоні вище 60%) свідчить про виражену тенденцію до дезадаптації. Знижений рівень копінга (у діапазоні до 30–40%) свідчить про адаптивний варіант копінг-стратегії.



Рис. 2.18. Вираженість копінг-стратегій в опитаних в цілому по вибірці

Найбільший рівень напруженості стратегії «уникнення» (57%) вказує на те, що населення у ситуаціях зіткнення з труднощами схильні реагувати шляхом ігнорування проблеми, фантазуванням, відволіканням, можуть спостерігатися інфантильні форми поведінки в стресових ситуаціях. Наступною за рівнем напруження є стратегія «пошук соціальної підтримки» (56%) спрямовує до пошуку нових ресурсів, потрібної інформації, поради,

співчуття, конкретної дієвої допомоги, орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування їх підтримки та уваги.

Стратегія «самоконтроль» (53%) свідчить про те, що опитані намагаються позбавитись негативних переживань завдяки цілеспрямованому їх придушенню, стримуванню емоцій з метою мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації. Копінг-стратегія «планування розв'язання проблем» (51%) вказує на подолання проблеми завдяки цілеспрямованому аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, особистого та колективного досвіду і наявних ресурсів. Копінг-стратегія «позитивне переосмислення» (50%) свідчить про тенденцію до позитивного переосмислення проблемних ситуацій, знаходження в даних ситуаціях позитивних аспектів та стимулів для особистісного зростання.

Стратегія «дистанціювання» (47%) знаходиться на середньому рівні напруження. З метою подолання негативних переживань опитані знижують суб'єктивну значущість проблемної ситуації, тим самим зменшують ступінь емоційної залученості до неї. Стратегія «конфронтація» (43%) за умови помірного використання забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і заповзятливість під час вирішення проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси.

Найменш напруженими стратегіями опанувальної поведінки у опитаних є «прийняття відповідальності» (31%), тобто цивільне населення на низькому рівні усвідомлюють свою роль у виникненні проблеми, її вирішення та не схильні прогнозувати наслідки прийнятих рішень. Нездатність об'єктивно бачити ситуацію та передбачати варіанти її розгортання може призводити до самокритики, самобичування, переживання почуття провини, незадоволеності собою.

Отже, для населення домінуючими копінг-стратегіями як способами подолання труднощів, стресових ситуацій і відновлення психологічного благополуччя є: уникання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки.

На рис. 2.19 представлено результати тестування за приналежністю до груп опитаних.



Рис. 2.19. Вираженість копінг-стратегій в залежності від груп опитаних

Результати дослідження вказують на деякі особливості застосування допінг-стратегій різними групами населення. Так, для ВПО більш напруженими у порівнянні з іншими групами опитаних копінг-стратегіями є пошук соціальної підтримки (58%), позитивне переосмислення (51%), самоконтроль (54), конфронтація (45%) і прийняття відповідальності (33%), для населення м. Запоріжжя – дистанціювання (47%) і позитивне переосмислення (50%), для українських біженців в країнах Європи – уникання

(59%), самоконтроль (54%), планування розв'язання проблем (53%), дистанціювання (49%).

Для визначення характеру зв'язку між діагностованими параметрами психологічного благополуччя особистості нами був проведений кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнту r_{xy} -Пірсона. У таблиці 2.1 наведено результати кореляційного аналізу показників психологічного благополуччя, копінг-стратегій і життєстійкості.

Таблиця 2.1.

Кореляційні зв'язки складових психологічного благополуччя із життєстійкістю і копінг-стратегіями

	Позитивні взаємини	Автономія	Управління середовищем	Особистісне зростання	Цілі в житті	Само Прийняття
Життєстійкість	0,46	0,35	0,39	0,17	0,26	0,31
Конфронтація	0,05	0,14	-0,16	0,15	-0,06	-0,05
Дистанціювання	-0,09	-0,09	-0,17	-0,07	-0,19	-0,17
Самоконтроль	-0,17	-0,15	-0,15	0,02	-0,02	-0,12
Пошук соціальної підтримки	-0,02	-0,05	-0,18	0,06	0,19	0,02
Прийняття відповідальності	-0,13	0,29	0,36	-0,01	-0,05	0,29
Втеча / уникання	0,27	0,35	0,48	-0,09	0,29	0,36
Планування розв'язання проблем	0,25	0,48	0,38	0,39	0,37	0,47
Позитивне переосмислення	0,27	0,18	0,13	0,32	0,26	0,28

Встановлено, що для досліджуваних з високими показниками психологічного благополуччя характерне переважання копінг-стратегії планування розв'язання проблем, що свідчить про їх здатність до об'єктивації ситуації, прогнозування розвитку її можливих варіантів та аналізу власних внутрішніх ресурсів з урахуванням отриманого попереднього досвіду.

Отримані результати свідчать про те, що досліджувані з високими показниками психологічного благополуччя використовують ефективні копінг-

стратегії – планування розв’язання проблеми та позитивне переосмислення і переоцінку. Такі стратегії внаслідок аналізу ситуацій та власних ресурсів сприяють розвитку особистості, її самовдосконаленню, інтеграції особистісних ресурсів і стилю поведінки, що забезпечує збереження психологічного здоров’я і благополуччя особистості в різних ситуаціях.

Висновки до другого розділу

В другому розділі наведено результати емпіричного дослідження особливостей психоемоційного стану населення України в умовах війни.

1. Для дослідження психоемоційного стану українців в умовах війни було проведено психодіагностичне обстеження через соціальну мережу Facebook. Вибірку опитаних склали мешканцями прифронтового м. Запоріжжя, внутрішньо переміщені особи (ВПО), вимушено переміщені особи з України, які отримали статусу тимчасового захисту в Німеччині і Польщі. Параметрами дослідження визначено: 1) рівень психологічного благополуччя населення; 2) особливості емоційного стану (домінування позитивного чи негативного афекту, самооцінка психічних станів, рівень вираженості депресивних симптомів, ситуативної і особистісної тривожності, домінуючі в настрої населення емоції); 3) оцінка відчуття стресу та причини стресу; 4) ресурси психологічного благополуччя (рівень життєстійкості, домінуючі копінг-стратегії).

2. За результатами діагностичного дослідження виявлено наступне: 1) у всій групі опитаних переважає рівень психологічного благополуччя нижче середнього, причому серед низьких показників більше всього мають такі складові як особистісне зростання, управління середовищем і цілі в житті; 2) результати за Шкалою позитивного та негативного афекту вказують на переважання позитивних емоційних станів українців; 3) найбільший показник психоемоційного стану має тривожність, що виявляється у відчутті тривоги, небезпеки і невпевненості у майбутньому; 4) за методикою Спілбергера серед опитаних переважають низький і середній рівень тривожності, причому у

вимірі ситуативної тривожності 62% опитаних виявляють середній і високий рівні (для ВПО це пов'язано із переживанням невпевненості в майбутньому, песимістичними установками і складнощами в адаптації та інтеграції в новому соціальному середовищі); 5) по всій вибірці опитаних переважають показники відсутності депресивної симптоматики і субдепресивного стану, причому серед українських біженців за кордоном ці показники значно вищі. Симптоми помірної депресії більш за все спостерігаються серед ВПО і мешканців прифронтових територій; 6) основними емоціями, які переважають в настроях громадян України є напруженість, надія і втома; 7) війна і фінансово-матеріальні проблеми виступають як найбільш значимими стресогенними чинниками; 8) серед деструктивних наслідків війни опитані виділи безпекові проблеми і фінансово-матеріальні втрати, причому для ВПО і мешканців прифронтових територій проблеми безпеки виступають найбільш стресогенними чинниками, в той час як для українських біженців в країнах Європи – фінансові проблеми; 9) показники життєстійкості населення України не відхиляються від стандартних середніх значень, але є деякі розбіжності у розподілі опитаних за рівнем вираженості показників – третина опитаних мають низький рівень прийняття ризику як впевненості вплинути на результат того, що з ними відбувається, що може призводити до посилення відчуття безпорадності; 10) домінуючими копінг-стратегіями як способами подолання труднощів, стресових ситуацій і відновлення психологічного благополуччя є: уникання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА З ГАРМОНІЗАЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Сучасні підходи психологічної підтримки населення в умовах воєнного стану

Сьогодні особливої актуальності для України набуває створення ефективної системи подолання негативних психосоціальних наслідків військової агресії, що передбачає врахування соціальних і психологічних проблем, з якими стикається українське суспільство, деструктивний вплив психологічних змін емоційного стану цивільного населення, розробку ефективних моделей психосоціальної допомоги постраждалим, формування інституційної системи допомоги, навчання і професіоналізація кадрів у сфері надання психологічної допомоги різним категоріям постраждалих від війни. Саме тому українське суспільство в найближчі роки потребуватиме збільшення кількості кваліфікованих спеціалістів у сфері надання психологічної допомоги і психосоціальної підтримки, що і впливає на мій професійний вибір в сфері практичної психології і подальшу професіоналізацію в напрямку психологічної роботи з постраждалими від війни.

