МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0533
спеціальності 053 - Психологія
Дібрівна Світлана Олександрівна
Керівник: Горбань Г.О., д. психол.н.,
професор кафедри психології
Рецензент: Залановська Л.І., к. психол. н.,
доцент кафедри психології

Запоріжжя – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2024 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

_____Дібрівній Світлані Олександрівні_____

Тема роботи: Психологічні стратегії збереження ментального здоров'я в умовах хронічного стресу

керівник роботи Горбань Г.О., д. психол.н., професор кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «24» 09 2024 року № 1446-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукову літературу з питань психологічних стратегій збереження психічного здоров'я в умовах хронічного стресу, зокрема вивчити їхній зв'язок з наслідками стресу, щоб визначити основні підходи та методи, які використовуються в умовах стресових ситуацій; визначити методику дослідження, яка дозволить встановити зв'язок між стратегіями подолання стресу та їхнім впливом на психічне здоров'я; провести емпіричне дослідження спрямоване на аналіз стратегій та рівня прояву наслідків стресу; проаналізувати результати дослідження щодо ефективності різних стратегій подолання стресу.

5. Перелік графічного матеріалу: 8 рисунків, 6 таблиць.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Горбань Г.О., професор		
Розділ 1	Горбань Г.О., професор		
Розділ 2	Горбань Г.О., професор		
Розділ 3	Горбань Г.О., професор		
Висновки	Горбань Г.О., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітки
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-лютий 2024	виконала
2	Робота над вступом	березень 2024	виконала
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2024	виконала
4	Робота над другим розділом	липень 2024	виконала
5	Робота над третім розділом	червень-серпень 2024	виконала
6	Написання висновків	вересень 2024	виконала
7	Попередній захист	жовтень 2024	виконала
8	Нормоконтроль	листопад 2024	виконала

Студент _____ С.О. Дібрівна

Керівник роботи _____ Г.О. Горбань

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Структура кваліфікаційної роботи магістра: 80 сторінок, 8 рисунків, 6 таблиць, 62 джерела, 5 додатків.

Об’єкт дослідження - психологічні стратегії збереження ментального здоров’я.

Предмет дослідження - особливості вибору психологічних стратегій для збереження ментального здоров’я в умовах проживання в прифронтовому місці.

Мета дослідження - проаналізувати психологічні стратегії збереження ментального здоров’я в умовах хронічного стресу, пов’язаного з війною в Україні, оцінити їх ефективність та розробити рекомендації щодо їх застосування.

Гіпотеза: в умовах хронічного стресу жителів прифронтових регіонів існує потреба цілеспрямованої актуалізації проактивних та просоціальних стратегій подолання стресу задля збереження ментального здоров’я.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз наукових публікацій з проблем хронічного стресу, збереження психічного здоров’я; систематизація та узагальнення даних для визначення основних стратегій збереження ментального здоров’я та боротьби зі стресом; емпіричні: опитування, психодіагностичний метод: використання опитувальників, які відповідають завданням дослідження, надійності та достовірності результатів.

Наукова новизна: набули подальшого розвитку підходи до аналізу стресостійкості та ефективного подолання ситуацій, що зумовлені негативними стрес-факторами; визначено ефективність моделі ресурсних копінг-стратегій BASIC Ph у контексті аналізу стратегій збереження ментального здоров’я в умовах хронічного стресу жителями прифронтових регіонів; доведено недостатній рівень задіяння ресурсу фізична активність в складних умовах життєдіяльності прифронтових регіонів; виявлена необхідність організаційного сприяння звернень за психологічною допомогою.

МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ’Я, СТРЕССОСТІЙКІСТЬ, ЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ЕМОЦІЙНА СТАБІЛЬНІСТЬ, СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА, ЕМОЦІЙНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ, ВІЙНА

SUMMARY

Dibrivna S.O. Psychological Strategies for Maintaining Mental Health Under Conditions of Chronic Stress.

Structure of the master's thesis: 105 pages, 8 figures, 6 tables, 62 sources, 5 attachments.

Object of research - psychological strategies for maintaining mental health.

The subject of the study is the peculiarities of choosing psychological strategies for maintaining mental health in the conditions of living in a frontline area.

The purpose of the study is to analyze psychological strategies for preserving mental health in conditions of chronic stress associated with the war in Ukraine, to evaluate their effectiveness and to develop recommendations for their application.

Hypothesis: in the conditions of chronic stress of residents of the frontline regions, there is a need for targeted actualization of proactive and prosocial strategies for coping with stress to preserve mental health.

Objectives of the study:

1. To analyze the scientific literature on psychological strategies for maintaining mental health under chronic stress, in particular to study their relationship with the effects of stress in order to identify the main approaches and methods used in stressful situations.

2. To determine the research methodology that will allow to establish the relationship between coping strategies and their impact on mental health.

3. To conduct an empirical study aimed at analyzing the strategies and the level of manifestation of the effects of stress.

4. Analyze the results of the study on the effectiveness of different coping strategies.

5. Identify effective strategies for coping with stress and develop practical recommendations for a psychological counseling program to overcome stress.

Research methods: theoretical: analysis of scientific publications on the problems of chronic stress, mental health; systematization and generalization of data

to determine the main strategies for maintaining mental health and coping with stress; empirical: survey, psychodiagnostic method: use of questionnaires that meet the objectives of the study, reliability and validity of the results.

Scientific novelty: approaches to the analysis of stress resistance and effective coping with situations caused by negative stress factors have been further developed; the effectiveness of the BASIC Ph resource coping strategies model has been determined in the context of analyzing strategies for maintaining mental health under chronic stress by residents of frontline regions; the insufficient level of use of the physical activity resource in the difficult living conditions of frontline regions has been proved; the need for organizational support for seeking psychological help has been identified.

The results of the study can be used in practice to develop and implement psychological support programs aimed at people in a state of prolonged stress.

MENTAL HEALTH, STRESS RESISTANCE, EMOTIONAL STATE, EMOTIONAL STABILITY, SOCIAL SUPPORT, EMOTIONAL WELL-BEING, WAR

ЗМІСТ

ВСТУП……..8
РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ ТЕОРЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СТРЕСУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я…….……..…..……11
1.1. Теоретико-історичний аналіз досліджень ментального здоров'я……..11
1.2. Психологічні дослідження стресу в сучасній психології…….17
1.3. Особливості впливу стресу на психічне здоров'я……..……...23
1.4. Психологічні стратегії збереження ментального здоров'я…….31
РОЗІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ І ВИБІР МЕТОДИК……..…40
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА СТРАТЕГІЙ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ ЛЮДЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У ПРИФРОНТОВОМУ МІСТІ …….48
3.1. Особливості ресурсних стратегій подолання стресу у людей, що проживають у прифронтовому місті……...……48
3.2. Провідні стратегії подолання стресу у людей, що проживають у прифронтовому місті……..……...51
3.3. Присутність депресивних симптомів у людей, що проживають у прифронтовому місті……..……...54
3.4. Особливості симптоматики ПТСР та хронічного стресу у людей, що проживають у прифронтовому місті……..…..……59
3.5. Значимі стресогенні фактори для людей, що проживають у прифронтовому місті……..……...62
3.6. Зв'язок стратегій подолання стресу із рівнем ментального здоров'я, що проживають у прифронтовому місті……..….....64
ВИСНОВКИ……..…….70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..……...……73
ДОДАТКИ…….…….81

ВСТУП

Актуальність дослідження. 24 лютого 2022 року Росія розпочала повномасштабне вторгнення на територію України, що спричинило глобальні зміни в житті українців. Війна, як екстремальна ситуація, вимагає значно більших ресурсів і енергії для подолання постійної загрози, що спричиняє хронічний стрес. Стрес є складним процесом, який має руйнівний вплив на всі сфери життя людини, змінюючи її життєдіяльність і часто перешкоджаючи нормальному існуванню. Вплив стресу проявляється в зниженій працездатності, порушеннях концентрації, фізичному і психічному виснаженні, підвищеній втомлюваності та ослабленні імунної системи, що може призводити до розвитку серйозних хвороб.

Незважаючи на те, що війна стала викликом для всього українського суспільства, вплив стресу на ментальне здоров'я населення виявляється по-різному в залежності від умов, у яких опинилися люди. Так, українці, які стали біженцями, виїхали за кордон, перебувають в тилових регіонах або на прифронтових територіях, а також ті, хто бере участь в активних бойових діях, переживають різні форми стресу. Це вимагає індивідуальних підходів до дослідження та розробки психологічних стратегій збереження ментального здоров'я.

Актуальність та затребуваність нових підходів до розв'язання проблеми зумовила вибір теми магістерської роботи «Психологічні стратегії збереження ментального здоров'я в умовах хронічного стресу».

Актуальність цієї теми зумовлена необхідністю вивчення психологічних стратегій, які допомагають людям адаптуватися до умов війни, зберігаючи своє психічне благополуччя в умовах хронічного стресу.

Об'єкт дослідження - психологічні стратегії збереження ментального здоров'я.

Предмет дослідження - особливості вибору психологічних стратегій для збереження ментального здоров'я в умовах проживання в прифронтовому місці.

Мета дослідження - проаналізувати психологічні стратегії збереження ментального здоров'я в умовах хронічного стресу, пов'язаного з війною в Україні, оцінити їх ефективність та розробити рекомендації щодо їх застосування.

Гіпотеза: в умовах хронічного стресу жителів прифронтових регіонів існує потреба цілеспрямованої актуалізації проактивних та просоціальних стратегій подолання стресу задля збереження ментального здоров'я.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з питань психологічних стратегій збереження психічного здоров'я в умовах хронічного стресу, зокрема вивчити їхній зв'язок з наслідками стресу, щоб визначити основні підходи та методи, які використовуються в умовах стресових ситуацій.

2. Визначити методику дослідження, яка дозволить встановити зв'язок між стратегіями подолання стресу та їхнім впливом на психічне здоров'я.

3. Провести емпіричне дослідження спрямоване на аналіз стратегій та рівня прояву наслідків стресу.

4. Проаналізувати результати дослідження щодо ефективності різних стратегій подолання стресу.

5. Визначити ефективні стратегії подолання стресу та розробити практичні рекомендації для програми психологічного консультування з подолання стресу.

Методи дослідження: *теоретичні*: аналіз наукових публікацій з проблем хронічного стресу, збереження психічного здоров'я; систематизація та узагальнення даних для визначення основних стратегій збереження ментального здоров'я та боротьби зі стресом; *емпіричні*: опитування, психодіагностичний метод: використання опитувальників, які відповідають завданням дослідження, надійності та достовірності результатів.

Наукова новизна: набули подальшого розвитку підходи до аналізу стресостійкості та ефективного подолання ситуацій, що зумовлені негативними стрес-факторами; визначено ефективність моделі ресурсних копінг-стратегій BASIC Ph у контексті аналізу стратегій збереження ментального здоров'я в

умовах хронічного стресу жителями прифронтових регіонів; доведено недостатній рівень задіяння ресурсу фізична активність в складних умовах життєдіяльності прифронтових регіонів; виявлена необхідність організаційного сприяння звернень за психологічною допомогою.

Практичне значення роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані в практичній діяльності для розробки та впровадження програм психологічної підтримки, орієнтованих на осіб, які перебувають у стані тривалого стресу.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 62 найменувань та додатків на 18 сторінках. Загальний обсяг основного тексту 72 сторінки. Робота містить 8 рисунків, 6 таблиць.

РОЗДІЛ 1
ОСНОВИ ТЕОРЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СТРЕСУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретико-історичний аналіз досліджень ментального здоров'я

В умовах сьогодення важливість проблеми здоров'я є реаліями життя. Здоров'я є найціннішою складовою людського життя, яка зберігає свою значущість протягом усього існування людства.

За визначенням ВОЗ, «здоров'я - це стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, коли людина відчуває себе добре, а не просто відсутність хвороб чи фізичних вад» [48]. У дослідженні І. Галецької, Т.Сосновського [6] доведено, що науковці розглядають здоров'я як здатність людини реалізовувати свої фізичні та психічні можливості в умовах оточуючого середовища. У загальному розумінні здоров'я це динамічний процес, що відображає здатність організму до адаптації та підтримки рівноваги на фізичному, психічному та соціальному рівнях. У сучасному трактуванні здоров'я враховує не лише як фізичний стан, але й здатність людини пристосовуватися до нових умов та підтримувати внутрішню гармонію [42].

Основні критерії здоров'я, за визначенням ВООЗ, дають змогу оцінити фактичний стан здоров'я в конкретній ситуації. До них належать структурна і функціональна цілісність органів і систем організму, здатність людини до адаптації та висока пристосованість до змін у навколишньому середовищі, а також підтримання звичного стану самопочуття в умовах природних і соціальних впливів.

Модель «Суцвіття потенціалів», запропонована В.А. Ананьєвим, яку досліджували І. Галецька, Т. Сосновський [6] ілюструє взаємозв'язки між різними детермінантами здоров'я, які наявні в потенціалах людини. Ця модель допомагає зрозуміти, що здоров'я є багатогранним феноменом, яке залежить від збалансованого розвитку всіх аспектів особистості:

- інтелектуальний аспект здоров’я стосується здатності людини ефективно мислити, вирішувати проблеми, сприймати нову інформацію та адаптуватися до змін у навколишньому середовищі;
- особистісний аспект здоров’я стосується індивідуальних рис характеру, самосвідомості та здатності людини до саморозвитку й саморегуляції;
- емоційний аспект здоров’я стосується здатності людини ефективно управляти своїми емоціями, розуміти та виражати їх, підтримувати емоційну стабільність і гармонію в різних життєвих ситуаціях;
- фізичний аспект здоров’я стосується стану організму людини, його здатності функціонувати належним чином та підтримувати життєдіяльність на оптимальному рівні;
- соціальний аспект здоров’я визначає здатність людини ефективно взаємодіяти з іншими людьми та суспільством загалом;
- творчий аспект здоров’я стосується здатності людини до самовираження, креативного мислення та знаходження нестандартних рішень;
- духовний аспект здоров’я відображає внутрішній стан гармонії, особистих переконань і цінностей людини, які впливають на її світосприйняття, життєву мету та емоційний баланс.

З точки зору психічної складової здоров’я сучасні реалії життя створюють нові виклики та загрози. Дослідження О. А. Федько [48] показують, що навантаження на нервову систему та психіку людей постійно зростає. Науково-технічний прогрес, величезний потік інформації, прискорений темп життя, а також негативні зміни у міжособистісних відносинах та інші несприятливі фактори сучасного світу сприяють підвищенню емоційного напруження. Це, в свою чергу, стає однією з головних причин розвитку різних нервово-психічних та психосоматичних захворювань.

Психічне здоров’я – це важлива складова, що відображає якість психологічного функціонування людини. Розуміння суті, способів підтримки, а також причин порушень і шляхів відновлення психічного здоров’я має велике

значення, оскільки воно тісно пов’язане з нашим загальним уявленням про особистість і її розвиток.

Психічне здоров’я – це стан психіки людини, який характеризується цілісністю та узгодженістю всіх психічних функцій організму. Він забезпечує відчуття комфорту, здатність до свідомої і цілеспрямованої діяльності, а також адекватну поведінку, відповідно до соціальних і культурних норм:

- усвідомлення та відчуття безперервності, стабільності та ідентичності свого фізичного і психічного "Я";
- відчуття стабільності й ідентичності своїх емоцій і переживань у повторюваних ситуаціях;
- критичне ставлення до себе, своєї психічної діяльності та її результатів;
- адекватність психічних реакцій щодо сили й частоти зовнішніх впливів, а також відповідність соціальним обставинам і ситуаціям [6].