Незважаючи на те, що надзвичайні ситуації впливають на все населення, особливої підтримки потребують такі групи людей: 1) люди, які перебувають у зоні конфлікту; 2) внутрішньо переміщені особи, біженці, мігранти з неврегульованим статусом, місцеве населення; 3) сім'ї військовослужбовців, учасників збройного конфлікту; 4) військовослужбовці, учасники збройного конфлікту (з інвалідністю, ветерани); 5) діти з травмивним досвідом. Одні з них здатні справлятися з наслідками надзвичайних ситуацій відносно добре, а інші мають більший ризик зазнати негативних психологічних та соціальних впливів.

Реагування на наслідки надзвичайних ситуацій у світовій практиці відбувалося по-різному, що зумовило розвиток двох основних підходів: один із них орієнтується на концепт «травма», тоді як інший – на концепт «резилієнс» (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1.

**Підходи до реагування на наслідки надзвичайних ситуацій:
«травма» vs. «резилієнс»**

«Травма»	«Резилієнс»
Спрямований лише на запобігання, діагностику та лікування ПТСР	Визнає необхідність забезпечити широкий спектр послуг для задоволення різних потреб. Наприклад, сприяння самопомозі та підтримці на рівні громад, надання базової психосоціальної підтримки і послуг у сфері психічного здоров'я. Надання послуг у сфері психічного здоров'я включає в себе широкий спектр проблем, як-от депресія, тривога, ПТСР чи залежність від хімічних речовин
Сфокусований лише на травматичних подіях та ігнорує соціальні стресори	Ідея: більшість людей після надзвичайної ситуації не мають ознак психічної травми
Модель надання послуг сфокусована на патології та стані «жертви»	Визнає низку проблем і стресорів. Визнає, що вирішення проблем, пов'язаних із соціальними стресорами, може допомогти полегшити психологічні проблем
Традиційний підхід, що ґрунтується на вразливості	Розглядає отримувачів послуг у складні часи як активних осіб. Постраждале населення є вразливим, але воно також має і сильні сторони, ресурси, можливості та різні потреб

Щодо першого підходу (орієнтованого на концепт «травма») варто зазначити, що раніше гуманітарні інтервенції для населення, постраждалого внаслідок конфлікту, було зосереджено на задоволенні переважно фізичних і матеріальних потреб [98]. Фахівці виходили з того, що всі люди «травмовані» і потребують психологічної терапії або консультування для відновлення свого благополуччя. З огляду на це зміст роботи фахівців передбачав здійснення скринінгу, виявлення симптомів і консультування, сфокусоване на травмі. Ці послуги надавали фахівці паралельно з наявною системою послуг у громаді, не завжди враховуючи її ресурс для відновлення благополуччя.

Проте численні дослідження довели, що люди швидше відновлюються від впливу надзвичайних ситуацій тоді, коли почуваються в безпеці, мають тісні (родинні) зв'язки, перебувають у спокої; мають доступ до соціальної, фізичної та емоційної підтримки, а також знаходять способи допомогти собі. А основними факторами ризику, що зумовлюють розвиток психічних захворювань, є ті несприятливі умови навколишнього середовища, в які потрапляють люди, та брак підтримки в цьому середовищі. Адекватне реагування на соціальні проблеми, пов'язані з навколишнім середовищем, полегшує деякі психологічні проблеми і запобігає розвитку деяких психічних захворювань. Тому фахівці, які здійснюють заходи з реагування в надзвичайних ситуаціях, дедалі більше уваги приділяють психологічним та соціальним процесам та їхньому взаємозв'язку.

Як зазначає А. Терещук, відповідно до реальних умов бойових дій застосовують програму психологічної допомоги для постраждалих, які переживали наслідки травми. Програма враховує рівні захисної системи людини, а саме: «Фізіологічний рівень, на якому забезпечується адаптація до стресу через автоматичну зміну в діяльності різних систем організму; поведінковий рівень адаптації на основі автоматичної зміни обсягу та характеру загальної моторної активності; рівень психологічного захисту, на якому відбувається автоматична захисна переробка тривожної інформації; рівень копінг-поведінки, на якому адаптація забезпечується завдяки усвідомленню особистістю труднощів, що виникають і способів їх подолання» [57, с.282].

Сьогодні в практичному вимірі психології існує багато терапевтичних підходів з подолання наслідків стресу і стресових розладів в умовах війни, які засновані на тезах про ресурсний і адаптаційний потенціал особистості, усвідомлення власних емоційних і фізичних станів, орієнтованість особи до особистісного і духовного досвіду, відреагуванні негативних і деструктивних емоційних станів через мистецтво, медитацію тощо: 1) підхід резілієнс, в основі якого лежить ідея про підтримку соціальних і внутрішньо

психологічних ресурсів подолання наслідків стресу і травми [48]; 2) підхід майндфулнесс основними положеннями якого є переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів; травма як джерело саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла [23]; 3) адаптаційні практики на основі когнітивно-поведінкової терапії, юнгіанського аналізу та східних медитативних практик; 4) сімейна терапія як робота з сім'ями учасників бойових дій як з одним із найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації і психологічної допомоги військовослужбовцям, які повернулися з війни; надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців; 5) травмофокусована когнітивна поведінкова терапія, що включає в себе: психоосвіту з питань реагування на травматичні події, стратегії управління поведінкою; реструктуризацію понять, пов'язаних з травмою; роботу над емоціями, роботу з травматичними спогадами, які пов'язані з травмою; допомогу в подоланні поведінки уникнення; підтримку у відновленні адаптації [74]; 6) арт-терапія у психологічній роботі з учасниками бойових дій, дітьми із травмічним досвідом, населенням з деокупованих територій, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів, поведінкові розлади і розлади адаптації і багато інших підходів в сфері практичної психології.

Розглянемо деякі з сучасних підходів щодо подолання деструктивного впливу стресу і гармонізації психоемоційного стану постраждалих від війни.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), резилієнс – «це здатність відносно добре справлятися (*to cope*) з важкими ситуаціями, особиста ресурсність» [77, с.8]. Як нами було зазначено, в україномовній психологічній літературі поняття «*resilience*» досить часто перекладається як «психологічна пружність» і «життєстійкість», а в поєднанні з визначенням ВООЗ як «ресурсність», то резилієнс можна визначити як здатність особистості або соціальної групи (спільноти виходячи з визначення ВООЗ, резилієнс можна розуміти як здатність людини або соціальної групи

(спільноти) знижувати деструктивний вплив надзвичайних ситуацій, тобто «пом'якшувати» дію їхніх соціальних та психологічних наслідків через актуалізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів окремих людей, груп, організацій та громад, що дозволяють запобіганню виникнення стресових, емоційних і поведінкових розладів серед постраждалих від кризових та екстремальних ситуацій. Р. Сколовено, аналізуючи феномен резилієнс пропонує таке визначення: «Резилієнс — це динамічне поняття, що описує здатність окремих людей, сімей та груп успішно функціонувати та адаптуватися і справлятися, незважаючи на психологічні, соціологічні, культурні та/або фізичні негаразди» [95, с.3].

В Україні дослідження резилієнс (в т.ч. життестійкості) в багатьох випадках розглядається в розрізі наслідків воєнного конфлікту [48], а в умовах повномасштабної російсько-української війни набули значної актуальності із збільшенням постраждалих від збройної агресії. Терміни життестійкість, життєздатність та стійкість до травми українські вчені вживають поряд з резилієнс для позначення ресурсів подолання надзвичайних і стресових подій, психологічних наслідків травматичного стресу, втрати та інших негараздів. Так, Т. Титаренко у своєму дослідженні психологічного здоров'я особистості в умовах тривалої травматизації зазначає, що важливим напрямком психологічної допомоги постраждалим в надзвичайних і стресогенних ситуаціях є підтримка особистості у переосмисленні емоційно-психологічних переживань, пов'язаних з війною, що сприяє підвищенню життестійкості, здатності до саморегуляції, відновлення цілісності, адаптації до нових умов існування, формування нових смисложиттєвих орієнтирів і прагнень [58].

Отже, підхід резилієнс дозволяє змістити акцент з негативного впливу стресової ситуації та травмування на психічний потенціал і спроможність індивіда впоратися з дією стресора і вийти з позитивними наслідками для здоров'я. З цієї позиції маємо можливість стверджувати про іманентну для особистості здатність до активізації індивідуальних психічних ресурсів і психологічного відновлення, зокрема в особливо критичних умовах.

Сучасні підходи до розгляду резилієнс визначають його як: 1) резилієнс як індивідуальна характеристика (ego-resiliency), риса особистості, що захищає від негараздів життя та запобігає розвитку психічних розладів унаслідок психотравматизації, виявляється як гнучкість, спритність, винахідливість та міцність характеру, а також здатність адаптуватися до функціонування в різних зовнішніх умовах [26]; 2) резилієнс як динамічний процес (вживається термін «резилієнс»), у якому позитивна адаптація відбувається в умовах негараздів. У цьому розумінні резилієнс концептуалізується як безперервний, активний процес появи чи розвитку нових сил і ресурсів адаптації та відновлення, який має нерівномірну динаміку в умовах виникнення нових ризиків [89].

Слід зазначити, що в контексті поняття резилієнс вагомого значення надається опановуючій поведінці особистості. При чому, центральним механізмом пружності у ситуації травматичного стресу і негативного емоційного стану вважають розвинуті адаптативні копінг-стратегії, тобто психологічні процеси опанування стресом.

Ще один сучасний підхід подолання деструктивного впливу стресу є тренінг посттравматичного зростання, які проводиться з особами, які зазнали фізичної та психологічної травми. Посттравматичне зростання корелює із психологічною пружністю, соціальною адаптованістю і позитивними емоціями. Відповідно, у результаті тренінгу відбувається когнітивне переосмислення травми, визначаються її позитивні впливи на світосприйняття людини та будується новий життєвий план. Ключовими темами тренінгу є: переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів; травма як джерело саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла.

Із переосмисленням сенсу життя тісно пов'язане одне із найпопулярніших нині у вітчизняній психотерапії поняття майндфулнесс (Mindfulness). У зв'язку із відсутністю однозначного його перекладу різними мовами, ми проаналізуємо його детальніше.

Фундатор програми зниження стресу шляхом усвідомленості (англ. Mindfulness-Based Stress Reduction), засновник і директор Клініки роботи зі стресом Медичного центру Університету Массачусетсу Дж. Кабат-Зінн (Jon Kabat-Zinn) визначає майндфулнесс як безоціночну обізнаність, що виникає в результаті свідомого спрямування уваги на досвід, що розгортається у даний момент. У своїй праці «Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness» він стверджує: «Майндфулнесс може розглядатися як такий, що триває від одного моменту до іншого, не базована на міркуваннях обізнаність, що створюються завдяки спрямуванню уваги особливим чином: тобто на поточний момент, максимально без емоційно, але щиро» [82, с.135].

Інший дослідник, автор тренінгів асертивності, професор університету Торонто С. Бішоп дав наступне визначення: «Майндфулнесс – це самоскерування уваги на те, щоб вона базувалася на поточному досвіді з метою посилення розпізнавання психічних подій, що мають місце у даний момент ... йому притаманні такі якості як цікавість, відкритість, прийняття» [72, с.237]. Основними принципами психотерапевтичного втручання на основі підходу майндфулнесс є: 1) саморегуляція уваги (здатність бути уважним протягом тривалого часу та володіти навичками самоспостереження, даний аспект використовується як медитативна техніка, коли людина зосереджується на відчуттях власного тіла та на своєму диханні); 2) орієнтованість на досвід (прийняття кожного моменту власного досвіду, під прийняттям мається на увазі відкритість до сприймання реальності у кожний конкретний момент, іншими словами, життя «тут-і-зараз»); 3) часова стабільність і ситуативна специфічність (здатність до саморозвитку при збереженні своїх базових психологічних якостей).

Натепер у контексті майндфулнесс підходу виділено наступні терапевтичні програми: майндфулнесс базоване зниження стресу (MBSR), майндфулнесс базована когнітивна терапія (MBCT), терапія прийняття та відповідальності (ACT), діалектична поведінкова терапія (DBT), деактивація

внутрішньої напруги (MDT), Моріта терапія, Хакомі терапія, адаптаційні практики, майндфулнессрелаксація, модель внутрішньосімейних систем.

Адаптаційні практики – психотерапевтичний напрямок, заснований у 1977 р. британським лікарем, фахівцем із когнітивно-поведінкової терапії, юнгіанського аналізу та східних практик К. Шерлоком (Clive Sherlock). Поєднуючи традиційну медицину і східну філософію (насамперед Буддизм) він у 1975 р. стверджував, що медитація має бути частиною структурованих тренінгових програм для осіб із помірними емоційними та поведінковими проблемами, зокрема тих, хто страждає на біполярний розлад, велику депресію, панічні напади, obsесивно-компульсивний розлад і розлади харчової поведінки. Назвавши свій підхід адаптаційним, К.Шерлок «під адаптацією розумів психологічний процес зміни атитюдів і звичок задля гармонійного пристосування до умов поточних ситуацій. Адаптація сприяє підвищенню мотивації та кооперації з іншими людьми задля досягнення поставлених людиною цілей та виявляється у змінах емоційного, а потім і когнітивного реагування на стресові ситуації. Наприклад, нав'язливі думки, надмірна заклопотаність і румінації негативно впливають на сприймання та пам'ять, вони зумовлені насамперед емоціями, а тому є частиною депресивних, тривожних і стресових розладів» [23, с.207].

Адаптаційні практики починаються із практикування усвідомлення (майндфулнессу). Проте адаптаційні практики працюють із фізичним аспектами основних емоцій, а тому можуть бути рекомендовані особам із вираженою депресією, тривожністю та агресивністю, незалежно від того, практикують вони майндфулнесс чи ні. К. Шерлок порівнював дію адаптаційних практик із регулярним фізичним навантаженням, оскільки під час занять фізичним вправами зростає фізична сила, а під час терапії – сила емоційна. «Чим більш емоційно стабільною є людина, тим краща її резистентність до негативних впливів різноманітних стресів» [23, с.207]. Натепер адаптаційні практики є структурованою програмою самодисципліни.

Заняття проводяться як очно, так і протягом Інтернет-сесій, Скайп і Фейсбук консультування.

Серед багатьох теоретичних і практичних напрямків психологічної особливої уваги заслуговує арт-терапевтичний підхід в роботі як з дорослими, так і з дітьми, який має великий потенціал в сфері психологічної роботи з постраждалими від війни категоріями населення. На теперішній час арт-терапію активно використовують у психолого-реабілітаційній роботі з постраждалими від війни, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів; дітьми з проявами і наслідками психологічної траматизації тощо. Поширення арт-терапевтичного підходу пов'язано з тим, що арт-терапія не має суворих протипоказань і характеризується певними ознаками: сприяє творчому самовираженню; зменшує деструктивний вплив стресу і негативних емоційних станів; активізує здатність до усвідомлення власних внутрішніх переживань, ставлень та образів через їхню візуалізацію, створення метафор, символів (тобто арттерапевтичного продукту); сприяє відновленню конструктивної міжособистісної взаємодії з іншими людьми і підсилює адаптаційні можливості людини; розвиває емпатію тощо.

Науковці по-різному трактують арт-терапію. Найбільш розвинутими школами арт-терапії є Американська і Британська школи. Так, засновниця арт-терапевтичного напрямку в США М. Наумбург характеризує арттерапію як «техніку, що дає змогу людині виражати внутрішньопсихічні конфлікти у візуальній формі і поступово переходити до їх усвідомлення і вербалізації» [6, с.216]. Е. Крамер, художній педагог за освітою, вважає, що арт-терапія «впливає таким чином, що продукт образотворчої діяльності сублімує агресивні тенденції автора й попереджає тим самим їх безпосередній прояв у вчинках» [6, с.216]. Актуальним є підхід М. Лібман [87], яка під поняттям арт-терапії розуміє ефективне використання засобів мистецтва з метою передачі почуттів, що застосовується для зміни структури її світовідчуття. Але в цілому, арт-терапію у наукових працях найчастіше розглядають як особливу

форму психотерапії та інноваційну освітню і реабілітаційну технологію, на основі використання візуального, пластичного мистецтва, що передбачає сукупність методик, які створюють належні умови для лікування і адаптації людини у соціумі.

Серед основних напрямків арт-терапії, які набули найбільшого значення, особливо цінними в психологічній роботі із постраждалими від війни є: малювальна терапія, що спрямована на вираження через малюнок внутрішніх переживань і негативних емоцій; ігрова терапія, яка ефективна при лікуванні психоемоційних розладів, допомагає висловлювати свої конфлікти, переживання і почуття; пісочна терапія як один із методів, що виник у межах аналітичної терапії К. Юнга; спосіб позбавлення від внутрішнього напруження, який суттєво підвищує впевненість людини у собі та відкриває нові шляхи для ефективного розвитку. Значимою перевагою арт-терапії є широке коло і потенціал застосування групових форм терапевтичної роботи як з дорослими, так і з дітьми.