Психічне здоров’я – це стан внутрішньої гармонії та благополуччя, для якого людина здатна ефективно долати життєві труднощі, розкрити свої можливості, успішно навчатися, працювати та робити свій внесок у життя суспільства. [49] Перш за все, психічне здоров’я - це здатність і постійне прагнення людини жити в гармонії та любові з собою та навколишнім світом.

Хоча в англійській мові термін «психічне здоров’я» у значенні благополуччя використовувався ще до 20-го століття, як окрема сфера чи дисципліна, саме поняття з’явилося лише в 1946 році. Саме тоді в Нью-Йорку на Міжнародній конференції охорони здоров’я вирішили створити Всесвітню організацію охорони здоров’я (ВООЗ), а в Лондоні заснували Асоціацію психічного здоров’я.

До цього часу використовувався термін «психічна гігієна», який вперше з’явився в 1843 році в книзі «Психічна гігієна або дослідження інтелекту та пристрастей», де розглядався їхній вплив на здоров’я та тривалість життя. Рух за психічну гігієну почав формуватися на початку XX століття, і його витоки можна віднести до роботи Кліффорда Бірса [4]. У 1908 році він опублікував книгу під назвою «Розум, який знайшов себе», в якій згадується про свій

особистий досвід перебування в психіатричних лікарнях. Ця книга мала великий суспільний резонанс і підняла питання про умови, в яких перебували пацієнти з психічними розладами. [4].

К. Бірс заснував рух за психічну гігієну. У 1909 році був створений Національний комітет з психічної гігієни, головною метою якого було гуманізувати ставлення до психічно хворих: усунути жорстокість, байдужість та зневагу, яких зазнавали пацієнти в психіатричних установах. На початкових етапах основна увага приділялась покращенню умов лікування та турботі про пацієнтів із тяжкими психічними розладами. Однак з часом Комітет розширив свою діяльність, включивши до програми роботу з так званими «легкими формами розумової неповносправності» і зосередився на профілактиці психічних захворювань. Це зрушення було обґрунтоване переконанням, що психічні розлади часто починаються в дитинстві або юності, і що профілактичні заходи є найбільш ефективними саме на ранніх етапах життя. Крім того, середовище, в якому росте і розвивається людина, а також її спосіб життя відіграють значну роль у розвитку чи погіршенні психічного здоров’я.

У 1948 році була створена ВООЗ і в тому ж році в Лондоні відбувся перший Міжнародний конгрес з психічного здоров’я. На другій сесії Комітету експертів ВООЗ з питань психічного здоров’я (11-16 вересня 1950 р.) «психічне здоров’я» та «психічна гігієна» були визначені таким чином: Психічна гігієна охоплює всі методи та дії, які сприяють підтримці та покращенню психічного здоров’я. Психічне здоров’я, у своєму разі, є змінним станом, що відрізняється від різних біологічних і соціальних чинників, і стає в здатності людини встановити баланс між своїми інстинктивними бажаннями, будувати гармонійні стосунки з іншими людьми та активно взаємодіяти з навколишнім середовищем. [4].

Дійсно, розмежування між поняттями «психічне здоров’я» та «психіатрія» часто залишається нечітким через їхню взаємозалежність і спільні аспекти. Психіатрія, як медична спеціальність, орієнтована на вивчення, профілактику, діагностику та лікування психічних розладів і захворювань. Психічне здоров’я – це не лише хвороба, але й загальне психологічне

благополуччя, яке включає позитивний емоційний стан, здатність до самореалізації та гармонійні соціальні стосунки. Відтак, психічне здоров'я вистає базисом для психологічного здоров'я. Розглянемо різницю між цими поняттями.

У дослідженнях Костюк Д. та Костюк В. [14] психологічне здоров'я визначається як багатокомпонентна система, яка включає три основні складові: аксіологічний, інструментальний та потребнісно-мотиваційний компоненти. Кожен із цих компонентів виконує важливу роль у формуванні психологічного благополуччя особистості:

1) аксіологічний компонент пов'язаний з цінностями людини, її ставленням до себе та інших. Тобто, тут мова йде про прийняття як власного "Я", так і "Я" інших людей;

2) інструментальний компонент охоплює здатність до рефлексії, тобто самопізнання і розуміння себе у взаємодії з іншими людьми. Інструментальний компонент також включає здатність усвідомлювати причинно-наслідкові зв'язки своєї поведінки і поведінки інших;

3) потребнісно-мотиваційний компонент визначає наявність у людини потреби в саморозвитку. Це означає, що людина стає активним суб'єктом свого життя, бере на себе відповідальність за свій розвиток і стає «автором власної біографії». Вона мотивована постійно вдосконалювати себе і свої здібності.

Важливо зазначити, що всі ці три компоненти взаємопов'язані і динамічно взаємодіють, ці елементи не можуть існувати окремо – вони взаємодоповнюють один одного і знаходяться в безперервній взаємодії, що сприяє підтримці та розвитку психологічного здоров'я людини.

Д. Костюк та В. Костюк [14] пропонують такий узагальнений «портрет» психологічно здорової людини, може виглядати так: психологічно здорова людина – це творча та спонтанна людина, яка радіє життю, весела, є відкритою до нових вражень. Вона вміє висловлювати свої емоції природньо та не боїться бути собою. Така людина вміє приймати саму себе повністю і при цьому визнає цінність і унікальність оточуючих її людей. Психологічно здорова людина усвідомлює, що сама несе відповідальність за свої вчинки та рішення. Вона

вчиться на своєму досвіді, навіть якщо він був негативним, і робить з нього висновки. Її життя наповнене сенсом, навіть якщо вона не завжди чітко його формулює. Вона постійно прагне до саморозвитку і допомагає іншим людям також розвиватися. Вона чудово адаптується до нових умов і здатна швидко підлаштовуватися під зміни. Це дає їй змогу залишатися стійкою навіть у стресових або невизначених обставинах. Вона не боїться майбутнього і довіряє тому, що відбувається. Її внутрішня стабільність дозволяє їй зберігати спокій у ситуаціях, коли немає чіткого плану чи передбачуваності.

Питання норми в контексті психологічного та психічного здоров'я залишається досить складним і не має однозначного тлумачення. Для психічного здоров'я нормою вважається відсутність патології та симптомів, що заважають людині адаптуватися до суспільства. Це підхід, орієнтований на мінімізацію хворобливих станів та порушень, які призводять до проблем в адаптації. Натомість для психологічного здоров'я норма - це присутність певних особистісних якостей, що дозволяють людині не тільки успішно адаптуватися до соціуму, але й розвиватися самій та сприяти розвитку суспільства. Тобто, норма в цьому контексті - це образ особистісного розвитку.

Можна стверджувати, що, психічне здоров'я більше потребує функціонування психіки та її здатності адаптуватися до зовнішніх умов, забезпечуючи ефективну соціальну взаємодію та продуктивну діяльність. У той час як психологічне здоров'я акцентує увагу на внутрішньому відчутті гармонії. Ми погоджуємося з тим, що психічне і психологічне здоров'я - це два взаємопов'язані, але різні поняття. Психічне здоров'я створює основу для психологічного, але не гарантує його. Для досягнення повноцінного життя необхідно дбати про обидва аспекти свого здоров'я.

Отже, вихідним принципом нашого дослідження є твердження, що здоров'я людини - це багатогранне поняття, яке охоплює не лише фізичне благополуччя, а й психічний стан. Психічне здоров'я, як невід'ємна складова загального здоров'я, не лише забезпечує стійкість до стресових ситуацій, але й сприяє розвитку адаптивності, здатності контролювати емоції та позитивно реагувати на життєві виклики. Воно виступає базисом для психологічного

здоров’я, тобто уможливлює розвиток особистості. За умов змін в українському суспільстві особливу важливість набувають питання впливу на психічне та психологічне здоров’я життєвих стратегій, підвищення компетентності, а також збільшення гнучкості та адаптивності соціальної поведінки. Чим більше людина має внутрішніх ресурсів і соціальних можливостей, тим легше їй долати кризові ситуації та знаходити конструктивні рішення, і відповідно, тим ефективніший їх вплив на психічне здоров’я.

1.2. Психологічні дослідження стресу в сучасній психології

За класичною теорією стресу Г. Сельє, яку досліджував О.М. Радченко [42], стрес є станом фізіологічної або психологічної напруги, що виникає під впливом різних факторів (соматичних, інтелектуальних, емоційних, зовнішніх чи внутрішніх, часто їх сукупності), які порушують нормальне функціонування організму та яких організм прагне уникнути.

Сьогодні вважається, що реакція організму на вплив сукупності внутрішніх і зовнішніх факторів не обмежується лише стресовою відповіддю, а є поетапним процесом, у якому формується ряд загальних неспецифічних адаптаційних реакцій. Ці реакції є складовими загального адаптаційного синдрому: стресові реакції, орієнтаційні, спокійної та підвищеної активації, переактивації і неповноцінної адаптації. Адаптаційні реакції поділяються на сприятливі (еустрес) - спокійна та підвищена активація (стрес від позитивних емоцій), і несприятливі (дистрес) - стрес, переактивація та неповноцінна адаптація (стрес від негативних емоцій). Орієнтаційна реакція займає проміжне положення, оскільки може переходити як в еустрес, так і в дистрес. Частота та природа цих адаптаційних реакцій часто визначають клінічні прояви, тривалість і перебіг захворювання, а також впливають на прогноз, хронізацію патологічних процесів та ефективність лікування. Для нормального функціонування психіки на кожен випадок дистресу людині необхідно пережити 3-6 еустресів. Організм здатен справлятися з труднощами двома

основними способами: активною реакцією, або боротьбою, та пасивною реакцією, або втечею від проблем [42].

Сучасні дослідження [10; 39; 42] підтверджують, що стрес – це дійсно комплексна реакція організму на різноманітні подразники, і що важливо розрізняти специфічні та неспецифічні ефекти цих подразників. Однак, відповідно до концепції Шандора Шабо, професора Каліфорнійського університету Ірвайну, та докторанта Ганса Сельє, роботи яких досліджували О.Даниляк, С-А. Маринець, О.Заячківська [10] під впливом тривалого стресу може виникати стан, відомий як «транстрес». Цей стан формується в результаті дії епігенетичних факторів, таких як нездоровий спосіб життя, неправильне харчування, порушення соціальних зв'язків (наприклад, унаслідок міграції). Вони можуть виступати тригерами порушень автономної регуляції, що призводить до складних розладів у системі стресової відповіді та стає патогенетичним фактором багатьох соматичних захворювань, таких як синдром хронічної втоми, ревматоїдний артрит, ожиріння, артеріальна гіпертензія.

Змістовний є аналіз концепцій стресу, які досліджували В.В. Предко та О.О. Сомова [39] дає нам можливість відзначити важливі для нашого дослідження особливості. Так психологічна концепція стресу, що розроблена Річардом Лазарусом, в якій він вперше ввів поняття «емоційного стресу», людина оцінює рівень загрози через когнітивну систему і визначає свої можливості для її подолання. Якщо людина вважає, що її ресурсів недостатньо, виникає стрес. Науковець підкреслював, що емоції є ключовими для адаптації до навколишнього середовища, а когнітивні процеси впливають на якість та інтенсивність емоційних реакцій. Поняття «емоційний стрес» охоплює широкий спектр психічних проявів, що супроводжуються неспецифічними змінами в організмі. Концепція Л.О. Китаєва-Смика цікава тим, що описує поступове наростання стресу під постійним впливом екстремальних факторів. Він виділяє чотири ранги стресу, які з'являються один за одним, якщо стресогенний чинник не вдалося подолати:

1) стрес першого рангу: мобілізація адаптаційних резервів організму, які активуються при раптових екстремальних подіях;

2) стрес другого рангу: активація глибших резервів, що дозволяє ефективніше протидіяти стресогенному чиннику;

3) стрес третього рангу: виникає хворобливий стан - зниження працездатності, підвищена втома, депресивні стани, початок проблем із функціонуванням органів;

4) стрес четвертого рангу: перехід до реальних хвороб. З еволюційної точки зору, це можна пояснити як механізм, що «відсіює» тих, хто не може успішно долати стрес.

Стрес впливає на емоції, розум і тіло, і його можна знімати через будь-яку із цих трьох сфер. Якщо не вдається зняти емоційну напругу, варто спробувати вплинути на іншу сферу. Покращення в одній сфері автоматично сприятиме покращенню загального стану організму.

У дослідженні І. Мельничук [28] доведено, що залежно від прояву симптомів стресових розладів, вчені виділяють п’ять основних структурних компонентів стресу: мотиваційний, емоційний, когнітивний, вегетативний і фізичний.

- емоційний компонент виявляється в пригніченому настрої, плаксивості, роздратованості або загальмованості, дратівливості, невдоволенні, неспокою.
- когнітивні прояви характеризуються невпевненістю та негативним сприйняттям світу, неточністю, частими помилками в роботі, зниженні працездатності, постійній внутрішній напрузі, песимістичності, пригніченості, зниженням самооцінки.
- мотиваційний складник проявляється у пасивності та нездатності приймати самостійні рішення.
- фізичний компонент пов’язаний із втратою апетиту або, навпаки, відчуття постійного голоду, порушеннями сну, головними болями, підвищення артеріального тиску, зростання рівня адреналіну в крові, до порушень уваги та пам’яті, підвищеної втомлюваності, прискорене серцебиття, тремор кінцівок, відчуття апатії, розлади або спазми травної системи та інші фізичні прояви

Детермінанти виникнення стресу дослідниця розділяє на три категорії [28]:

1) об’єктивні чинники, які не залежать від людини. Це включає фактори, як-от ціни, податки, погода та характер людей, що нас оточують;

2) суб’єктивні чинники, на які особистість може і повинна впливати. До них належать необачливі дії та нездатність ефективно управляти власним часом;

3) вигадані події та явища, які людина сама перетворює на проблеми.

Серед причин виникнення стресу варто окремо виділити культурний шок, який є додатковим фактором стресу для українських біженців. Культурний шок - це явище, що виникає при переміщенні людей з одного культурного середовища в інше, викликаючи низку фізичних і психічних симптомів. До них належать прояви стресу, надмірний страх перед незнайомими людьми, а також сильне почуття туги за Батьківщиною [60].

Довготривалий стрес має серйозний негативний вплив на всі системи органів, що веде до складних біохімічних і фізіологічних порушень. Також важливим є поділ стресу на гострий і хронічний. Ця класифікація базується не лише на тривалості дії стресового фактору, а й на тривалості перебування організму в стані незадовільної адаптації. Такий стан виникає на третій стадії виснаження в класичній стресовій реакції, яка може тривати навіть після припинення впливу стресора. За результатами досліджень О. Даніляк, С.-А. Маринець, О. Заячковская [10], критерієм для розмежування гострого та хронічного стресу є рівень кортизолу в крові: він підвищується при гострому стресі та знижується при хронічному.