Психотерапевтичні методи лікування потребують від клініцистів досить великого професіоналізму, досвіду та відповідної спеціалізації. Науково доведеним та обґрунтованим методом психотерапевтичного лікування наслідків психоемоційного стресу є травмофокусована, когнітивно-біхевіоральна терапія та десенсибілізація і перероблення травми рухами очей [74].

Травмофокусована когнітивна поведінкова терапія включає в себе: психоосвіту з питань реагування на травматичні події, стратегії управління поведінкою; реструктуризацію понять, пов'язаних з травмою; роботу над емоціями, роботу з травматичними спогадами, які пов'язані з травмою; допомогу в подоланні поведінки уникнення; підтримку у відновленні адаптації. Десенсибілізація і корекція переробки інформації за допомогою руху очей спрямована на виявлення і терапію важких спогадів за допомогою візуальних зображень; формування позитивного мислення [99].

Когнітивна психотерапія дозволяє поєднати роботу з актуальними життєвими труднощами та поведінковими патернами постстресових розладів та роботу з їх внутрішніми психологічними джерелами (глибинними переконаннями та уявленнями). В якості основного психологічного механізму непсихотичних психічних розладів в когнітивній психотерапії розглядається так зване негативне мислення, яке виражається в схильності хворих визначати все, що відбувається з ними в поганому ключі. Робота над таким способом мислення вимагає значної індивідуальної роботи, вона спрямована на розвиток більш оптимістичного та реалістичного погляду на себе, на соціум та на майбутнє [75].

Одним з основних методів роботи, який представляє собою реабілітацію осіб постраждалих внаслідок активних бойових дій є психологічний дебрифінг. Дебрифінг проводиться індивідуально або з групами людей, які зазнали стресової або трагічної події. Бажано, при цьому, щоб люди, які беруть участь в даному процесі (дебрифінгу), пережили одну і ту ж ситуацію. Метою дебрифінгу є мінімізація небажаних психологічних наслідків, а також попередження розвитку ПТСР [76]. Проводиться дебрифінг, як правило, «по гарячих слідах» конкретної події, тобто відразу після закінчення впливу стресора, в формі групової дискусії під керівництвом підготовленого професіонала. Поставлена мета досягається шляхом: опрацювання вражень і емоцій всіх учасників; зменшення тривоги і напруженості кожного, за рахунок промовляння власних почуттів; посилення групової солідарності і згуртованості; підготовки учасників до правильного сприйняття свого подальшого стану і використання різних стратегій психологічної допомоги.

Отже, сучасні терапевтичні підходи з подолання наслідків стресу і стресових розладів засновані на тезах про ресурсний і адаптаційний потенціал особистості, усвідомлення власних емоційних і фізичних станів, орієнтованість особи до особистісного і духовного досвіду. У багатьох психотерапевтичних підходах є інструменти для роботи з психотравматичним досвідом. В деяких підходах є клінічна доказова база (EMDR (десенсибілізація

за допомогою руху очей), КПТ (когнітивно-поведінкова терапія), когнітивно-процесуальна терапія тощо), в інших підходах – статус умовної доказовості, або клінічні дослідження не проводилися. Рекомендуючи консультативний чи психотерапевтичний підхід, потрібно враховувати потреби клієнта, його психологічні особливості, побажання (групова чи індивідуальна робота) і наявний резерв фахівців, що перебувають у зоні доступності клієнта. В цілому, стратегія психотерапевтичної допомоги полягає в: усвідомленні неможливості ігнорування травми та пошуку нових ресурсів, можливостей та здібностей – без ресурсів робота з травмою стає неможливою; вивільнення, усвідомлення й диференціація сильних почуттів – гніву, сорому, жаху та вивільнення тілесної енергії; прийняття себе «нового»; побудова нових когнітивних та поведінкових патернів.

3.2. Програма психологічного тренінгу з гармонізації психоемоційних станів населення в умовах війни: розроблення і аналіз ефективності

Теоретичний аналіз проблеми загострення негативних проявів психоемоційного стану населення в умовах збройних конфліктів, результати діагностичного дослідження емоційних станів українців в умовах повномасштабної російсько-української війни і виділення напрямків психологічної підтримки постраждалих від бойових дій дозволили визначити наступне:

- по-перше, міжнародний досвід дослідження психоемоційних і психосоціальних наслідків збройних конфліктів свідчить про наявність такого феномену як колективна травматизація населення, що в поєднанні із індивідуальною психологічною травматизацією призводить до виникнення пролонгованих форм і проявів емоційних, поведінкових розладів і розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у постраждалих внаслідок бойових дій;

– по-друге, діагностичне дослідження особливостей психоемоційного стану українців виявило зниження рівня психологічного благополуччя населення, посилення рівня тривожності і фрустрації, високий рівень стресу і його наслідків, що підвищують ризик виникнення ПТСР, депресивних і поведінкових розладів, які впливають на мобілізацію адаптивних ресурсів населення;

– по-третє, актуальним напрямком психологічної підтримки українців є робота з негативними емоційними станами на основі сучасних психологічних підходів.

Все це вказує на необхідність розвитку системи психологічної підтримки населення, застосування різних форм і методів кризового втручання, первинної психологічної допомоги, індивідуального консультування, медико-психологічної роботи і, на нашу думку, насамперед, групову форму психологічної роботи з постраждалими від війни – психологічний тренінг з гармонізації психоемоційного стану.

Психологічна практика показує, що на сьогодні групові форми психологічної роботи позначаються широким колом понять, таких як: «групова психотерапія», «психокорекційні групи», «тренінгові групи», «групи активного соціально-психологічного навчання» тощо, тому в сутністно-змістові характеристики психологічного тренінгу вкладають як навчання, тренування, формування навичок спілкування чи поведінки, так і психотерапевтичний вплив на особистість через групову взаємодію. І.Вачков пропонує наступне визначення психологічного тренінгу: «сукупність активних методів практичної психології, які використовуються з метою формування навичок самопізнання і саморозвитку» [64, с.9]. На думку Б.Карвасарського, найбільш повне тлумачення терміна «тренінг представлено в психотерапевтичній енциклопедії: «Тренінг – це сукупність психотерапевтичних, психокорекційних і навчальних методів, спрямованих на розвиток навичок самопізнання і саморегуляції, навчання і між персональної взаємодії, комунікативних і професійних умінь» [64, с.12]. Отже,

психологічний тренінг представляє собою як форму групової психотерапії і психокорекції, так і навчання адаптивним і ефективним формам самопізнання, спілкування і поведінки, причому змістова спрямованість психологічного тренінгу залежить від завдань, групи учасників і психологічних процесів, які найбільше активуються в процесі групової взаємодії.

Особливого розгляду потребує (в контексті даного дослідження) емоційна сфера особистості в груповій психологічній роботі. В. Федорчук виділяє наступні завдання психологічного тренінгу в корекції емоційної сфери особистості клієнта: «1) отримати емоційну підтримку з боку групи і психолога, що призводить до відчуття власної цінності, послаблення захисних механізмів, росту відкритості, активності й спонтанності; 2) пережити в групі ті почуття, які він часто переживає в реальному житті, відтворити ті емоційні ситуації, які були в нього насправді, й з якими раніше він не міг впоратися; 3) пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій; 4) навчитися щирості у ставленні до себе і до інших людей; 5) стати вільнішим у вираженні власних негативних і позитивних почуттів; 6) навчитися точніше розуміти і вербалізувати свої почуття й емоційні стани; 7) розкрити свої проблеми, часто раніше приховані від самого себе або спотворені тим, хто співпереживає; 8) модифікувати спосіб переживань, емоційного реагування, сприйняття себе самого і своїх стосунків з іншими; 9) провести емоційну корекцію своїх стосунків» [64, с.37].

Отже, в умовах воєнного стану і деструктивного впливу війни на емоційну сферу населення, поширення психологічної травматизації постраждалих від активних бойових дій зростає необхідність розроблення і впровадження в практику психологічної допомоги психологічних тренінгів, спрямованих на зниження інтенсивності стресових станів, подолання наслідків психологічної травматизації, відреагування негативних емоцій, мобілізацію внутрішніх адаптивних ресурсів і формування резильєнтності особистості через навчання ефективним копінг-стратегіям, гармонізацію психоемоційного стану в загалі.

Аналіз численної літератури із специфіки надання психологічної допомоги постраждалим в збройних конфліктах дозволив нам розробити програму психологічного тренінгу з гармонізації психоемоційного стану особистості [17; 23; 39; 44; 50; 57; 61; 64] (таблиця 3.2). У програмі тренінгу застосована модель покрокової зміни негативного емоційного стану.