Отже, виділяють такі категорії стресу:

1) еустрес - це позитивний психофізіологічний стан, який зустрічається у відповідь на стресори, що сприймаються як виклик або можливість для розвитку. Він мобілізує внутрішні ресурси, підвищуючи мотивацію, увагу, когнітивну активність і фізичну витривалість. Еустрес супроводжує активацію симпатичної нервової системи, що сприяє викиду адреналіну й підвищує рівень енергії. На відміну від дистресу, еустрес має

адаптаційний характер і позитивно впливає на продуктивність, сприяє розв'язанню складних завдань і досягненню цілей, а також знижує ризик розвитку;

2) дистрес - це негативний та руйнівний вплив стресу, що зустрічається у відповідь на стресори, які сприймаються як загроза або перевантаження. Відрізняється від еустресу тим, що має шкідливий ефект на фізіологічний та психологічний стан людини. Дистрес порушує баланс між вимогами оточення можливостей та адаптаціями, що часто приводить до зниження працездатності, емоційної виснаженості, тривоги, депресії та навіть розвитку фізичних захворювань. Хронічний дистрес значно знижує здатність ефективно реагувати на нові стреси та може призвести до серйозних психосоматичних порушень, таких як серцево-судинні захворювання, проблеми з імунною ситуацією;

3) реальний стрес – стрес, пов'язаний з реальною небезпекою для людини, наприклад, швидка їзда, агресивна поведінка фанатів або робота на висоті. Наприклад, коли людина їде на великій швидкості, вона піддається реальному стресу, існує реальний ризик аварії. Так само агресивна поведінка фанатів на стадіоні або робота на висоті без належних заходів створюють реальну загрозу для безпеки людини. У таких ситуаціях стресу люди мобілізуються та реагують на небезпеку, активуючи фізіологічні механізми (наприклад, прискорене серцебиття чи підвищену увагу), які допомагають своєчасно зреагувати на стрес. У таких ситуаціях стресова реакція є нормальною і спрямована на захист від поточної загрози. Включаються фізіологічні процеси, що готують організм до дії (реакція «бій або втеча»), допомагають людині ефективно реагувати на небезпеку.

4) фантомний стрес - виникає, коли людина переживає стрес через уявні або деякі загрози, які не обов'язково мають реальне підтвердження. Це стресова реакція на ситуацію, яка лише здається загрозливими, але насправді вони можуть бути збільшеними або навіть вигаданими. Наприклад, страх перед важливою розмовою на роботі, хоча насправді немає жодної реальної загрози, чи тривога щодо майбутніх подій, яких ще немає, але ми передбачаємо їх

негативний розвиток. Такий стрес може виникати через невпевненість у собі, низьку самооцінку або сильну фантазію, що створює хибне відчуття небезпеки. В результаті організм може активувати стресові реакції, навіть якщо ситуація не є реальною загрозою, що призводить до зайвого переживання і напруги;

5) короткостроковий стрес – це тип стресу, який виникає внаслідок повсякденних ситуацій, часто непомітних, але здатних тимчасово вибивати з рівноваги. Це можуть бути дрібні конфлікти (наприклад, сварка з керівником або колегою), незначні неприємності (наприклад, запізнення на роботу, забута річ чи пляма на одязі) або стресові ситуації, які, хоча й не становлять серйозної загрози, можуть збільшити напругу або непокоєння в повсякденному житті (наприклад, важлива зустріч чи вечірка з друзями). Цей стрес не триває довго, і організм швидко адаптується до таких ситуацій, відновлюючи нормальне функціонування. Відновлення після короткострокового стресу відбувається швидко і в ситуації конфлікту не має серйозних наслідків для здоров'я;

6) критичний стрес – це форма стресу, що виникає внаслідок надзвичайних або складних життєвих подій, таких як пережита травма, втрата близької людини, розлучення або зміна роботи. Він має тривалий період адаптації, після чого потребує значних внутрішніх і зовнішніх змін у житті людини. Такий стрес може викликати серйозні психологічні наслідки, такі як депресія, тривожні розлади та труднощі з адаптацією. Зазвичай для подолання критичного стресу необхідна підтримка оточення або допомоги спеціалістів (психологів чи психотерапевтів), а також активне залучення ресурсів особистості, стресостійкості чи навичок управління емоціями;

7) хронічний стрес – це тривалий стан, який виникає під впливом постійних стресових факторів, таких як складна ситуація на роботі, тривалі конфлікти в сім'ї або вплив війни. Для адаптації до таких умов потрібен тривалий час, значні зміни у способі життя, переосмислення ставлення до стрес-факторів, а також професійна допомога. Хронічний стрес може суттєво впливати на фізичне та психічне здоров'я, викликаючи виснаження ресурсів організму та порушення емоційного стану.

Окремо ми маємо зауважити наявність феномену адаптації до стресу, коли виникає звикання до стресу. Час адаптації залежить від багатьох факторів: вродженої стресостійкості, готовності до стресу, рівня небезпеки (реальної та фантомної) тощо. Отже, можуть розвинутись апатія та депресія, а стрес може перейти в хронічну форму:

- нормований стрес – стрес, до якого ми загалом адаптувались і який не викликає значних переживань.
- понаднормований стрес – стрес, який перевищує межі нашої адаптованості.

Отже, можна визначити, що стрес є складним і багатогранним явищем, яке включає різні аспекти. Хоча існує чітке розрізнення між позитивними (еустрес) та негативними (дистрес) формами стресу, важливо розуміти, що кожна особистість реагує на стресові чинники індивідуально. Нездатність організму адаптуватися до стресу може призводити до хронічних форм стресу, які мають негативний вплив на загальний стан здоров'я людини, викликаючи широкий спектр фізіологічних розладів.

Кожна з фаз стресу – тривога, резистентність і виснаження – демонструє різні стадії реакції на подразник. Хоча короткостроковий стрес може стимулювати мобілізацію сил, тривалий чи хронічний стрес без належної адаптації може призводити до серйозних фізичних та психічних наслідків, що потребують втручання фахівців.

1.3. Особливості впливу стресу на психічне здоров'я

Фактичну або уявну загрозу для організму називають «стресором», а реакцію на неї — «стресовою реакцією». Попри те, що ці реакції є важливими для адаптації та виживання, у дослідженні Н. Шнайдерман, Г. Айронсон, Скотт Д. Сігел доведено, що Ганс Сельє виявив: надмірний або тривалий стрес може спричинити пошкодження тканин і розвиток хвороб, підкреслюючи небезпеку стресу для здоров'я [12].

Коли людина стикається з потенційною загрозою, її організм запускає складну систему реакцій, спрямованих на забезпечення виживання. Ці реакції не є хаотичними, а скоріше представляють собою скоординовані відповіді тіла на стрес. Центральна нервова система (ЦНС) людини, як центральний командний пункт, інтегрує різноманітні сигнали про загрозу і формує єдину, цілісну реакцію. Ця реакція може бути спрямована на активну боротьбу з загрозою або на уникнення її. Якщо організм оцінює ситуацію як таку, що вимагає активної дії, то спостерігається підвищення активності симпатичної нервової системи. Серце починає битися частіше, м'язи напружуються, виділяються гормони стресу, які мобілізують всі ресурси організму для боротьби або втечі. Це класична реакція «боротьба або втеча», описана канадським фізіологом Уолтером Кенноном. [12].

Однак, якщо активна дія неможлива або недоцільна, організм може перейти в режим пильності. У такому стані також спостерігається підвищення активності симпатичної нервової системи, але при цьому рухи гальмуються, а кров перерозподіляється таким чином, щоб забезпечити максимальну готовність до дії. Реакція гормонів на стрес активує миттєвий викид серотоніну й адреналіну, що запускає каскад стресових гормонів. Вони впливають на ділянки мозку, відповідальні за пам'ять і регуляцію емоцій, що пояснює, чому хронічний стрес може призвести до психічних розладів.

Всі ці фізичні симптоми можуть призводити до подальшого збільшення рівня стресу.

Короткочасний стрес проявляється фізичними реакціями, такими як прискорене серцебиття, ускладнене дихання та підвищення артеріального тиску. Однак емоційні наслідки тривалого стресу є особливо небезпечними.

Довготривалий стрес здатен викликати депресію, роздратування, агресію, гнів, афективні стани, посилити тривожність і надати емоційному фону песимістичного забарвлення. Довготривалий стрес негативно впливає на організм і спричиняє комплексні біохімічні та фізіологічні зміни. У дослідженні В.В. Предко та О.О. Сомової [42] проведено аналіз класифікації проявів стресу

за Ю.В. Щербатих. Ці прояви можна умовно розділити на чотири групи: поведінкові, емоційні, інтелектуальні та фізіологічні.

Поведінкові ознаки стресу включають психомоторні порушення, проблеми з соціальними ролями, професійні труднощі та зміни способу життя. До психомоторних порушень відносять м'язову напругу, тремор, дрижання голосу та уповільнення реакцій.

Емоційні ознаки стресу включають постійне відчуття тривоги та занепокоєння, які виникають без явної причини або через незначні обставини, дратівливість та роздратованість, підвищена емоційна чутливість, зміни настрою, які проявляються відчуттями пригніченості, суму, іноді перепадами між різними емоціями. Також сюди можна віднести проблеми із самооцінкою, коли стрес може призводити до сумнівів у власних силах, зниження впевненості.

Інтелектуальні наслідки стресу виявляються у вигляді погіршення уваги й пам'яті. Це може включати труднощі з концентрацією, звуження поля уваги, проблеми з короткочасною пам'яттю та відтворенням інформації. Стрес також впливає на мислення, викликаючи розгубленість, складнощі з прийняттям рішень і зниження креативності.

Фізіологічні наслідки тривалого стресу включають зниження імунітету, втрату або набір ваги, проблеми з травленням і метаболізмом, а також зниження лібідо.

Стрес може значно погіршити здоров'я, зокрема сприяти збільшенню кількості курців, частішому вживанню психоактивних речовин, розладам сну, харчовій поведінці та підвищеному ризику нещасних випадків. Особи, які перебувають у стресових умовах, наприклад, у регіонах із військовими конфліктами, високим рівнем розлучень, економічними кризами чи стихійними лихами, частіше палять і мають вищий ризик смертності від раку легенів або захворювань дихальної системи. Також стрес і життєві негаразди можуть призвести до збільшення вживання алкоголю, який часто вимагається для зменшення тривоги. Наприклад, дослідження за участю 3021 підлітка та молоді показало, що ті, хто є основним від тривожних розладів, таких як соціальна

фобія чи панічні атаки, мають вищий ризик розвитку залежності від психоактивних речовин протягом наступних чотирьох років [23].

Стресові умови життя також пов’язані зі збільшенням смертності і з початком розвитку булімії. Інша розширена проблема, пов’язана зі стресом, - це порушення сну, яке часто виникає після психологічних травм. Наприклад, дослідження жертви урагану Ендрю показало, що нові проблеми зі сном послаблюють симптоми посттравматичного стресу та знижують активність клітин імунної системи.

Тривалий вплив інтенсивних і хронічних стресорів під час розвитку дитини має серйозні нейробіологічні наслідки. Це ризик розвитку тривожних розладів, порушення настрою, проблем з агресією та самоконтролем, а також знижує імунну функцію. Крім того, це може призвести до медичних захворювань, змін у структурі центральної нервової системи та навіть ранньої смерті. Стрес має значний психологічний вплив, особливо коли триває довго. Хронічний стрес може підвищувати ризик розвитку тривоги й депресії. Тривале перебування в стресових умовах, наприклад, під час догляду за хворими, нерідко приводить до емоційного виснаження та депресії.

Важливо досліджувати чинники стресу, особливо ті, що впливають на психічне здоров’я людей. Психологічні аспекти стресу охоплюють важливі стресори в дитинстві та підлітковому віці, які можуть мати значні психологічні наслідки. Одним із найбільш досліджуваних стресорів є насильство, жорстоке поводження (сексуальне, фізичне, емоційне або нехтування) та сімейні конфлікти, такі як розлучення. Науковці С.Д. МакМахон, К.Е. Грант, Б.Е.Компас, А.Е. Турм, С. Ай в своїй праці «Стрес і психопатологія у дітей і підлітків: чи є докази специфічності?» [24] досліджують ці психологічні наслідки.

Жорстоке поводження з дітьми може призвести до порушення регуляції емоцій, провокаційної поведінки, труднощів у встановлені близьких стосунках і проблем із прихильністю. Ті, хто пережив сексуальне насильство в дитинстві, традиційно мають вищий рівень загального дистресу та психологічних

розладів, зокрема розладів особистості. Жорстоке поводження також пов’язане з негативними поглядами на навчання та низьку успішність у школі. [27].

Діти з розлучених сімей частіше демонструють антисоціальну поведінку, підвищений рівень тривожності та депресії порівняно з їх однолітками [23]. У дорослому віці нащадки розлучених батьків, як правило, переживають вищий рівень життєвого стресу, частіше стикаються з сімейними конфліктами та відчувають нестачу підтримки з боку друзів, порівняно з тими, чиї батьки не розлучилися [23].

Нарешті, несприятливе середовище може збільшити навчену безпорадність , коли людина втрачає віру у свої можливості контролювати ситуацію, що призвела до відчуття безсилля [37].

Я. Шоу [61] аналізував дослідження та з’ясував, що війна та тероризм у дитинстві мають значний вплив на психічне здоров’я. Більшість дітей, які постраждали від таких подій, переживають серйозну психологічну травму, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і симптоми депресії. Наприклад, дослідження Надер та ін. [31] виявило, що 70% кувейтських дітей мали симптоми ПТСР від легкого до важкого ступеня після війни в Перській затоці. Деякі наслідки можуть бути тривалими: дослідження Macksound & Aber [26] у 1996 показало, що через 10 років після пережитої війни 43% ліванських дітей все ще проявлялися симптоми посттравматичного стресу.

Аналіз досліджень свідчить, що можна виокремити характеристики ситуацій, що пов’язані з більш інтенсивною реакцією на стрес. До них належать інтенсивність чи тяжкість стресора, можливість контролювати його, а також особливості, що впливають на характер когнітивних реакцій або оцінок. такі аспекти життєвих подій, як втрата, приниження та небезпека, асоціюються з розвитком великої депресії та генералізованої тривоги [20]. Фактори, які сприяють появі симптомів посттравматичного стресового розладу та інших психічних розладів, включають травму, втрату майна, виснаження ресурсів, тяжку втрату та явну загрозу життю [21].

Відновлення після стресових подій також може ускладнюватися вторинною травматизацією. Дослідження показують, що комбінація кількох стресових факторів діє сильніше, ніж один фактор. Таке поєднання наочно ілюструють приклади таких досліджень [13, 16, 17]. Доведено, що, у робочих умовах нестача часу в поєднанні з відчуттям загрози або високі вимоги при низькому рівні контролю. Також дослідження показують, що більшість людей, які мають симптоми ПТСР відразу після травми, з часом відновлюються, одужують та не мають ПТСР. За даними [25], близько 25% людей, які пережили травматичні події, розвивають ПТСР. Загальні опитування показують, що ПТСР зачіпає приблизно одного з 12 дорослих протягом їхнього життя. Травматичні події також часто пов’язані з депресією, іншими тривожними розладами, когнітивними порушеннями та зловживанням психоактивними речовинами [52].

Відтак можна говорити, що у людей є особливості реагування на гострий та хронічний стрес. Наша нервова система здатна адаптуватися до різних ситуацій, змінюючи свої реакції. Тенденції організму реагувати на різноманітні стресори, подібні або типові моделі стресових реакцій описує «стереотип відповіді» [21]. Це означає, що незалежно від природи стресора (наприклад, фізичний, душевний або психологічний стрес), організм демонструє одну й ту ж фізіологічну реакцію. Такі реакції можуть включати підвищення частоти серцевих скорочень, підвищення рівня гормонів стресу, таких як кортизол або адреналін, і активацію нервової системи.

Реакція на стрес та його наслідки значною мірою залежать від особистих факторів і впливу навколишнього середовища. До особистих факторів ризику розвитку депресії, тривожних розладів або посттравматичного стресового розладу після важких життєвих подій, катастрофи або травми відносяться попередній досвід психічних захворювань, високий рівень невротизму, жіноча стать та інші соціально-демографічні зміни [25]. Є також дані, що зв’язок між особистісними рисами і середовищем, яке спричиняє труднощі, може бути двостороннім [11]. Наприклад, високий рівень емоційності та реактивності

часто супроводжується поганими міжособистісними стосунками й підвищеною вразливістю до стресових подій.