Метою психологічного тренінгу є корекція і гармонізація психоемоційного стану особистості в умовах воєнного стану.

У ході тренінгу вирішуються наступні задачі:

- 1) усвідомлення власних емоційно-психологічних потреб; відреагування негативних емоцій і навчання прийомам регулювання свого емоційного стану, формування адекватної самооцінки;
- 2) подолання деструктивного впливу стресогенних ситуацій на емоційну сферу особистості;
- 3) формування і тренування навичок сенситивного спілкування як здатності усвідомлювати і розуміти почуття і стани людини в процесі міжособистісного спілкування;
- 4) навчання способам цілеспрямованого поведіння, внутрішнього самоконтролю й формування позитивної Я-концепції;
- 5) розвиток резильєнтності особистості, навчання застосування адаптивних і ефективних копінг-стратегій в надзвичайних ситуаціях.

Таблиця 3.2.

Програма психологічного тренінгу з корекції і гармонізації психоемоційного стану особистості в умовах війни

№	Тема	Год.	Зміст
1.	Психокорекція негативних емоційних станів	4	Тренінгові вправи на усвідомлення власних емоційно-психологічних потреб Відреагування негативних емоцій Навчання прийомам регулювання свого емоційного стану Формування адекватної самооцінки

Продовження табл. 3.2.

2.	Психологічна робота з стресовими станами особистості	4	Розуміння стресу та стресового стану і його вплив на емоційну сферу особистості Вивчення технік перетворення негативних думок і емоцій на позитивні Вправи на розвиток навичок зміни способу мислення і емоційного реагування, щоб зменшити негативні думки та почуття Вправи на уміння створення плану дій для управління стресом або вирішення юнаки проблем
3.	Розвиток сенситивності особистості	4	Психогімнастичні вправи, які спрямовані на розвиток здібності розуміння емоційних станів, якостей, властивостей і стосунків людей Практичні вправи, які спрямовані на тренування спостережливості по відношенню до невербальних аспектів спілкування
4.	Формування позитивної Я-концепції	4	Поняття «Я – концепції», її види. Шляхи формування адекватної «Я-концепції» Психогімнастичні вправи, які спрямовані на вміння усвідомлювати різницю між тим, що «я бачу» і своїми інтерпретаціями Розвиток оптимізму та навчання приймати позитивний підхід до життя
5.	Навчання застосування адаптивних і ефективних копінг-стратегій в надзвичайних ситуаціях	4	Поняття «копінг-стратегії» і їх роль в саморегуляції емоційної сфери особистості Вправи на навчання застосування адаптивних і ефективних копінг-стратегій в надзвичайних ситуаціях Розвиток резильєнтності
6.	Завершення тренінгу	1,5	Узагальнення отриманого досвіду учасниками тренінгу Аналіз динаміки формування навичок психологічного відновлення та позитивної життєдіяльності та змін у показниках психоемоційного стану учасників

Джерело: [17; 23; 39; 44; 50; 57; 61; 64]

В психологічному тренінгу з гармонізації психоемоційного стану в умовах війни прийняли участь 10 студентів ЗВО м. Запоріжжя від 19 до 21 року, серед яких 7 дівчат і 3 юнаки. Загальна тривалість психологічного тренінгу – 20 годин (5 занять). Тривалість заняття – 4 години, три рази в тиждень.

Ефективність занять в групі психологічного тренінгу залежить від того, як будуть реалізуватись специфічні принципи [40, с.7-10]: 1) принцип рівності

позицій. Згідно даного принципу кожен член групи, в тому числі і керівник (ведучий), виступають в якості рівноправних учасників, що передбачає партнерські стосунки усіх членів групи, визнання цінності кожного, інтересів та прийняття один одного; 2) принцип активності полягає в обов'язковому включенні в заняття усіх без винятку учасників групи, що дає можливість усвідомлення і корекції емоційних станів учасників групи; 3) принцип зворотного зв'язку передбачає відкрите, аргументоване та конструктивне висловлювання усіх членів групи стосовно різних ситуацій, які виникають із процесі виконання завдань, про зміст і способи вирішення різних проблем, стиль діяльності і спілкування, про порівняння різних типів поведінки; 4) принцип довірливого спілкування в групі; 5) принцип «тут і тепер»; 6) принцип персоніфікації висловлювань, суть якого зводиться до відмови від безособових форм, що допомагають у повсякденному спілкуванні не висловлювати власну позицію, уникати прямого адресування у небажаних випадках; 7) принцип закритості групи або принцип конфіденційності. Комплексна реалізація перерахованих принципів групової роботи дозволяє досягти мети психологічного тренінгу.

Для аналізу ефективності програми психологічного тренінгу з гармонізації психоемоційного стану в умовах війни було проведено констатувальний і контрольний експеримент, який полягав у психодіагностиці емоційного стану учасників до і після проведення психологічного тренінгу за допомогою методик «Самопочуття, активність, настрій (САН)» і «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна».

Тест «САН», назва якого складається з перших букв слів «Самопочуття», «Активність», «Настрій», був розроблений В. Доскіним, Н. Лаврентевою, М. Мірошніковим і В. Шарай і уперше опублікований в 1973 році. «САН» використовується для визначення функціонального стану людини і його змін впродовж певних інтервалів часу (наприклад, робочої зміни, етапів навчання і тренажу або різних періодів соціальної або медичної

реабілітації). «САН» – це бланк, на якому нанесені 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою. Метод дослідження функціонального стану людини полягає у тому, що опитуваному пропонується поставити оцінку своєму стану (оцінити міру вираженості кожної ознаки). Шкала оцінок представлена сімома градаціями. Між парами слів розташовані цифри 3-2-1-0-1-2-3. Завдання опитуваного полягає у тому, щоб вибрати і відмітити цифру, що найбільш точно відображає його стан у момент обстеження. Кожну категорію характеризують 10 пар слів. Десятиразове пред'явлення полярних слів – характеристик однієї і тієї ж категорії дозволяє отримати надійніші дані.

На рис. 3.1 представлено результати опитування (у % загального показника) до і після проведення психологічного тренінгу.

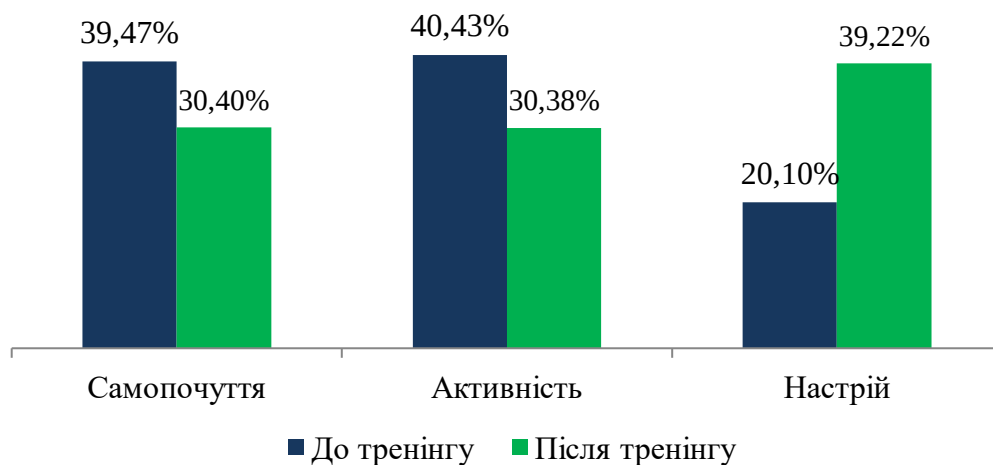


Рис. 3.1. Порівняльний аналіз отриманих результатів до та після проведення психологічного тренінгу за методикою «Самопочуття, активність, настрій (САН)»

За результатами отриманих даних за методикою «Самопочуття, активність, настрій (САН)» (В. Доскін) до та після проведення психологічного тренінгу свідчать про значимість проведеної роботи.

За шкалою «самопочуття» – парний t-критерій за Стьюдентом – 0,207, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 4,813, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,001$. рнабл > ркрит, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$).

За шкалою «активність» – парний t-критерій за Стьюдентом – 0,107, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 7,296, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,001$. $p_{\text{набл}} > p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$), такі показники підтверджують наявність різниці між показниками, саме тому можна вказати, що результати є значимими, так як вірогідність похибки досить низька.

За шкалою «настрій» парний t-критерій за Стьюдентом – 0,51, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 9,993, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,001$. $p_{\text{набл}} < p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значима ($p < 0,001$).

На рис. 3.2 представлено результати діагностики за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна».

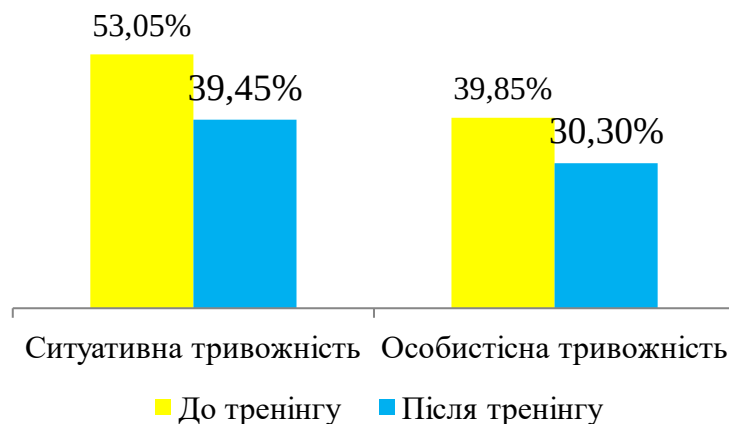


Рис. 3.2. Порівняльний аналіз отриманих результатів до та після проведення психологічного тренінгу за методикою «Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»

Для подальшого дослідження було використано t-критерій Стьюдента/Ст'юдента – загальна назва для класу методів статистичної перевірки гіпотез (статистичних критеріїв), заснованих на порівнянні з розподілом Стьюдента. Найчастіші випадки застосування t-критерію пов'язані з перевіркою рівності середніх значень у двох вибірках. У відсотковому

значені ми маємо такі результати: ситуативна тривожність – 39,85%; особистісна тривожність – 30,30 %. Показники ситуативної та особистісної тривожності змінилися, загальні показники зменшилися – це може свідчити про результативність психологічного тренінгу.

За результатами статистичного аналізу отриманих даних до та після корекційної роботи за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» були отримані наступні результати: парний t-критерій за Стьюдентом за ситуативною тривожністю – 0,142, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 10,259, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,001$. $p_{набл} > p_{крит}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$). Показники за особистісною тривожністю парний t-критерій за Стьюдентом – 0,181, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 2,237, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,01$. $p_{набл} > p_{крит}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$), такі показники підтверджують наявність різниці між показниками, саме тому можна вказати, що результати є значимими, так як вірогідність похибки досить низька.

Відповідно до проведеного психологічного тренінгу з гармонізації психоемоційного стану в умовах війни можна зазначити, що психоемоційний стан учасників тренінгу якісно покращився, за результатами методик дійсно видимі результати, що підтвердженні t-критерієм Стьюдента, результати проведеної роботи є значимими, що дозволяє констатувати достовірність даних. Цьому засвідчують результати проведеного дослідження, на скільки саме змінились показники: 1) ситуативна тривожність – зниження показників на 13,60%; 2) особистісна тривожність – зниження на 9,55%; 3) самопочуття – зниження 9,07%; активність» – зниження 10,05%; настрій – підвищення 19,12%

Отже, гіпотезу дослідження, що впровадження в систему психологічної допомоги постраждалим від війни психологічних тренінгів з корекції і

гармонізації психоемоційного стану особистості сприятиме підвищенню рівня психологічного благополуччя населення і формуванню адаптивних копінг-стратегій в надзвичайних стресогенних ситуаціях підтверджено.

Висновки до третього розділу

В третьому розділі розглянуто сучасні підходи психологічної допомоги постраждалим від збройної агресії і війни, розроблено програму психологічного тренінгу з гармонізації психоемоційного стану цивільних осіб і на основі первинного експериментального дослідження проаналізовано ефективність розробленої тренінгової програми.

1. Розглянуто сучасні психотерапевтичні підходи з психосоціальної підтримки людини в контексті подолання деструктивного впливу війни як стресогенного фактору: 1) підхід резілієнс, в основі якого лежить ідея про підтримку соціальних і внутрішньо-психологічних ресурсів подолання наслідків стресу і травми; 2) підхід майндфулнесс основними положеннями якого є переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів; травма як джерело саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла. Серед основних терапевтичних програм виділяють наступні: майндфулнесс базоване зниження стресу, майндфулнесс базована когнітивна терапія, терапія прийняття та відповідальності, діалектична поведінкова терапія, деактивація внутрішньої напруги, Моріта терапія, Хакомі терапія, майндфулнесс-релаксація, модель внутрішньосімейних систем; 3) адаптаційні практики на основі когнітивно-поведінкової терапії, юнгіанського аналізу та східних медитативних практик; 4) когнітивна травмофокусована терапія, десенсибілізація і перероблення травми рухами очей, дебрифінг; 5) індивідуальна і групова арт-терапія.

2. Доведено, що в умовах воєнного стану і деструктивного впливу війни на емоційну сферу населення, поширення психологічної травматизації постраждалих від активних бойових дій, зростає необхідність розроблення і впровадження в практику психологічної допомоги психологічних тренінгів,

спрямованих на зниження інтенсивності стресових станів, подолання наслідків психологічної травматизації, відреагування негативних емоцій, мобілізацію внутрішніх адаптивних ресурсів і формування резильєнтності особистості через навчання ефективним копінг-стратегіям, гармонізацію психоемоційного стану в загалі.

Розроблено програму психологічного тренінгу корекції і гармонізації психоемоційного стану особистості в умовах війни і проаналізовано її ефективність, яка полягає в позитивних змінах емоційного стану учасників за показниками методик «САН» і «Шкали ситуативної і особистісної тривожності».

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз проблеми психоемоційних станів людини в умовах надзвичайних ситуацій та воєнного стану і результати емпіричного дослідження особливостей психоемоційного стану населення України в умовах війни дозволили узагальнити наступні висновки.

1. Проаналізовано еволюцію і сучасні наукові підходи щодо розуміння причин виникнення, сутності і складових прояву емоцій і емоційних станів особистості: по-перше, доведено взаємозв'язок емоцій і центральної нервової системи людини, а прояв емоцій відображається у нервово-м'язових, респіраторних, серцево-судинних, гормональних та інших тілесних змінах (біологічні і нейрофізіологічні теорії емоцій); по-друге, виявлено взаємозалежність емоцій і когнітивною та мотиваційною сферою особистості (психологічні теорії емоцій); по-третє, емоції як психічні явища представляють собою реакції на зовнішні та внутрішні подразники і відображають ставлення індивіда до інших, себе, навколишнього світу у форми ситуативних або дійових переживань; по-четверте, емоційний стан особистості – це внутрішня емоційна ситуація, зумовлена певними обставинами, умовами; сукупність емоційних ознак, рис, що охоплюють особистість як цілісну систему (когнітивна, перцептивна, поведінкова, соматична складові) і детермінується психосоціальними чинниками.

2. Визначено психологічні особливості переживання стресу і його вплив на психологічні зміни емоційного стану особистості в умовах війни, який пов'язаний із змістовими і процесуальними особливостями стресу: 1) стрес визначається як психофізіологічна та емоційна реакція на ситуації загрози/небезпеки, яка супроводжується емоційно-психологічною напругою і соматичними проявами; 2) переживання стресових ситуацій виявляється в таких психоемоційних станах як: тривога, страх, провина, безвихідність, відчай, гнів і агресія, інтенсивність яких визначається тривалістю дії стресогенного фактору; 3) невід'ємною складовою переживання стресу є

адаптація, копінг і психологічний захист; 4) війна і її психосоціальні наслідки виступають стресором і психотравмуючою ситуацією, які викликають кризові емоційні стани цивільної людини різної інтенсивності в залежності від впливу самої екстремальної ситуації і внутрішніх ресурсів особистості (стресостійкості, резильєнтності, здатності до адаптації).

3. Виокремлено чинники виникнення негативних психоемоційних станів в кризових та екстремальних ситуаціях: раптовість і тривалість травмуючої ситуації; масштаб руйнування після катастрофи, бойових дій; неможливість контролювати своє життя; втрата близьких; фізичні травми, поранення, каліцтво; індивідуально-психологічні властивості особистості, що перешкоджають адаптації до стресової ситуації; втрата майна, роботи, доступу до нормального життєзабезпечення. Серед особливостей розвитку психоемоційного стану населення в умовах війни виділено: 1) підвищення рівня соціальної і психологічної фрустрації; 2) зростання кількості психологічних проблем; 3) порушення психосоматичного здоров'я; 4) зростання ризику виникнення ПТСР, депресивних і поведінкових розладів; 5) збільшення ризику виникнення у дітей стресових розладів внаслідок травматичного досвіду.