Захисні фактори включають здатність долати труднощі, наявність ресурсів (таких як соціальна підтримка, висока самооцінка, оптимізм) та пошук сенсу. Дослідження [52] показали, що люди із соціальною підтримкою мають кращий психологічний стан після катастрофи чи інфаркту. Прюсснер та ін. [40] показали, що люди з високою самооцінкою мають кращу продуктивність і нижчий рівень кортизолу під час гострого стресу. Надання сенсу подій також знижує ризик розвитку ПСР; наприклад, політичні активісти, які пережили тортури в Туреччині, мали нижчий рівень ПТСР, ніж ті, хто зазнав тортур без ідеологічних переконань [3].

Головною рисою у цьому випадку є здатність протистояти стресу, або життєстійкість (*hardiness*). Це важлива риса особистості, що підтримує здатність долати труднощі за допомогою конструктивних стратегій. Вона дозволяє перетворювати травмувальні події на можливості для розвитку. Життєстійкість характеризується залученістю, емоційною саморегуляцією та вмінням знаходити позитивні можливості у будь-яких обставинах. Ця риса допомагає підтримувати баланс і стабільність під час адаптації до складних умов, сприяючи гармонійному і повноцінному життю.

Згідно з теорією Сальваторе Мадді, яку досліджували В.В. Предко та О.О.Сомова [39], життєстійкість складається з трьох основних компонентів: залученість (активність, ініціативність і зацікавленість навколишнім світом), контроль (здатність розпізнавати, усвідомлювати та регулювати власні емоційні реакції), виклик (уміння знаходити позитивний сенс у неприємних подіях і витягувати з них досвід).

Життєстійкість сприяє швидкому відновленню після труднощів і слугує джерелом психічної сили, що допомагає людині впоратися зі стресом завдяки конструктивним копінг-стратегіям. Вона також передбачає здатність приймати труднощі як невіддільну частину життя, залишаючись відкритою до нових змін і досвіду.

Люди з високою життєстійкістю не уникають складних емоцій, таких як тривога або горе, але вони зазвичай застосовують ефективні стратегії подолання труднощів, які дозволяють їм розвиватися та здобувати новий досвід. Людська здатність переосмислювати та аналізувати свій особистий досвід дозволяє проявляти життєстійкість. Відтак, навіть попри негативні наслідки війни, переоцінка пережитого досвіду може допомогти подолати виклики й реалізувати внутрішній потенціал.

Особливо важливе питання сьогодення в Україні це вплив стресу на психічне здоров'я військових, також людей які проживають в безпосередній близькості від фронту або є внутрішньо-переміщеними особами. Усвідомлення цього впливу має критичне значення для розробки програм підтримки та втручання. Зокрема, С.О. Мащак та М.Б. Вихор [21] у своєму дослідженні провели кореляційний аналіз, який вивчав взаємозв'язок між стресом і такими показниками психічного здоров'я, як депресія, агресія і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що може допомогти створити ефективні системи підтримки людей, які проживають у прифронтовому місці.

За підсумками аналізу особливостей впливу стресу на психічне здоров'я можна відзначити, що стрес відіграє дуже важливу роль у житті кожної людини, впливаючи як на фізіологічне, так і на психічне благополуччя. У помірних кількостях він може стимулювати особистий розвиток, активізувати захисні ресурси та сприяти адаптації до нових умов. Проте тривалий або надмірний стрес здатен викликати порушення емоційної стабільності, зниження когнітивних функцій та погіршення загального психічного стану. Він часто стає причиною депресії, підвищеної тривожності, агресивності й навіть психосоматичних розладів. Стрес також ускладнює здатність контролювати емоції та негативні думки, підвищуючи ризик розвитку хронічної тривожності, депресії та інших серйозних психічних проблем. Подолання стресу та його наслідків залежить від багатьох факторів, одним з головних виступає особистість, а її головною характеристикою є життєстійкість. Тому важливим є дослідження життєстійкості, методів подолання стресу та підтримки психічного здоров'я, оскільки тільки завдяки правильним стратегіям людина може

зберігати баланс і підтримувати якісне життя навіть в умовах сильного стресового впливу.

1.4. Психологічні стратегії збереження ментального здоров'я.

Різні способі боротьби зі стресом називаються «стилями подолання» [25]. Вони являють собою набір відносно стабільних рис, визначаючих поведінку людини у відповідь на стрес. Як правило вони достатньо послідовні з часом і в різноманітних випадках та ситуаціях. Те, що робить людина, щоб справитись зі стресом (англ. cope with) отримало в психології таке поняття як копінг.

Вперше цей термін був заявлений Л. Мерфі., як показують дослідження С.Л. Грабовської [8]. Під класичним розумінням копінгу була готовність індивідуума вирішувати життєві складнощі, поведінка якого спрямовується на вирішення життєвих обставин. Завдяки копінгу формуються певні шляхи подолання стресу.

Реакція на стрес поділяється на довільну та мимовільну. Довільні реакції характеризуються присутністю вольового впливу на реакцію та прийняття певного рішення. А мимовільні реакції - це реакції на які більш впливає темперамент, певні вроджені або зумовлені в результаті багаторазового повторення якості. Вони як правило проявлені на рефлекторному рівні та не потребують вольової регуляції.

Р. Лазарус вивів [17], що стрес – це дискомфорт, що відчувається та виявляється під час дисгармонії між індивідуальним сприйняттям обставин, оточення та ресурсів, доступних до взаємодії з цим оточення. Тут особистість сама дає оцінку ситуації як стресової. Р. Лазарус та С. Фолкман [17] вважали, що людина самостійно оцінює рівень стресу в кожному випадку та можливість впоратись із цією ситуацією. Саме людина формує стресогенність ситуації шляхом когнітивного оцінювання за сумою когнітивних процесів.

Найповніше розуміння копінг-стратегій презентована у теорії Р. Лазаруса [17]. Він розглядає копінг, як засоби психологічного захисту, вироблені людиною, які формують поведінку в певних умовах. Він стверджував, що

копінг-стратегії виробляються особистістю в умовах певних психотравмуючих подій.

Відповідно аналізу сучасної науково-психологічній літературі, котрий проводили З.Р. Шайхлісламов та В.Ю. Горбенко [56] копінг розглядається як динамічний процес, що формує стійкі патерни реакцій і поведінки. Поведінковий вибір копінг-стратегій при стресових ситуаціях залежить від кількох факторів:

- «Я-концепція»: людина схильна обирати стратегії, що відповідають її уявленню про себе, соціальному статусу, матеріальному рівню, духовним цінностям, а також фізичним можливостям;
- локус контроль: якщо в людини інтернальний локус контролю (вона вірить у свою здатність впливати на ситуацію), вона схильна вибирати активні стратегії подолання проблеми. Якщо локус контролю екстернальний (людина схильна бачити причини в зовнішніх обставинах), вона, швидше за все, буде обирати стратегії уникнення або дистанціювання від проблеми;
- емпатія: людина з високою емпатією враховує вплив своїх дій на інших, вибираючи стратегії, що мінімізують негативні наслідки для оточення.
- умови ситуації: людина пристосовує стратегії до ситуаційних обмежень або можливостей, обираючи ті варіанти, які є реалістичними в даних обставинах.

Інтернальний локус контролю, що виражається у здатності контролювати власне життя і брати за нього відповідальність, є важливим особистісним ресурсом, на основі якого формується адаптивна поведінка. Від цього ресурсу залежить вибір способів адаптації до соціального середовища та життєвий стиль людини.

Згідно з Р. Лазарусом та С. Фолкманом [17], існує вісім основних копінг-стратегій:

1) планування вирішення проблеми - включає в себе активні дії, спрямовані на дослідження проблеми та формування плану дій.

2) конфронтуючий копінг - активні зусилля для зміни ситуації, що можуть включати агресію та готовність до ризику.

3) прийняття відповідальності - визнання власної ролі у виникненні проблеми та прийняття рішень, що впливають на її розв’язання.

4) самоконтроль - вольова регуляція своїх переживань та дій, осмислення впливу ситуації на себе.

5) позитивна переоцінка - пошук позитивних аспектів у стресових ситуаціях, зосередження на позитивному світогляді.

6) пошук соціальної підтримки - звернення за допомогою до інших людей, отримання порад.

7) дистанціювання - зменшення значимості ситуації через когнітивні зусилля, перенесення уваги на інші аспекти.

8) уникнення та втеча від проблеми - прояви ескапізму, які можуть призводити до адиктивних звичок.

Ці копінг-стратегії поєднують у чотири групи.

Перша група включає планування вирішення проблеми, конфронтацію та прийняття відповідальності. Ці стратегії об’єднує активна участь людини в ситуації, яка вживає дії для її розв’язання.

Друга група складається зі стратегій самоконтролю та позитивної переоцінки, де людина контролює свій емоційний стан і вирішує проблему, змінюючи своє психологічне сприйняття ситуації на більш прийнятне.

Третю групу формують стратегії дистанціювання та уникнення, що характеризуються відходом від ситуації і відмовою від змін - це типово для людей з зовнішнім локусом контролю.

Четверта група включає стратегію пошуку соціальної підтримки, яка не дозволяє вирішити проблему самостійно, але й не вимагає від людини виходу з ситуації. Людина звертається до оточення, яке може поділити відповідальність і зменшити вплив стресу.

Р. Лазарус підкреслює [17], що копінг-поведінка є комплексним процесом: люди зазвичай використовують певні стратегії частіше, ніж інші, у різних стресових умовах. Під час стресових ситуацій вони вдаються до різноманітних копінгових механізмів. Копінг виконує роль посередника між емоціями, а окремі емоції пов’язані з конкретними стратегіями подолання.

За дослідженнями З.Р. Шайхлісламова та В.Ю. Горбенко [56], С. Перін та Дж. Шулер класифікують копінг-стратегії на три категорії: зміну способу бачення проблеми, зміну самої проблеми та управління емоційним дистресом. Вони вперше застосували метод інтерв'ю для виявлення відповідей, які можуть змінювати обставини, коригувати суб'єктивне сприйняття ситуації та контролювати негативні відчуття.

Захисні механізми особистості - це форми підсвідомої діяльності, які спрямовані на зменшення психологічного дискомфорту та адаптацію до травмуючих обставин. За З. Фрейдом, теорію якого досліджував В.Ф. Боснюк [29], ці механізми виконують функцію захисту Я-концепції, блокуючи інформацію, яка може загрожувати самосприйняттю людини. Вони допомагають створити тимчасове психологічне благополуччя, але можуть також призводити до дизадаптації та дезорганізації особистості через надмірну інтенсивність.

На відміну від захисних механізмів, копінг-стратегії характеризуються більшою свідомою регуляцією. Копінг включає свідомий вибір дій для вирішення проблеми, тоді як захисні механізми формують підсвідоме ставлення до проблеми, що може робити людину «заручником» свого сприйняття. Дослідники [25] розглядають копінг як контрольовані варіанти психологічного захисту, які можуть підносити підсвідоме на свідомий рівень.

У дослідженні В. Шевченко [59] з'ясовано, що З. Фрейд визначав два способи впоратися з тривогою: активна взаємодія з нею та пасивне змінення сприйняття через підсвідомість. Це співвідноситься з теорією Лазаруса, який розрізняє копінг-стратегії за орієнтацією на проблему та емоції. З. Фрейд вважав, що захисні механізми є вродженою структурою захисту «Его», тоді як А. Фрейд стверджувала, що вони є продуктами розвитку та навчання, підкреслюючи їх індивідуальність і зв'язок з адаптованістю особистості.

В. Шевченко проводить паралель між копінг-стратегіями та захисними механізмами. Захисні механізми, які виокремила А. Фрейд можна поєднати у кілька груп: перцептивні, інтелектуальні та рухові автоматизми. Отже, загалом А. Фрейд виділила 15 захисних механізмів, серед яких найбільш відомі [59]:

1) витіснення - блокування небажаних думок і почутті;

2) регресія - повернення до ранніх стадій розвитку у відповідь на стрес;

3) формування реакції - заміщення негативних імпульсів на їх протилежність;

4) ізоляція - розділення емоційних переживань від їхніх когнітивних складових;

5) знищення - спроби позбутися болючих переживань;

6) проекція - приписування власних негативних рис іншим;

7) інтроекція - засвоєння зовнішніх норм і цінностей;

8) боротьба «Я» з самим собою - внутрішній конфлікт між різними аспектами особистості;

9) перетворення - зміна одного типу емоцій в інший;

10) сублімація - перенаправлення негативних імпульсів на соціально прийнятні дії.

Ця класифікація підкреслює різноманіття механізмів захисту та їх роль у психологічному функціонуванні особистості, вказуючи на те, як вони можуть впливати на адаптацію і поведінку людини в стресових ситуаціях. На відміну від копінгу, захисні механізми є пасивними стратегіями, які не мають на меті змінити ситуацію, а лише зменшити напруження. Фрагментація, як найнижчий рівень, проявляється в уникненні частини особистості.

Вплив локусу контролю на копінг-стратегії може бути проаналізовано через теорію вивченої безпорадності. Людина з екстернальним локусом контролю вважає, що не може змінити свої обставини, що призводить до формування невротичних захисних механізмів, які захищають від руйнування, але водночас спричиняють дезадаптивну поведінку.

Згідно з теорією Р. Лазаруса, яку вивчали З.Р. Шайхлісламов та В.Ю.Горбенко [56], така поведінка може бути описана як емоційно-центрована тенденція до уникнення проблем, що заважає переходу на рівень активного копінгу. Вивчена безпорадність - це стійка емоційна характеристика, що

виникає під впливом непідконтрольних ситуацій і проявляється у формі комплексу жертви обставин.

Вивчена безпорадність виникає з трьох основних джерел:

1) досвід пережиття непідконтрольної ситуації: людина зазнає досвіду, коли не може вплинути на результати подій, що формує у неї відчуття безсилля;

2) досвід спостереження за безпорадними людьми: спостерігаючи за іншими, які не можуть справитися з труднощами, особа може засвоїти таку ж модель поведінки;

3) відсутність самостійності в дитинстві: виховання, яке не сприяє розвитку незалежності та самостійності, може призвести до формування відчуття безпорадності.

Вивчена безпорадність характеризується основними аспектами [25]:

- мотиваційним дефіцитом, коли суб'єкт відчуває неможливість змінити ситуацію;
- емоційним дефіцитом - низька самооцінка та знижений, іноді депресивний настрій;
- когнітивним дефіцитом: обмежене мислення щодо можливостей впливу на обставини.

Екстернальна особистість не завжди має характеристики вивченої безпорадності або позиції жертви, але вона значно ближча до цих станів, тому вивчену безпорадність можна розглядати як крайній прояв екстернальності. У той же час особи з інтернальною орієнтацією використовують проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, що, згідно з Лазарусом [17], дозволяє їм уникати серйозних міжособистісних конфліктів і контролювати своє життя завдяки власним вольовим якостям.

Копінг-поведінка формується під впливом багатьох внутрішніх і зовнішніх факторів, а також особистісних ресурсів і соціального оточення. Копінг-поведінка впливає на життєдіяльність людини, формуючи її реакції на стрес, самосприйняття, звички та стосунки з іншими людьми, що відкриває нові перспективи для подальшого вивчення цього явища.

Копінг є як сукупність думок і поведінки, які людина свідомо та добровільно використовує для управління стресовими ситуаціями як внутрішнього, так і зовнішнього характеру. Це поняття відрізняється від захисних механізмів, які є автоматичними та часто підсвідомими реакціями, спрямованими на адаптацію до стресу. На відміну від них, копінг-повідінка базується на усвідомлених діях, спрямованих на зниження стресу або підвищення здатності.

Важливо не лише розвивати здорові механізми подолання стресу, але й виявляти та уникати нездорових. Хоча такі механізми можуть забезпечити тимчасове полегшення, вони можуть призвести до погіршення ситуації в довгостроковій перспективі. Якщо є схильність до використання цих стратегій, слід розглянути більш здорові альтернативи для підтримки емоційного та психологічного благополуччя.

Нездорові механізмів подолання, яких варто уникати: вживання заборонених наркотиків або надмірне споживання алкоголю; уникнення ситуацій; занадто часте заняття сексом, особливо з різними партнерами; ізоляція від інших; перебільшене мислення та аналіз; емоційне харчування; агресивні реакції або спалахи гніву; прокрастинація.

Здорові навички подолання життєвих труднощів є важливими для конструктивного і позитивного вирішення проблем. Знайшовши відповідні стратегії, можна розвинути стійкість і ефективніше справлятися з життєвими викликами.

Крім того, не варто відмовлятися від можливості професійної підтримки. Терапевти та консультанти можуть дати індивідуальні рекомендації та стратегії, адаптовані до конкретних потреб людини. Вони допомагають зрозуміти і подолати труднощі, пропонуючи ефективні методи управління емоціями та стресом. Отже, не варто соромитися шукати підтримку - це нормальна практика, яка може суттєво полегшити важкі моменти в житті та сприяти загальному благополуччю.

Професор Мулі Лахад [19] є провідним світовим експертом у галузі громадської поведінки, стресу та подолання катастроф. Одним з його важливих досягнень є розробка інтегративної моделі подолання та стійкості, відомої як модель The BASIC Ph model. Ця модель отримала визнання та застосування в усьому світі, зокрема в програмі НАТО «Наука заради миру та безпеки» (SPS). Модель «BASIC Ph», розроблена професором Лахадом у 2004 році, фокусується на природних механізмах подолання стресу, виокремлюючи шість основних типів копінг-стратегій. У цій моделі передбачено, що кожна людина значною мірою володіє шістьма різними стилями подолання, і чим більше з них використовує, тим вищий рівень стійкості та здатності відновити контроль у складних, стресових ситуаціях.

Шість стилів подолання в моделі BASIC Ph [19]:

1. Beliefs (Вірування) — використання духовних переконань, ідеологій або системи цінностей як основи для подолання труднощів.
2. Affect (Емоції) — управління емоціями через їх вираження, наприклад, через спілкування, підтримку близьких або творчих методів, як-от малювання чи написання.
3. Social (Соціальна підтримка) — опора на підтримку друзів, родини та соціального ототочення для зниження рівня стресу.
4. Imagination (Уява) — застосування творчих підходів для явного виходу за межі проблем, щоб подивитися на неї з іншої перспективи.
5. Cognition (Когніції) — аналіз та логічне обдумування ситуації, прагнення знайти раціональні рішення.
6. Physical (Фізична діяльність) — використання фізичної активності, як-от спорту чи фізичної вправи, щоб зняти напругу та впоратися зі стресом.

Цей багатовимірний підхід допомагає людям розвивати стійкість та адаптуватися до стресових ситуацій, комбінуючи кілька механізмів для більш ефективного подолання викликів.

Ці стилі подолання використовуються в різних аспектах життя, незалежно від того, чи йдеться про серйозні кризи, чи про повсякденні незручності. Кожен має свій набір стилів, і чим більше з них можна застосовувати, тим більша стійкість досягається.

Модель BASIC Ph, розроблена для зміцнення стійкості людини в умовах стресу, є цінним ресурсом, що дозволяє гнучко використовувати різні підходи до подолання складних ситуацій. Успішність її застосування виявилася визнаною, що кожна людина має унікальний набір ресурсів та копінг-стратегій, які можна активувати залежно від індивідуальних потреб та особливостей.

Загалом, модель BASIC Ph є дієвим інструментом для покращення якості життя та психологічного добробуту, оскільки вона дозволяє людям краще розуміти свої можливості, створювати стратегії подолання та підвищувати стійкість до життєвих викликів.

Збереження ментального здоров’я є критично важливим аспектом загального добробуту індивіда, особливо в умовах сучасного суспільства, яке характеризується високими темпами змін, соціальною напругою та стресовими факторами. Впровадження психологічних стратегій може суттєво зменшити негативний вплив цих чинників на психічне здоров’я.

Отже, реалізація цих стратегій вимагає свідомого підходу та регулярної практики. Збереження ментального здоров’я — це не лише індивідуальна відповідальність, але й колективне завдання суспільства, яке повинно сприяти формуванню підтримуючого середовища. В результаті, інтеграція зазначених психологічних стратегій у повсякденне життя може значно підвищити якість життя та сприяти загальному розвитку особистості, що є необхідним у сучасному світі.

РОЗДІЛ 2.
ОБГРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ І ВИБІР МЕТОДИК

Метод тестування в психології є ключовим інструментом для оцінки інтелектуальних, емоційних, особистісних та поведінкових характеристик людини. Тести створюються у формі стандартизованих завдань чи питань, які досліджуваний виконує або відповідає на них відповідно до інструкції, що дозволяє порівнювати результати різних людей та об'єктивно оцінювати певні психологічні риси.

Формат тестів може бути різноманітним:

- опитувальники: це найпоширеніший тип тестів, де людині пропонується відповісти на запитання про свої думки, почуття та поведінку;
- проективні методики: це завдання, які не мають однозначної відповіді, і людина проектує свої внутрішні переживання на пропонований матеріал (наприклад, малюнок, неповне речення);
- практичні завдання: це завдання, які вимагають виконання певних дій (наприклад, розв'язання математичних задач, складання пазлів).

У своєму дослідженні ми використовували опитувальники, які дають можливість ефективно оцінити психологічні стратегії збереження ментального здоров'я в умовах хронічного стресу та забезпечують детальну інформацію про переживання і адаптаційні механізми респондентів:

1. Опитувальник «Стратегії подолання кризового стану» (модель BASIC Ph).

Першим оригінальним методом для досліджень у рамках моделі BASIC Ph став метод Six-Part Story Method, розроблений професором Лахадом у 1992 році. Ця проективна методика призначена для підлітків та дорослих, які отримують завдання створити історію на основі структурованого опитувальника. Основна ідея підходу полягає в тому, що під час створення історії люди спостерігають за своїми копінг-стратегіями, які вони найчастіше

застосовують у реальному житті. Цей метод дає можливість зрозуміти, як індивіди справляються зі стресовими ситуаціями, а також ідентифікувати їхні ресурси та механізми адаптації.

У нашому дослідженні використовувалася адаптована версія опитувальника «Стратегії подолання кризового стану» за моделлю BASIC Ph. Тест "BASIC Ph" складається з 6 шкал, кожна з яких відповідає певній стратегії подолання стресу, і містить 30 тверджень. Цей інструмент дозволяє оцінити різноманітні підходи респондентів до управління стресовими ситуаціями, що є важливим для аналізу їхнього ментального здоров'я та стійкості в умовах хронічного стресу [3].

2. Опитувальник «Стратегії долання стресових ситуацій» (Strategic Approach to Coping Scale, SACS).

Для визначення основних поведінкових стратегій подолання стресових ситуацій і моделей копінг-поведінки я використовувала особистісний опитувальник «Стратегії долання стресових ситуацій» (Strategic Approach to Coping Scale, SACS), розроблений S. Hobfoll. Цей опитувальник дозволяє оцінити різні аспекти копінг-стратегій, які людина застосовує у стресових ситуаціях, що є важливим для розуміння її реакцій на стрес та здатності адаптуватися до складних обставин.

Опитувальник «SACS» включає дев'ять моделей поведінки, які відображають різні типи реакцій особистості на стресові ситуації. Ці моделі включають: 1) асертивні дії, 2) встановлення соціального контакту, 3) пошук соціальної підтримки, 4) обережні дії, 5) імпульсивні дії, 6) уникнення, 7) маніпулятивні дії, 8) асоціальні дії, 9) агресивні дії.

Згідно з концепцією S. Hobfoll, ці моделі характеризують спрямованість та індивідуальну активність особистості в контексті проблемного спілкування у системі «людина-людина». Стратегічний напрямок такої поведінки можна описати за допомогою трьох координатних осей: просоціальна/асоціальна стратегія, активна/пасивна, пряма/непряма (маніпулятивна) поведінка.

В нашому дослідженні використана адаптована версія даного опитувальника, розроблена Н.Є. Водоп'яновою та О.С. Старченковою, що

дозволяє оцінити поведінкові стратегії подолання стресу в українському контексті. [13].

3. Шкала депресії Бека.

Шкала депресії Бека (Beck’s Depression Inventory, BDI) була розроблена Аароном Беком у 1961 році і стала однією з перших методик, що відрізняються високою релевантністю та специфічністю, призначених для діагностики та оцінки рівня депресивних розладів у клінічній практиці. Незважаючи на те, що вона була створена кілька десятиліть тому, шкала Бека залишається актуальною та широко застосовується в психіатричній та психотерапевтичній практиці навіть сьогодні.

Існує три варіанти цього опитувальника: BDI, BDI-1A та BDI-II. У нашому дослідженні використовувався перший варіант, який містить 21 запитання, що описують різні симптоми депресії. Кожне запитання має 4 варіанти відповіді, з яких респондент повинен вибрати найбільш відповідний для своєї ситуації. Кожній відповіді присвоюється певна кількість балів, а їхня загальна сума може варіюватися від 0 до 63. Ця шкала дозволяє оцінити рівень депресії та сприяє глибшому розумінню психічного стану досліджуваних. [1].

4. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R).

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) є клінічною тестовою методикою, що призначена для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та оцінки ступеня їх вираженості. Ця методика була вперше опублікована в 1979 році М. Горовицем у співавторстві з іншими дослідниками і стала першою тестовою методикою, що присвячена ПТСР, яка базувалася на теоретичних дослідженнях і клінічній апробації. Важливо відзначити, що це було зроблено ще до того, як ПТСР було визнано окремою діагностичною одиницею в DSM-III.

Незважаючи на популярність шкали, а також численні емпіричні підтвердження її надійності та валідності, у 1995 році Д. Вейс з колегами (D.S. Weiss, C. R. Marmar, T. Metzler) прийшли до висновку, що IES може бути корисною не лише для діагностики симптомів ПТСР, таких як вторгнення та

уникнення, але також для виявлення симптомів гіперзбудження, які стали частиною діагностичних критеріїв DSM-IV та є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події.

Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються на три основні шкали: «вторгнення», «уникнення» та «збудливість». Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою: «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (3 бали) або «часто» (5 балів). Ця структура дозволяє комплексно оцінити вплив травматичних подій на психічний стан особи, а також може слугувати основою для подальшого дослідження та лікування ПТСР. [35].

5. Анкета стрес-факторів.

Анкета стрес-факторів є поширеним інструментом у психологічній діагностиці та використовується для визначення основних джерел стресу, з якими стикається респондент у різних сферах життя. Її головною метою є виявлення та кількісна оцінка тих факторів, які впливають на емоційний стан людини, спричиняючи стресові реакції. Такий підхід дозволяє не лише оцінити рівень стресу, але й визначити конкретні стресори, які викликають найбільше напруження.

Зазвичай анкета складається з кількох блоків або категорій, кожна з яких охоплює окрему сферу життя. Ключові категорії, які зазвичай включаються, такі:

– робочі та професійні стресори: питання цього розділу стосуються факторів на робочому місці, таких як надмірне навантаження, недостатня підтримка з боку колег чи керівництва, відсутність кар’єрного росту, незадоволеність умовами праці та страх перед скороченням;

– сімейні та особисті стресори: цей блок містить питання про стресові ситуації, що виникають у сімейному та особистому житті: конфлікти, турбота про родичів, проблеми з дітьми або партнером, проблеми зі здоров’ям чи фінансові труднощі;

– соціальні та міжособистісні фактори: у цьому розділі оцінюється рівень соціальної підтримки, стосунки з друзями та колегами, а також питання соціальної ізоляції або підтримки;

– особисті та психологічні стресори: цей блок фокусується на внутрішніх, особистих переживаннях, таких як відчуття самовпевненості, самооцінка, власні страхи та хвилювання;

– фізичні та екологічні стресори: питання цього блоку стосуються житлових умов, навколишнього середовища, таких як шум, забруднення, умови проживання, що можуть впливати на психологічне самопочуття.

Респонденти зазвичай оцінюють кожен пункт анкети за шкалою, де кожен рівень відповіді демонструє ступінь стресу, який викликає той чи інший фактор. Це дозволяє створити детальну картину того, які стресори є найбільш значущими для конкретної людини, а також визначити їх відносну важливість.

Отримані дані можуть використовуватися для розробки індивідуальних або групових рекомендацій. Зазвичай психологи та фахівці з ментального здоров'я використовують цю інформацію, щоб скласти план інтервенцій чи надати рекомендації, які допоможуть знизити вплив найбільш потужних стресорів.

Анкета стрес-факторів також може використовуватися для відстеження змін у стресовому навантаженні в динаміці: порівняння результатів до та після певних змін у житті людини або у разі впровадження інтервенцій.

Методи для оцінювання стрес-факторів розвивалися на основі досліджень Г. Сельє й інших науковців. У 1960-70-х роках були створені перші стандартизовані анкети для вивчення стресових ситуацій, зокрема Social Readjustment Rating Scale (SRRS), розроблена Томасом Холмсом і Річардом Рахе. Вона оцінювала життєві події та їхній стресовий вплив на людину.

З часом розроблялися й інші, більш специфічні опитувальники, спрямовані на вимірювання стресових факторів у різних сферах життя. Наша версія анкети стрес-факторів адаптувана під специфіку вибірки, типи стресорів або конкретні потреби дослідників.

Ретельний аналіз обраних методик дає підстави стверджувати, що обраний комплекс відповідає поставленим у дослідженні завданням та забезпечує надійність та достовірність результатів.

У дослідженні взяли участь 53 респондентів, які проживають у місті Запоріжжя, що розташоване в прифронтовій зоні, чоловіки та жінки віком від 18 до 76 років. Опитування проводилось в онлайн-форматі, учасники заповнювали п’ять опитувальників, спрямованих на вивчення їхніх стратегій подолання стресу, психоемоційного стану, рівня депресії та реакцій на травматичні події.

Вибірка була розподілена за віком, статтю та іншими характеристиками, що дозволяє вивчити як загальні тенденції, так і специфіку використання стратегій у різних групах респондентів (рис. 2.1).

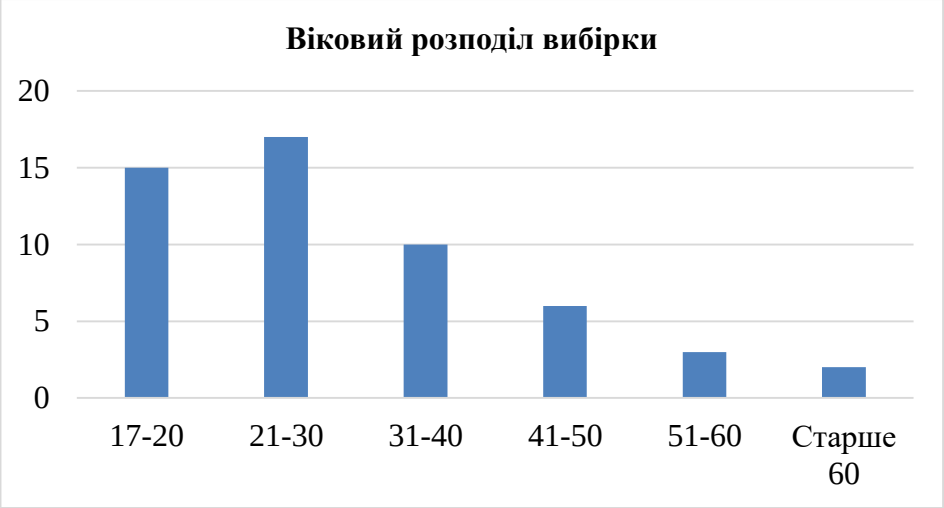


Рис. 2.1. Віковий розподіл вибірки

Слід зазначити, що відповідно до теорії поколінь, розподіл можна визначити так: представників Бебі-бумеров – 2, покоління X – 6, мілінеали – 14, покоління Z – 31.