4. За результатами психодіагностичного дослідження визначено наступні особливості психоемоційного стану населення:

- переважає рівень психологічного благополуччя нижче середнього, а серед низьких показників більше всього мають такі складові як особистісне зростання, управління середовищем і цілі в житті, причому найнижчі показники серед ВПО і українських біженців за кордоном, що пов'язано із процесами соціально-психологічної адаптації в нових соціокультурних умовах;

- емоційний стан населення України пов'язаний з одного боку із переживанням тривожності, фрустрації, напруженості і депресивності (для ВПО це пов'язано із переживанням невпевненості в майбутньому, песимістичними установками і складнощами в адаптації та інтеграції в новому

соціальному середовищі) та переважанням позитивного афекту з іншого, що може виступати як ресурс оптимістичної спрямованості у майбутнє;

– основними емоціями, які переважають в настроях громадян України є напруженість, надія, втома, гнів, гордість, страх (для українських біженців за кордоном слід відзначити більш оптимістичну і позитивну емоційну спрямованість), що пов'язано із рівнем задоволеності потреб у безпеці і приналежності до схожої соціальної спільноти;

– серед деструктивних наслідків війни найбільший вплив на психоемоційний стан населення мають безпекові проблеми і фінансово-матеріальні втрати, причому для ВПО і мешканців прифронтових територій проблеми безпеки (страхи втрати близьких, страхи смерті і поранень) виступають найбільш стересогенними чинниками, в той час як для українських біженців в країнах Європи актуальними наслідками війни є фінансові проблеми, проблеми працевлаштування; переживання розлуки з рідними;

– загальний показник життєстійкості більший у ВПО і населення прифронтових територій (м. Запоріжжя), що пов'язано із підвищенням рівня резилієнс у ВПО і населення прифронтових територій, які пережили стресовий адаптаційний синдром і відчули (і відчувають) негативні соціальні і психологічні наслідки бойових дій, в той час як українські біженці в країнах Європи переважно не мають такого досвіду і переживають негативні події в інформаційному полі;

– домінуючими копінг-стратегіями як способами подолання труднощів, стресових ситуацій і відновлення психологічного благополуччя є: уникання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки.

5. Розглянуто сучасні терапевтичні підходи з подолання наслідків стресу і стресових розладів, відреагування негативних емоцій і гармонізації психоемоційного стану постраждалих від війни, які засновані на тезах про ресурсний і адаптаційний потенціал особистості, усвідомлення власних емоційних і фізичних станів, орієнтованість особи до особистісного і

духовного досвіду, серед яких найбільшим терапевтичним потенціалом володіють підходи резилієнс і майндфулнесс, арт-терапі, когнітивно-біхевіоральна терапія, десенсибілізація рухами очей, дебрифінг, причому значний терапевтичний ефект досягається завдяки застосуванню групової (тренінгової) форми психологічної роботи.

6. Розроблено програму психологічного тренінгу з корекції і гармонізації психоемоційного стану особистості в умовах війни, яка спрямована на: усвідомлення власних емоційно-психологічних потреб; відреагування негативних емоцій і навчання прийомам регулювання свого емоційного стану, формування адекватної самооцінки; подолання деструктивного впливу стресогенних ситуацій на емоційну сферу особистості; формування і тренування навичок сенситивного спілкування як здатності усвідомлювати і розуміти почуття і стани людини в процесі міжособистісного спілкування; навчання способам цілеспрямованого поведіння, внутрішнього самоконтролю й формування позитивної Я-концепції; розвиток резильєнтності особистості, навчання застосування адаптивних і ефективних копінг-стратегій в надзвичайних ситуаціях. Проаналізовано і доведено ефективність психотренінгової програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Басенко О.М. Особливості переживання підлітками стресових подій воєнних конфліктів: дис. доктора філософії: 053. Київ, 2023. 214 с.
3. Богучарова О.І., Ткаченко Н.В. Копінг-стратегії як фактор «позитивної» адаптації вимушених мігрантів. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: психологія*. 2016. Вип. 22. С.27-36.
4. Борисенко Л.Л., Корват Л.В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. 2022. № 9(14). С. 53-65.
5. Бочкарь Н.П., Дубровська Е.В., Залеська О.В. Соціально-педагогічна і психологічна робота з дітьми у конфліктний і постконфліктний період: методичні рекомендації. Київ: Ла Страда Україна, 2014. 176 с.
6. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ...д.пед.наук: 13.00.05. Хмельницький, Тернопіль, 2018. 559 с.
7. Вайда Т.С. Деструктивні стани як реакції людини на небезпечні фактори в умовах запровадженого правового режиму воєнного стану (на прикладі окупованих територій України, 2022 р.). *Російсько-українська війна (2014-2022): історичні, політичні, культурно-освітні, релігійні, економічні та юридичні аспекти: наукова монографія*. Рига, Латвія: «Baltija Publishing», 2022. С. 1333-1340.
8. Вишневський С.В. Механізми виникнення емоцій, їх види, прояви та стани. *Актуальні напрями психопрофілактичних заходів у закладах вищої освіти*: матеріали І Всеукраїнського круглого столу (ДДУВС, 18.05.2018). С.19-24.

9. Вознесенська О., Сидоркіна М. Арт-терапія у подоланні психічної травми : практ. посіб. Київ: Золоті ворота, 2015. 148 с.
10. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Діагностика, терапія та профілактика медикопсихологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : метод. рек. ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. Харків, 2014. 80 с.
11. Гаврилькевич В., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену. *Психологічні травелогі.* 2023. № 2. С. 41-50.
12. Головська І.Г., Почепцова Д.О. Дослідження та корекція впливу екстремальних умов на емоційну сферу особистості. *Габітус.* 2022. Вип. 38. С. 54-58.
13. Горбунова В.В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій* : зб. статей / Ін-т соц. та політ. психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. Київ: Міленіум, 2015. С. 26–35.
14. Гриневич Є.Г., Маркова М.В., Кожина Г.М., Перший В.С. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів. *Медична психологія.* 2013. № 1 (29). С. 76-82.
15. Грицук О.В. Емоційні стани студентів як метакогнітивне утворення. *Наука і освіта.* 2014. №6. С. 30-34.
16. Грузинська І.М. Комунікативна депривація в умовах дистанційного навчання студентів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки.* 2022. №12. С. 31–39.
17. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) / Байдик В.В. та ін.; заг. ред. В.Г. Панка, І.І. Ткачук. Київ: Ніка-Центр, 2020. 122 с.

18. Гуд Г.О. Емоційна сфера особистості: теоретико-методологічний аспект дослідження. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*. Том. XIV: Методологія і теорія психології. Вип. 1. Київ-Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2018. С. 84-94.

19. Дослідження психологічного стану населення в умовах повномасштабної війни (13.09.2022р.). Інститут соціальної та політичної психології Національної академії педагогічних наук України. URL: <https://ispp.org.ua/2022/09/13/doslidzhennya-psixologichnogo-stanu-naselennya-v-umovakh-povnomasshtabnoii-vijni/>

20. Євдокімова О.О., Нечитайло І.С. Українське суспільство до і після війни. *Особистість, Суспільство, Війна*. Харків, 2022. С. 43-46.

21. Журавльова Л., Хильченко Л. Статева диференціація ознак стресу в умовах війни. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2023. Вип. 21(66). С. 17-25.

22. Журавльова Л.П. Психологія емпатії: монографія. Київ: ЖДУ ім. І.Франка, 2007. 328 с.

23. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

24. Каргіна Н.В. Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості: дисертація канд. психол. наук: 19.00.01. Одеса, 2018. 270 с.

25. Карсаканова С.В. Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф: процес та результати адаптації. *Практична психологія та соціальна робота*. 2011. Вип.1. С. 1– 10.

26. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ: Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 216 с.

27. Кириченко В.В. Особливості копінг-стратегій осіб юнацького та дорослого віку в умовах війни (на матеріалі досліджуваних північно-західного

регіону України). *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2023. Вип. 2. Серія Психологічні науки. С. 19-24.

28. Кісарчук З.Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Київ, 2015. 207 с.

29. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125с.

30. Климчук В.О. Тренінг посттравматичного зростання: методичні рекомендації. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2021. 65 с.

31. Колесніченко О.С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.

32. Корекційно-розвиткова програма формування стійкості до стресу у дітей дошкільного віку та школярів «Безпечний простір»: навчально-методичний посібник. Київ: ГЛПФ Медіа, 2017. 208 с.

33. Лазуренко О.О. Проблема емоційності в психології. *Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. Київ, 2004. Т.VI. Вип. 4. С. 170–176.

34. Лазуренко О.О. Психологічні особливості формування емоційної компетентності майбутнього лікаря: дис. на здобуття наук. ступеня к. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2017. 219 с.

35. Літвякова І.А., Ханецька Н.В. Дослідження впливу емоцій на стан особистості. *Молодий вчений*. 2017. № 11 (51). С. 806-809.

36. Лукашенко М. Ю. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій : зарубіжний досвід. *Юридична психологія*. 2018. № 2. С. 48–58.