Теорія поколінь – це концепція, що пояснює, як досвід певних історичних подій та соціальних умов впливає на формування цінностей, поведінки й світогляду різних вікових груп. Ідея належить американським дослідникам Вільяму Штраусу та Нілу Хоуву, які у своїй праці «Generations» [62] розділили суспільство на кілька поколінь, кожне з яких має особливі характеристики та погляди на життя.

Основні покоління, виділені в межах цієї теорії ТАКІ:

1. Тихе покоління (Silent Generation, народжені до 1945 року): виросли в

епоху війн та економічних труднощів. Це покоління орієнтується на стабільність, дисципліну й лояльність.

2. Бебі-бумери (Baby Boomers, 1946–1964): покоління, що виросло в часи післявоєнного економічного підйому. Вони цінують працьовитість, особисті досягнення та матеріальну стабільність.

3. Покоління X (1965–1980): виросли у часи соціальних змін, зростання розлучень та економічних труднощів. Характеризуються незалежністю, прагненням до особистої свободи, адаптивністю.

4. Міленіали або Покоління Y (1981–1996): виросли разом із новітніми технологіями. Вони орієнтовані на самореалізацію, мають позитивне ставлення до змін, цінують гнучкість та відкриті до різноманіття.

5. Покоління Z (1997–2012): з дитинства живуть в оточенні цифрових технологій та соціальних мереж. Відзначаються прагматичністю, відкритістю до інновацій, індивідуалізмом та інтересом до соціальної справедливості.

6. Покоління Альфа (з 2013 року): зовсім молоде покоління, яке зростає в умовах розвитку штучного інтелекту та цифрових рішень. Їхнє формування ще триває, але вони вже активно взаємодіють з технологіями з раннього дитинства.

Співвідношення жінки – чоловіки У ВІДСОТКОВОМУ ВИМІРІ склало 64:36. Серед досліджуваних 20 знаходяться в шлюбі (офіційному чи цивільному), 30 неодружених, 3 розведені. 19 респондентів мають дітей.

Рівень освіти досліджуваних представлений на рис 2.2.

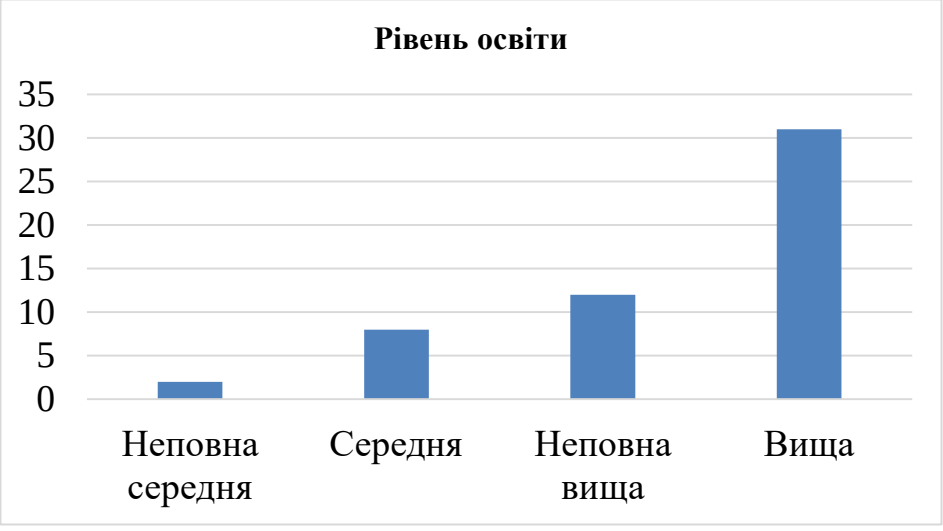


Рис. 2.2. Рівень освіти

У межах дослідження вивчався взаємозв’язок копінг-стратегій (стратегій подолання стресу) зі станом психічного здоров’я. Незалежною змінною виступали дані опитувальників, що визначали копінг-стратегії, які використовують респонденти та ступінь їх вираженості. Застосовувались два опитувальники – «Оцінка ресурсів подолання стресу» (BASIC Ph) та Опитувальник «Стратегії долання стресових ситуацій».

Залежною змінною виступали данні стосовно рівня ментального здоров’я, що вимірювались за допомогою опитувальників - Шкала депресії Бека та Шкала оцінки впливу травматичної події.

Для дослідження змісту стресогенних факторів та їх значимості для досліджуваних використовувався опитувальник «Стрес-фактори».

Отже, задля організації ефективного дослідження стратегії збереження ментального здоров’я в умовах хронічного стресу нами обґрунтовано вибір психодіагностичного методу, а саме використання опитувальників, які відповідають завданням дослідження, надійності та достовірності результатів.

РОЗДІЛ 3
ОСОБЛИВОСТІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА СТРАТЕГІЙ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ ЛЮДЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У ПРИФРОНТОВОМУ МІСТІ

3.1. Особливості ресурсних стратегій подолання стресу у людей, що проживають у прифронтовому місті

Особливості ресурсних стратегій, що застосовують люди в прифронтовому місті визначались за допомогою Опитувальника BASIC Ph. Як було зазначено вище стратегії визначають основні ресурси, що використовують люди під час подолання стресу, а саме: віра та цінності (B-Beliefs), почуття та емоції (A – Affection), соціальні контакти (S – Socialization), уява та творчість (I – Imagination), думки та логічна організація (C – Cognition), фізична активність (Ph- Physical activity). (табл. 3.1.)

Таблиця 3.1.

Основні описові статистики оцінки ресурсів подолання стресу (BASIC Ph)

Показники	Середнє значення	Медіана
B	19.2264	20
A	18.6226	19
S	20.7358	22
I	19.7736	20
C	20.5283	21
Ph	15.5660	16

Результати щодо середнього значення та медіани демонструють, що головними ресурсами у подоланні стресу серед наших опитуваних виступали соціальні контакти та компетентність. Тобто у випадку виникнення стресових ситуацій наші опитуванні в більшій мірі звертаються за соціальною підтримкою

або через когнітивні стратегії (в роботі, організації діяльності, плануванні і т.д.). Найменше значення для респондентів має подолання стресу через фізичну активність.

Таку ж картину ми бачимо, коли розглядаємо розподілення високих, середніх та низьких оцінок серед респондентів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

Розподіл оцінок ресурсів подолання стресу (BASIC Ph)

Показники	Низька	Середня	Висока
B	26,4%	47,2%	26,4%
A	28,3%	47,2%	24,5%
S	24,5%	34,0%	45,3%
I	32,1%	39,6%	35,8%
C	26,4%	30,2%	43,4%
Ph	60,4%	26,4%	13,2%

На жаль, більшість досліджень за моделлю BASIC Ph стосуються саме застосування її в психотерапевтичних інтервенціях, а не проведення масових статистичних досліджень застосування людьми ресурсних стратегій у повсякденному житті, тому результати даного дослідження ми не можемо порівняти з результатами інших досліджень, однак можна зробити певну апроксімацію щодо того, що вищезазначені стратегії (соціальна та когнітивна) є провідними позитивним стратегіями в подоланні стресу для наших людей, ці дві стратегії співпадають з сучасними дослідженнями копінг-стратегій, де науковці поділяють можливі стратегії на три великі групи. У цілому до базових копінг-стратегій науковці та практики відносять стратегії «вирішення проблем», «пошуку соціальної підтримки» й «уникнення», наділяючи їх такими характеристиками:

1) стратегія вирішення проблем – це активна поведінкова стратегія, при застосуванні якої людина прагне використовувати свої особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми. Ця стратегія

передбачає аналітичний підхід до ситуації, вміння розглядати різні варіанти дій та обирати найбільш раціональний;

2) стратегія пошуку соціальної підтримки – це також активна поведінкова стратегія, при якій людина звертається за допомогою і підтримкою до оточуючих, таких як сім'я та друзі, для ефективного розв'язання проблеми. Ця стратегія демонструє важливість соціальних зв'язків у процесі подолання стресу, оскільки підтримка з боку близьких може значно полегшити емоційний тягар;

3) стратегія уникання – це поведінкова стратегія, при застосуванні якої людина прагне уникнути контакту з оточуючим світом і витісняє необхідність розв'язання проблеми. Ця стратегія може включати в себе різні форми уникнення, такі як ігнорування проблеми або втеча в інші заняття, але, як правило, вона не веде до конструктивних рішень і може призвести до загострення стресу [42]

Як бачимо, друга група відповідає соціальній ресурсній стратегії, а першу можна віднести до когнітивної.

В той же час результати нашого дослідження показують можливий потенціал для підвищення рівня резилієнтності наших людей до існуючих стресових ситуацій через набуття ними застосуванні ресурсів, окрім вищезазначених, а саме: цінності/віра, емоції, уяву, та в першу чергу фізична активність (як найменш задіяний).

Слід зауважити, що існує зв'язок між окремими ресурсними стратегіями за даним опитувальником. Дані зв'язки досліджувались за методом кореляційного аналізу. Існують прямі кореляційні зв'язки середньої сили між ресурсами віри/цінностей з соціальною підтримкою, когнітивною стратегією та фізичною активністю. Також соціальної з когнітивною та уявою, та когнітивною та уявою. Тобто, ми бачимо тісну взаємодію між двома провідними (соціальним та когнітивним), двома проміжними (уява та віра/цінності) і найслабшою (фізичною активністю). Дані такого зв'язку підтверджуються і іншими дослідженнями [43].

Тобто, можна говорити, що формування такого патерну є найбільш звичним для наших респондентів і це можна використовувати в психокорекцій, психотерапевтичній роботі, встановлюючи зв'язок саме з цими стратегіями.

Слід також зазначити зв'язок результатів опитування за методикою BASIC Ph та деякими демографічними показниками опитуваних. Так виявлений прямий кореляційний зв'язок між стратегією віра/цінності та наявністю у респондентів дітей, трохи меншої сили з віком та рівнем освіти. А також рівнем освіти та соціальною підтримкою. Даний зв'язок потребує більш глибокого вивчення, що не є предметом нашого дослідження, але слід зазначити, що існують дослідження і вони вказують на те, що становлення стійких цінностей пов'язано з розвитком ідентичності особистості, на які впливають значимі події у житті людині (пов'язано із віком), та поява важливих інших (в тому числі і дітей), інтелектуальному розвитку (пов'язано з рівнем освіти). [45], [58].А вже стійкі, сформовані цінності у свою чергу являються ресурсом при подолання трагічних стресових подій [51].

Ключовою характеристикою покоління Z є сильна орієнтація на особисті досягнення в навчанні та кар'єрі, що стало одним із центральних елементів їхньої ідентичності. Для них особистий успіх у цих сферах є значущішим, ніж для попередніх поколінь. Покоління Z значно більше фокусується на освітніх і професійних здобутках (43%) та особистих інтересах, хобі (42%) як важливих аспектах самовизначення. На відміну від старших поколінь, для яких релігія та сімейне походження є ключовими для ідентичності, представники покоління Z надають цим факторам нижчий пріоритет, часто відносячи їх до менш важливих характеристик власної особистості. [54].

3.2. Провідні стратегії подолання стресу у людей, що проживають у прифронтовому місті

За допомогою опитувальника «Стратегії долання стресових ситуацій» визначались стратегії, які використовують люди в прифронтовому місті. Результати опитування представлені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3.

Результати дослідження по опитувальнику

«Стратегії долання стресових ситуацій»

Показники	Середнє значення	Медіана
Асертивні дії	19.5283	19
Вступ соціальний	17.9623	18
Пошук підтримки	22.6981	24
Обережні дії	21.0755	21
Імпульсивні дії	18.2642	19
Уникнення	17.5283	18
Непрямі дії	19.8679	20
Асоціальні дії	15.3208	14
Агресивні дії	18.6226	19

Як бачимо, найвищі середні показники та медіани мають стратегії пошуку соціальної підтримки (просоціальна стратегія) та обережні дії.

Позитивним моментом являється те, що антисоціальний спектр, представлений асоціальними діями та агресивними діями має низькі показники. Негативним те, що вищезазначені стратегії, що мають найвищі показники – пошук підтримки та обережні дії відносяться до пасивної осі стратегій. Тобто, респонденти під час стресових ситуацій займають пасивну, а не активну позицію. Слід зауважити, що даний опитувальник краще розглядати саме через призму 2-го ієрархічного рівня (пасивний-активний, просоціальний-антисоціальний), так як саме він має стійкість по відношенню кроскультуральних чинників, що зазначено в статті [2].

Так, наприклад, просоціальна стратегія вступу до соціального контакту, що вимагає активної дії людини, у нашому досліджені має дуже низькі показники, на відміну від пошуку підтримки. Дане зауваження необхідно розвивати при розгляді вимог до психокорекційної, психотерапевтичної роботи, а саме під час формування нових копінг-стратегій, значну увагу слід приділяти саме активним підходам в подоланні стресової ситуації. Це підтверджують і

дослідження працівників медичної сфери в Румунії – саме, що менше впливу стресу зазнають працівники, що не тільки шукають соціальної підтримки, але й самі активно вступають до соціального контакту. [15].

На жаль, найбільш ефективна, асертивна стратегія за результатами даного дослідження має посередні результати, тобто розвиток такої копінг-стратегії повинен бути однією з фокусних цілей психокорекційної роботи. Необхідність саме такого підходу підтверджують дослідження [50].

Розподілення по високим, середнім та низьким оцінкам представлені в табл. 3.4.

Таблиця 3.4.

Співвідношення прояву рівнів стратегій долання стресових ситуацій»

Стратегії	Низькі	Середні	Високі
Асертивні дії	22,6%	62,3%	15,1%
Вступ соціальний	88,7%	15,1%	0,0%
Пошук підтримки	28,3%	28,3%	43,4%
Обережні дії	17,0%	52,8%	30,2%
Імпульсивні дії	20,8%	35,8%	43,4%
Уникнення	20,8%	15,1%	58,5%
Непрямі дії	20,8%	58,5%	20,8%
Асоціальні дії	50,9%	22,6%	28,3%
Агресивні дії	15,1%	41,5%	43,4%

Ми бачимо, що дуже велика кількість респондентів мають високі оцінки по стратегії уникнення, імпульсивним та агресивним діям. Відповідно, корекційна робота повинна бути спрямована на заміщення цих неефективних стратегій більш ефективними (асертивна, просоціальна).