37. Луценко О.Л. Втрачена та нова адаптивність: сучасні психологічні особливості, що пов'язані з еволюційним минулим. Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2018. 312 с.

38. Максименко С.Д., Максименко К.С., Папуча М.В. Психологія особистості / за ред. С.Д. Максименка. Київ: ТОВ КММ, 2007. 296 с.
39. Матійків І.М. Тренінг емоційної компетентності: навч.-метод. Посібник. Київ: Педагогічна думка, 2012. 112 с.
40. Мудрик А.Б., Шишкіна Х.Ю. Розвиток лідерських якостей : програма тренінгу. Луцьк, 2013. 120 с.
41. Мушкевич В., Пасічник Л. Психологічні особливості копінг-поведінки військовослужбовців та цивільного населення в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2022. Вип. 40. С. 104–120.
42. Орос М.М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Український медичний часопис*. 2023. №2(154). С. 3-7.
43. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Т. 2. Київ, 2018. 240 с.
44. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Т. 3. Київ, 2018. 236 с.
45. Плєскач Б.В., Уркаєв В.С. Соціально-психологічні аспекти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам. *Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультаційна психологія і психотерапія* : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2017. Вип. 13. С. 74–91.
46. Процик Л.С., Пампура І.І. Психологічні особливості та правовий захист дітей в період збройного конфлікту. *Психологічний журнал*. 2019. № 5(11). С. 253-267.
47. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. Gradus Research Company. URL: [https:// gradus.app/](https://gradus.app/).
48. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навч.-метод. посіб. / Н. Гусак та ін.. ; за заг. ред. Н. Гусак. Київ: НаУКМА, 2017. 92 с.
49. Пфайфер С. Депресія. Хвороба сучасності. Наук. ред. В. Бабич; пер. з нім. О. Кушнікова. Львів: Свічадо, 2017. 87 с.

50. Резильєнтність та практики психологічного відновлення в умовах довготривалої військової агресії: інформаційно-практичний poradник. Освіта і наука в умовах війни. Віртуальний читальний зал освітянина ДНПБ України ім. В. О. Сухомлинського / упорядн. О.Мерзлякова. Київ, 2023. 20 с.

51. Робота з травмами війни. Український досвід : матеріали Першої всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 28–31 берез. 2018 р.) / за наук. ред. Л.А. Найдьонової, О.Л. Вознесенської, В.В. Савінова та ін. Київ, 2018. 170 с.

52. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології. Київ : Кондор, 2005. 280 с.

53. Роменець В.А., Маноха І.П. Історія психології ХХ століття: навч. Посібник. Київ: Либідь, 1998. 992 с.

54. Соколова І.М., Шайхлісламов З.Р., Ладика М.С. Вплив умов бойових дій на психологічний клімат сім'ї. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Т. 33 (72). № 5. С. 54-59.

55. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навч. посіб. / В.В. Горбунова та ін. Львів, 2016. 92 с.

56. Терещук А.Д. Емоційний аспект поведінки особистості в умовах кризових викликів сучасності. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України*. Т. IX, Загальна психологія. Етнічна психологія. Історична психологія. Вип. 9. 2016. С. 506-513.

57. Терещук А.Д. Основні аспекти психологічної допомоги постраждалим внаслідок воєнної травматизації. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія*. 2019. Т. IX. Вип. 12. С. 278-287.

58. Титаренко Т. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації. Монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

59. Титаренко Т.М. Критерії відновлення психологічного здоров'я в умовах довготривалої травматизації. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1 (3). С. 140–150.

60. Титаренко Т.М., Дворник М.С., Климчук В.О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практ. посіб. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

61. Тренінгове заняття «Підтримка психоемоційного здоров'я особистості у стресових ситуаціях воєнного часу». На Урок. URL: <https://naurok.com.ua/treningove-zanyattya-pidtrimka-psihoemociynogo-zdorov-ya-osobistosti-u-stresovih-situaciyah-voennogo-chasu-347841.html>.

62. Трофімов А.Ю., Загурська Е.В. Психологічні особливості емоційно-вольової сфери особистості залежно від професійної спрямованості (на прикладі професії актора). *Психологія і особистість*. 2016. №1(9). С. 264-277.

63. Тюріна В.О., Солохіна Л.О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. *Особистість, Суспільство, Війна*. Харків, 2022. С. 116-118.

64. Федорчук В.М. Тренінг особистісного зростання. навч. посіб. Київ: «Центр учбової літератури», 2014. 250 с.

65. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*. 2022. №4 (150). С. 1-11.

66. Шиліна Н.Є. Проблема емоційного стану біженців та переселенців за умов військового конфлікту в Україні на прикладі студентів 5 курсу. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. №2. Т. 34 (73). С. 30-36.

67. Шклярська О. Психологічна пружність - запорука виживання під час війни. URL: http://www.aratta-ukraine.com/text_ua.php?id=3373.

68. Юрчук Д.О., Миропольцева Н.І. Емоційний стан особистості під час активних воєнних дій. *Габітус*. 2023. Вип. 54. С. 189-193.

69. Basowitz H., Persky H., Korchin Sh., Grinker R. Anxiety and stress: an interdisciplinary study of a life situation. New York: McGraw-Hill, 1955. 243 p.
70. Berkowitz L. Frustrations, appraisals, and aversively stimulated aggression. *Aggressive Behavior*. 1988. Vol.14. P. 3-11.
71. Betancourt T. S. The intergenerational effect of war. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*. 2015. № 72(3). P. 199–200.
72. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004. Vol. 11. P.230–241.
73. Bonanno G.A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive .After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, Issue 1. P. 20.
74. Cahill S.P. Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. *J Cogn Psychother*. 2015. № 17 (2). P. 13-31.
75. Clarke S.B., Rizvi S.L., Resick P.A. Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behav Ther*. 2009. № 39 (1). P. 72-78.
76. Dekel R. Couple forgiveness, self-differentiation and secondary traumatization among wives of former POWs. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2010. № 27(7). P. 924- 937.
77. Facilitator Guide MHPSS in Complex Emergencies Training Course. Psychological First Aid : Training materials. 2016. 22 p.
78. Feldman R., Vengrober A., Eidelman-Rothman M., Zagoory-Sharon O. Stress reactivity in war-exposed young children with and without posttraumatic stress disorder: relations to maternal stress hormones, parenting and child emotionality and regulation. *Development and Psychopathology*. 2013. P. 943–955.
79. Haan N. Coping and defending. Processes of self-environment organization. New York: Academic Press, 1977. 346 p.
80. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11. P. 213-218.

81. Jones F., Bright J., Clow, A. Stress: Myth, Theory, and Research. Harlow : Pearson Education, 2001. 457 p.
82. Kabat-Zinn J. Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness. Hyperion, 2006. 200 p.
83. Kalff D. Sandplay. Boston: Sigo Press, 1980. 324 p.
84. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiat.* 1995. №52. P. 1048–1060.
85. Lazarus R. The stress and coping paradigm. Distorter et al. Models for Clinical Psychopathology, 1981. 652 p.
86. Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill, 1966. 320 p.
87. Liebmann M. Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes, Games and Exercises. Cambridge, MA : Brooklyn Books, 1986. 150 p.
88. Maier N.R.B. Frustration theory: restatement and extension. *Psychological review*. 1956. Vol. 63 (№ 6). P. 370–388.
89. Masten A.S., Best K., Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990. Vol. 2. P. 425-444.
90. Mechanic D. Students Under Stress: A Study in the Social Psychology of Adaptation. New York: The Free Press, 1962. 231 p.
91. Moos R.H., Billings A.G. Conceptualizing and measuring coping resources and coping processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, New York: Free Press, 1982. P. 212–230.
92. Morina N., Hoppen T. H., Priebe S. Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases of depression and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. №11. P. 179-180.
93. Rapaport D. On the psychoanalytic theory of motivation. *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln, NE. : University of Nebraska Press, 1960. P. 173–257.

94. Schkade J.K., Schultz S. Perspectives in Human Occupation. Ch.Brasic Royeen (eds), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 2003. P. 181-221.
95. Scoloveno R. A Concept Analysis of the Phenomenon of Resilience. Simulation Laboratory, Rutgers University Camden 2016:1-5, USA.
96. Selye H. Founder of the stress theory: Singapore Med J. 2018. 260 p.
97. Watson D., Clark L. A., Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988. 54(6), P. 1063–1070.
98. WHO Guidelines on conditions specifically related to stress. World Health Organization, 2013. 273 p.
99. Williams C. M., T. Williams. Family Therapy of Viet Nam Veterans. The Trauma of War. Bd. by S. Sonnenberg. Washington, 1985. pp. 196–199, pp. 206–208.
100. Wolff H. G. Stress and Disease. 2nd ed. Springfield, III: Charles C Tomas 1968. 200 p.