Асертивна стратегія має середню позитивну кореляцію із загальним показником опитувальника BASIC Ph, що говорить про те, що дана стратегія може задіювати всі можливі ресурси для подолання стресовою ситуації. Враховуючи, що така ж кореляція існує для асертиного підхода з когнітивними

та фізичними ресурсами, можемо зробити висновок, що для впровадження асертивної стратегії нам необхідно звертати увагу саме на ці ресурси. В той же час копінг-стратегія має за такою ж силою негативний зв'язок з ресурсами уяви та когніції, тобто для редукції даної стратегії бажано використовувати саме ці ресурси. Подібні підходи ми можемо застосовувати для агресивної стратегі, адже вона має негативну кореляцію майже зо всіма ресурсами, окрім афективного. Слід зауважити, що стратегія уникнення має посередній позитивний зв'язок з імпульсивним діями, тому в діагностичній роботі на це слід звертати увагу. Був також виявлений зв'язок між маніпулятивним та асоціальними діями, що теж можна використовувати в діагностиці (при виявленні однієї з цих стратегій, потрібно провести додаткове дослідження щодо наявності іншої, і в подальшому звертати увагу на їх подолання).

Дані опитувальника не мають значних кореляцій з демографічними показниками, окрім від'ємної середньою за силою кореляцією з асоціальною поведінкою. Це пояснюється тим, що юні респонденти (підлітки) мають більшу схильність до радикалізації. Також існує посередній негативний зв'язок між рівнем освіти та стратегією уникнення. Про вплив освіти на формування стійких цінностей, що впливають на більш активну позицію зазначалось вище.

3.3. Присутність депресивних симптомів у людей, що проживають у прифронтовому місті

Наявність симптомів депресії є однією з характеристик психічного нездоров'я. Розглянемо цю характеристику, що вимірювалась шаклою депресії Бека, у наших респондентів. Розподіл респондентів по шкалі депресії представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Рівень депресії у респондентів по шкалі депресії Бека

Депресія відсутня	Легкий ступінь депресії	Середній ступінь депресії	Високий рівень депресії
24,5%	7,5%	37,7%	30,2%

Аналіз результатів рівня депресії у респондентів за шкалою депресії Бека свідчить, що більша частина респондентів на даний момент зазнає впливу депресії середнього та високого рівня. Але, розглянувши графічне представлення даних на рис 3.3, ми бачимо, що основна маса респондентів представлені саме депресією середнього рівня тяжкості. В той час як серед пацієнтів з високою депресією можна виділити три групи (по рівності тяжкості), дві останні з яких перебувають на стадії, що вимагає психіатричного втручання. Вибірка була проведена серед внутрішньо переміщених осіб, які пережили значні втрати внаслідок воєнних дій та соціальних змін. Ці люди опинилися в складних життєвих ситуаціях, часто залишаючи свої домівки та рідних у пошуках безпеки та стабільності. Важливо відзначити, що їм надається кваліфікована допомога, яка включає психологічну підтримку, соціальну адаптацію та доступ до медичних послуг. Такі заходи сприяють їхньому емоційному відновленню, допомагають краще справлятися з наслідками травматичного досвіду і інтегруватися в нове середовище, що, в свою чергу, стало основою для проведення даного опитування. Це дослідження має на меті виявлення особливостей переживання стресу та копінг-стратегій, які застосовують ці люди в умовах невизначеності.

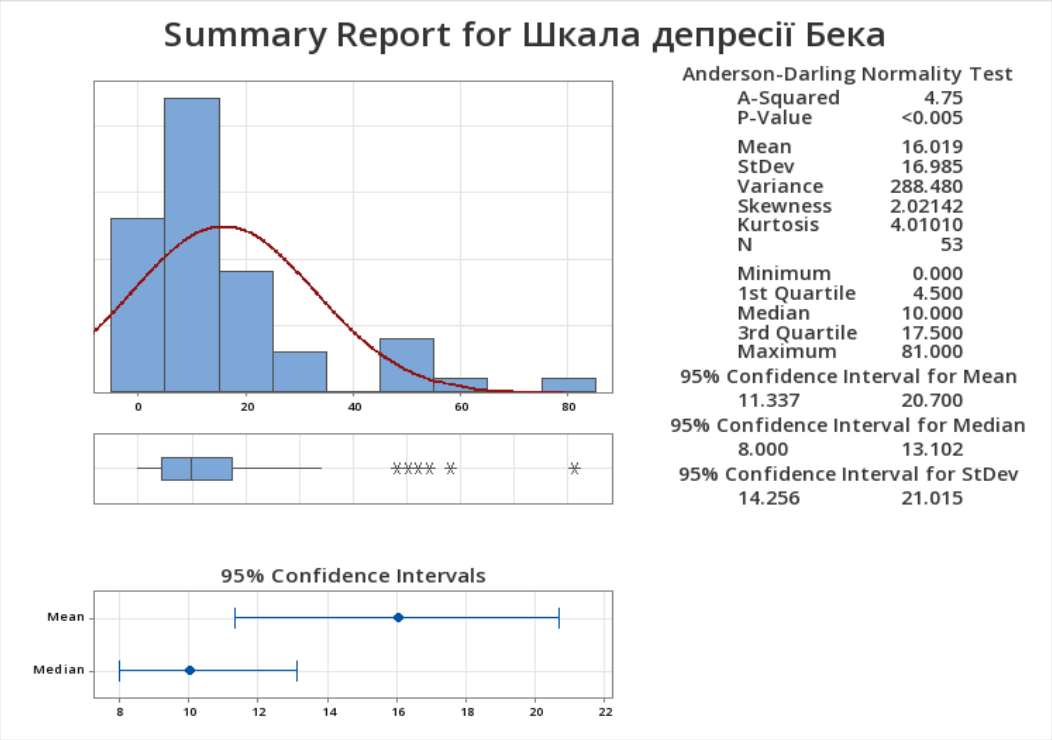


Рис. 3.3. Рівень депресії у респондентів по шкалі депресії Бека

Ці дані підкреслюють, що війна має руйнівний вплив на психологічний стан людей, створюючи низку соціальних проблем. Серед найпоширеніших наслідків можна виокремити розлучення родин, відчуття нестачі безпеки, втрату засобів до існування, руйнування соціальних зв'язків, зниження рівня довіри, а також збільшення кількості дітей, які залишилися без батьків. Всі ці фактори сприяють погіршенню психічного здоров'я, зокрема, виникають або загострюються існуючі психічні захворювання, такі як депресія, шизофренія, а також проблеми, пов'язані зі зловживанням алкоголем та наркотичними засобами.

Дослідження, проведене через вісім років після закінчення війни в колишній Югославії, а також у трьох західноєвропейських країнах (Німеччина, Італія, Велика Британія), виявило, що серед найтяжчих психологічних симптомів у вибірках були параноїдальні думки і тривога. Це свідчить про те, що підвищений рівень параної може бути наслідком втрати довіри в міжлюдських стосунках, що особливо актуально в умовах війни, зокрема, громадянських конфліктів.

Отримані дані свідчать про високу поширеність психічних розладів серед населення, де респонденти повідомляли про тривожні розлади та розлади настрою. Це підкреслює важливість надання психосоціальної підтримки та заходів для відновлення психологічного здоров'я постраждалих від війни. [9].

Психічні розлади, які виникають під час війни та після неї, створюють важкий тягар для населення, що підтверджується численними дослідженнями. Згідно з оглядом, проведеним Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), в якому було проаналізовано 129 досліджень у 39 країнах, кожен п'ятий (22%) з тих, хто пережив війну або інший збройний конфлікт протягом останніх десяти років, страждає на серйозні психічні розлади, такі як депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), біполярний афективний розлад (БАР) або шизофренія.

Ці дані є особливо тривожними, оскільки миттєва поширеність депресивного розладу оцінюється на рівні 13% серед людей, які пережили військові конфлікти. Це свідчить про те, що наслідки війни мають глибокий і

тривалий вплив на психічне здоров'я населення, викликаючи не лише тимчасові, але й стійкі психічні порушення.

Відповідно до прогнозів ВООЗ, у майбутньому близько 15 мільйонів українців можуть потребувати психологічної підтримки, з яких 3-4 мільйони потребуватимуть медикаментозного лікування. Ці результати підкреслюють необхідність термінового розвитку та впровадження програм підтримки психічного здоров'я для осіб, які постраждали від війни, а також необхідність збільшення ресурсів для надання професійної психологічної допомоги.[36].

Ці дані висувають певні вимоги до психодіагностичної роботи. При виявленні симптомів гострої або сильної хронічної депресії важливо враховувати можливість психіатричного втручання. Незалежно від обставин, психокорекційна робота, пов'язана з афективними розладами, повинна починатися з ретельного психодіагностичного дослідження. Це дозволяє детально оцінити стан психічного здоров'я пацієнта та розробити індивідуалізований план лікування.

Також у рамках нашого дослідження ми будемо аналізувати зв'язок між рівнем депресії та копінг-стратегіями. На даному етапі ми зосередимося на взаємозв'язках між депресією та соціо-демографічними характеристиками респондентів. Було виявлено середню за силою негативну кореляцію між даними за шкалою Бека та віком респондентів, а також рівнем освіти, що також пов'язано з віком. Таким чином, чим молодші респонденти, тим вищі показники депресії вони демонструють, що наочно ілюструється на рис. 3.4.

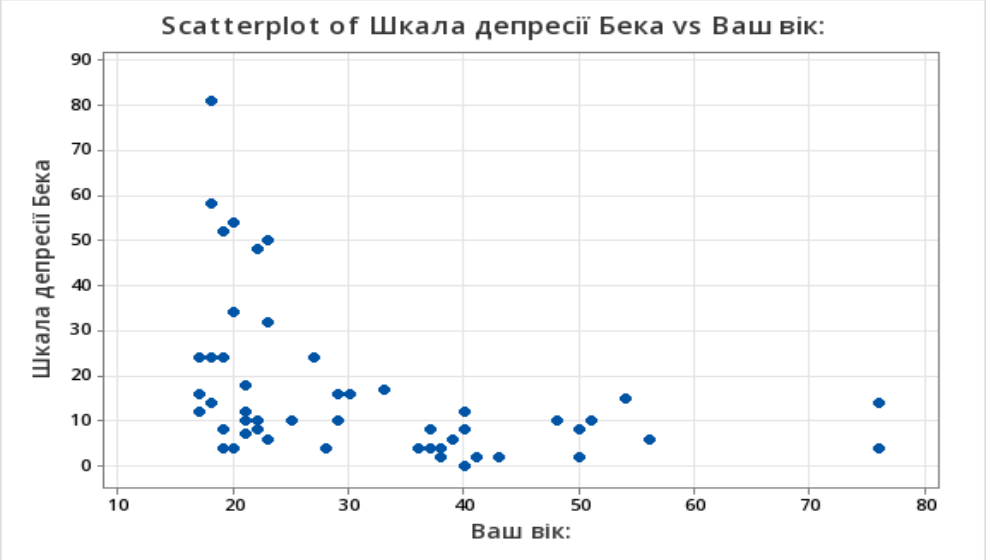


Рис. 3.4. Рівень залежності депресії та віку по шкалі депресії Бека

Ці результати підтверджуються даними інших досліджень. Наприклад, у дослідженні «Підлітки України під час російського вторгнення 2022» (AUDRI Project) з'ясувалося, що 2% підлітків мають помірну або важку депресію, 17,9% — помірну або важку тривогу, 35% — клінічно значиму психологічну травму, 29,5% — розлади харчової поведінки, а 20,5% респондентів мають середній або високий ризик розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Ці дані свідчать про нагальну потребу у розробці та впровадженні ефективних програм підтримки психічного здоров'я, спрямованих на молодь, а також про важливість своєчасного виявлення та лікування психічних розладів у цій вразливій категорії населення [41].

Так, порівняльний аналіз травм осіб віком від 13 до 70 років виявив, що «Найбільше травми війни вплинули на систему цінностей та переконань підлітків та молоді, однак симптоми ПТСР більше властиві досліджуваним старшим 50 років, у яких спостерігається нестача внутрішніх і зовнішніх ресурсів (соціальної підтримки)» [16]

Стосовно негативного зв'язку між рівнем депресії та рівнем освіти, цей зв'язок можна пояснити наявністю у людей з вищим рівнем освіти більш розвиненої системи стійких цінностей і навичок адаптації до стресових ситуацій. Освіта часто сприяє розвитку критичного мислення, соціальних навичок і емоційної інтелігентності, які є важливими ресурсами для подолання труднощів.

Люди з вищим рівнем освіти, як правило, мають доступ до більшої кількості інформації та ресурсів, що дозволяє їм краще справлятися з викликами, з якими вони стикаються. Крім того, вони можуть бути більш обізнаними щодо копінг-стратегій, що позитивно впливає на їхнє психічне здоров'я.

Цей зв'язок між рівнем освіти та рівнем депресії також свідчить про важливість впровадження програм освіти та психологічної підтримки, які можуть допомогти формувати у людей ефективні копінг-стратегії. Як говорилося вище та буде говоритися в наступних розділах ми більш детально

розглянемо вплив копінг-стратегій на рівень депресії, що підкреслить важливість цілісного підходу до психосоціальної підтримки населення.

3.4. Особливості симптоматики ПТСР та хронічного стресу у людей, що проживають у прифронтовому місті

Нагадаємо, що дана шкала оцінки впливу травматичної події вимірює рівень симптоматики ПТСР та хронічного стресу, що є ще одною характеристикою рівня психічного нездоров'я.

Статистичні дані представлені на рис. 3.5. Як бачимо, більшість респондентів мають помірну, або середню вираженість симптоматики, що пов'язана із стресовими розладами.

Дані результати підтверджуються і іншими дослідженнями. Так, існують дослідження щодо підвищення рівня ПТСР та депресії навіть під час пандемії КОВІД.

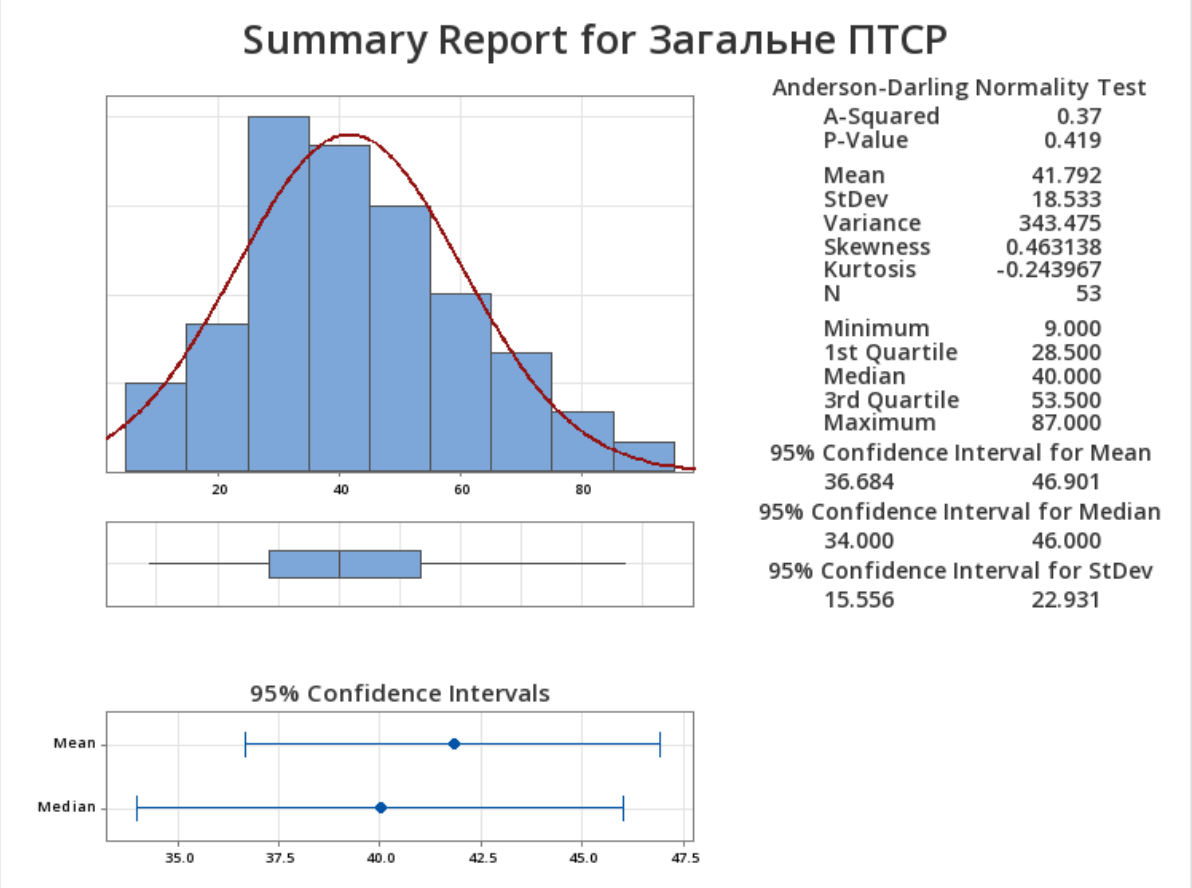


Рис. 3.5. Рівень симптоматики ПТСР та хронічного стресу

За результатами дослідження ВОЗ серед українців під час війни було виявлено, що більшість опитаних (понад 90%) мали прояви хоча б одного з симптомів посттравматичного стресового розладу, а 57% громадян перебувають в зоні ризику розвитку посттравматичного стресового розладу. [29].

Розподіл респондентів за вираженістю окремих кластерів симптомів представлена у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

Розподіл респондентів за вираженістю окремих кластерів симптомів

	Низькі	**Середні**	**Високі**
Вторгнення	39,6%	37,7%	22,6%
Уникнення	37,7%	34,0%	28,3%
Збудливість	56,6%	26,4%	17,0%

Як бачимо, збудливість як симптоматика майже не представлена у більшості респондентів. В той час як середній рівень симптомів уникнення представлений у більшості респондентів, причому велика група з них мають високі показники за цім кластером. Нам слід порівняти ці дані, з даними які ми згадували при аналізі результатів за опитувальником «Стратегії долання стресових ситуацій». Він показав високий рівень респондентів, що застосовують неефективну копінг-стратегію уникнення під час подолання стресових ситуацій. Відповідно, під час психокорекційної роботи потрібно звертати увагу на заміну такої стратегії іншими, ефективними, активними та просоціальними.

Велике занепокоєння викликають дані стосовно наявності інтрузій у більшості досліджуваних, що говорить (як і високий загальний рівень ПТСР) про необхідність застосування в психокорекційній/психотерапевтичній роботі технік з подолання ПТСР/хронічного стресу (травма-фокус терапія, EMDR, ревандінг, епістеміологічної метафори, таппінг, SEE FAR CBT) тощо. Відповідно, в даний момент війни, та і в післявоєнний період виникає

необхідність для психологів/психотерапевтів освоєнні технік роботи з ПТСР та сертифікації за даними напрямками.

В той же час, за результатами вище згаданого дослідження ВОЗ, незважаючи на наявні прояви ПТСР у більшості опитуваних, близько 70% респондентів не відчували потреби звертатися по психологічну допомогу протягом останнього місяця. Лише 3% респондентів отримували таку допомогу і ще 23% хотіли б звернутися до психолога, але поки не реалізували це бажання. Майже половина (45%) респондентів визнають, що їм потрібно «наважитися», щоб звернутися по психологічну допомогу. Ще близько третини громадян (30%) готові отримувати психологічну допомогу лише на безоплатній основі. Лише 34% респондентів знають, куди вони могли б звернутися по допомогу в разі необхідності, причому серед людей віком 41-55 років частка поінформованих з цих питань значущо менша – 24%. Це говорить про те, що державі та суспільству потрібно зосередити увагу на психоедукації населення стосовно впливу стресу на психічний стан та необхідності психокорекційної роботи у разі виявлення симптомів ПТСР.

Зв’язок між вираженністю симптоматики ПТСР та копінг-стратегіями ми опишемо нижче. Стосовно зв’язку результатів по даному опитувальнику з соціо-демографічними характеристиками респондентів, то був виявлений лише середня за силою негативна кореляція між рівнем освіти та загальним показником ПТСР, а також симптоматикою вторгнення. Цей зв’язок схожий за своєю природою з зв’язком рівня депресії з рівня освіти, який ми розглядали вище, і пов’язаний із системою стійких цінностей респондентів.

Стосовно зв’язку симптоматики ПТСР із депресією, то всі складові ПТСР мають середні за силою кореляції з результатами опитування по шкалі Бека. Тобто у частини респондентів, що мають симптоматику ПТСР страждають також і на депресивні розлади. Існують дослідження які підтверджують такий зв’язок, а також вказують на те, що корекція/лікування таких коморбідних проявів набагато складніша і потребує більших зусиль. [53], [57].

Відповідно нам потрібно враховувати наявність коморбідного зв'язку між депресією та ПТСР як під час діагностики, так, особлива під час корекційної/психотерапевтичної роботи.

3.5. Значимі стресогенні фактори для людей, що проживають у прифронтовому місті

Методика «Стрес-фактори» виявляла вплив стресогенних чинників на респондентів.

В даному випадку ми вимірювали не загальні показники, а долю тої чи іншої групи стрес-факторів у наших респондентів. Як бачимо з діаграми 3.6, ці долі майже рівні, однак групи факторів, що характеризують зміни та страхи мають більш значиму долю для досліджуваних

Ці данні підтверджують і інші дослідження. Так, навіть у благополучному західному суспільстві, опитування серед студентів показало, шо найбільшими стресовими факторами для них являються страх, тривога щодо їх подальшої долі (невизначенність). [44].

Самоорганізація працівників домашньої сфери, знімає фактор невизначенності і позитивно впливає на зменшення рівня дистресу. [43].

Що уже говорити про роль стрес-факторів під час воєнних дій. Так, дослідження під час воєнних дій жителів Ефіопії показало, що серед факторів стресу, пов'язаних з ПТСР, руйнування або розграбування майна виявилося значним чинником, причому особи, які зазнали руйнування майна, демонстрували вищу ймовірність виникнення симптомів ПТСР. Аналогічно, вбивство або поранення членів сім'ї, незаконне ув'язнення, депресія, тривога, пережита особиста трагедія та зменшений рівень соціальної підтримки були визначені як значущі кореляти ПТСР. [47].



Рис. 3.6. Стрес-фактори

Опитування вказали на наявність наступних стрес-факторів, що впливають на розвиток ПТСР: «звук сирен», «потенційна загроза життю», «пошкодження житла», «тілесні пошкодження» (там же) - як бачимо, ці фактори є проявами страхів та тривоги. Стосовно страхів, то тут підходять техніки які редукують суб'єктивні та психофізіологічні аспекту страху (прогресивна релаксація, таппінг-техніки, аутогенне тренування, заземлення тощо). Перевага цих технік полягає в тому, що клієнти можуть їх використовувати самостійно, і це може стати частиною їх копінг-стратегій.

Значимість невизначеності при формуванні і протіканні стресу ставить вимоги для проведення психокорекційної роботи з клієнтами, що мають такий зв'язок. Тобто разом з методами подолання ПТСР або депресії, необхідно також використовувати методики, що знижують рівень суб'єктивної невизначеності клієнтів (наприклад, використовуючи техніки КПТ спрямовані на організацію власного життя). Стосовно невизначенності, то була виявлена середня негативна кореляція між цим стрес-фактором та рівнем освіти. Як і в попередньому випадку, такий зв'язок пов'язаний із формуванням стійких цінностей.

Загальний показник стрес-факторів та кожний із них окремо мають сильну позитивну кореляцію із показниками шкали рівня депресії Бека. Тобто сила стрес-фактору впливає на рівень депресії, про що ми говорили вище. Подібну картину ми спостерігаємо і щодо зв'язку стрес-факторів та ПТСР.

Слід також зауважити, що дослідження показало на існування сильних позитивних зв'язків між окремими стрес-факторами, що говорить про комплексність цих факторів. Окрім того, що часто ці фактори зустрічаються разом (наприклад, небезпека та загроза, конфлікти та виснаження), існує також і суб'єктивний чинник, а саме людина схильна при появі одного фактора, одразу шукати інші, та пов'язувати їх один з одним. Тобто, в даному випадку постає питання щодо психокорекційної роботи з такими упередженнями (техніки КПТ або НЛП).

3.6. Зв'язок стратегій подолання стресу із рівнем ментального здоров'я людей, що проживають у прифронтовому місті

Аналіз зв'язків між копінг-стартегіями та рівнем депресії та ПТСР/хронічного стресу, які були виявлені в результаті дослідження дає можливість узагальнення щодо особливостей їх прояву.

Показники BASIC Ph. Спостерігається сильна негативна кореляція між рівнем депресії за шкалою Бека і загальним показником BASIC Ph, а також з показником ресурсу Віра/цінності та Компетенці/когніції. Тобто, чим більше ресурсних копінг-стратегій має досліджуваний і чим сильніше вони проявляються, тим менший рівень депресії він показує (Рис 3.7). Тому психокорекційна робота стосовно підвищення рівні резілієнтності по стресу, а також подолання негативного впливу стресу на ментальне здоров'я повинні включати техніки що розширюють ресурсний спектр копінг-стартегій, а також підвищують рівень існуючих. Існують дослідження, що підтверджують таку думку.

По-перше, слід зазначити, що сам модель була розроблена Mooli Lahad для підвищення стресостійкості та травмостійкості в екстремальних умовах. [18].

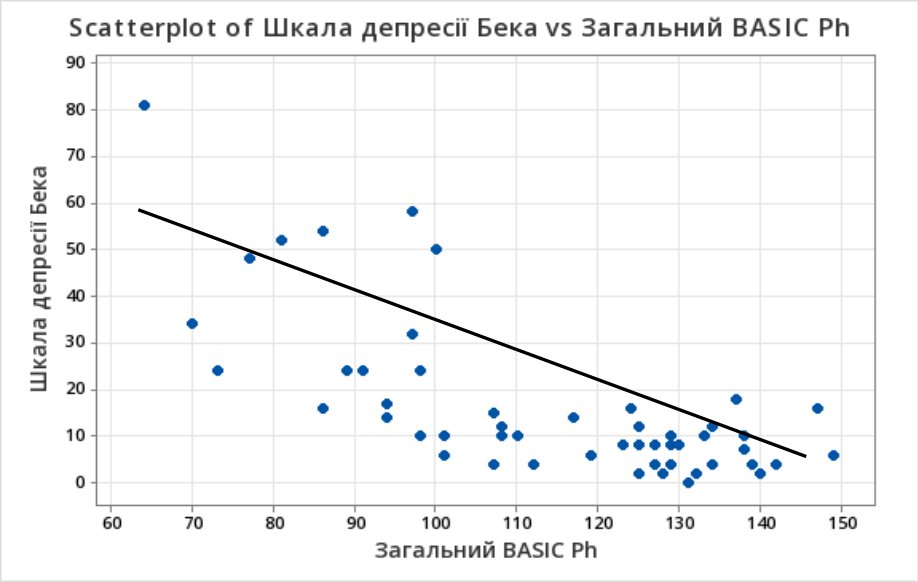


Рис. 3.7. Рівень депресії за шкалою Бека і загальний показник BASIC Ph

Сам автор пропонує наступне бачення дії терапії, основаній на даній моделі – після того, як людина зазнає травми відбувається дисоціація між людиною та зовнішнім світом. Терапія, через набуття ресурсів, дозволяє знову встановити тісний зв’язок між системою «людина-світ».

Таким чином, модель BASIC Ph виступає своєрідною «спайкою», що забезпечує зв’язок між внутрішнім світом людини (внутрішньою мовою) і зовнішнім світом (втраченої мови).

Сама модель отримала подальший розвиток і застосовується нині в окремих видах психотерапії (дитяча, сімейна тощо).[19].

Як складовий елемент даний підхід застосовується нині в сучасному напрямку психотерапії ПТСР, депресії та коморбідних випадків, що має назву SEE FAR CBT.[20]

Існують дослідження, що показує ефективність розвитку стресостійкості в застосуванні моделі BASIC Ph за допомогою інших психотерапевтичних технік, наприклад - арттерапії [30], метафоричних карт (частина, SEE FAR CBT) тощо. Тобто ми можемо говорити про ефективність даної моделі для різних психотерапевтичних підходів

Розглянемо більш детально негативну кореляцію між дерпесією та ресурсом віра/цінності. Існують дослідження, що вказують на такий же зв'язок, а саме «на важливість з точки зору громадської охорони здоров'я та клінічної точки зору надання людям можливості визначити свої цінності та сприяння їм жити таким чином, який узгоджується з цими цінностями» [46].

Дослідження ефективності підходу терапії прийняття та зобов'язань (ACT) показали, що що зниження рівнів злиття та збільшення дій, заснованих на цінностях, були суттєво пов'язані зі зменшенням дистресу та депресії [5].

Дослідження хворих на онкологічні захворювання показали успішність адаптації у пацієнтів, які прагнуть досягти невеликих розбіжностей між сприйнятим досягненням і важливістю життєвих цінностей [34]

Все вищесказане наштовхує на думку, що робота по встановленню стійких життєвоважливих ключових цінностей і зв'язок їх із досягненнями клієнта являється ефективним підходом в терапії депресії (а також ПТСР), підвищенням стресостікйості клієнта. Тому робота з цінностями являється необхідною частиною такої терапії (корекції). Щодо технік, то окрім згаданих вище технік за моделлю BASIC Ph, ACT, можна також розглянути напрямки, які і базуються на встановленні ціннісних орієнтацій клієнта – логотерапія, позитивна терапія [55] .

Стосовно другої складової моделі BASIC Ph, яка має сильну негативну кореляцію із депресією, а саме – когнітивні ресурси, то тут найбільш доцільно використовувати техніки КПТ терапії. По цьому напрямку існує безліч досліджень які показують ефективність проопрацювання когнітивного ресурсу для подолання наслідків депресії (і ПТСР) – зміна депресивних паттернів думок, підходів у вирішенні проблем, впливає як на поведінку, так і на емоційний стан клієнта [14, 70].

Крім згаданого підходу КПТ, можна згадати ще техніки в межах НЛП, які працюють із упередженнями [33].

Схожі до депресії, кореляції між рівнями ПТСР і показниками BASIC Ph показують більшу негативну залежність загального показника BASIC Ph із симптомами ПТСР, за винятком уникнення, мають середню силу, то зв'язки з

ресурсом віра/цінності досить сильні. Пояснення і висновки в даному випадку подібні до тих, що ми робили вище по відношенню до депресії.

Більш цікавим виглядає аналіз складових опитувальника «Оцінка травматичних подій» у їх відносній долі до загального показника ПТСР. У даному випадку видно сильні кореляції для доль, що характеризують аспекти втручання та уникнення (але не збудливості) із загальним показником BASIC Ph а також окремими ресурсами віра/цінності, когніція і, що саме головне дуже сильна кореляція з ресурсом уява. Тобто клієнти, які мають добре розвинений ресурс уяви, майже не мають симптоматики інтрузій та уникнення. Це говорить про те, що для ефективного подолання насідків/симптомів ПТСР (інтрузії та уникнення), окрім зазначених вище ресурсів віра/цінності та когніція, дуже важливим буде розробка ресурсу уява. Тому більш ефективними в даному випадку виступають техніки, що основані на уяві – епістеміологічна метафора [38], НЛП, аутогенне тренування, символдрама [32] тощо.

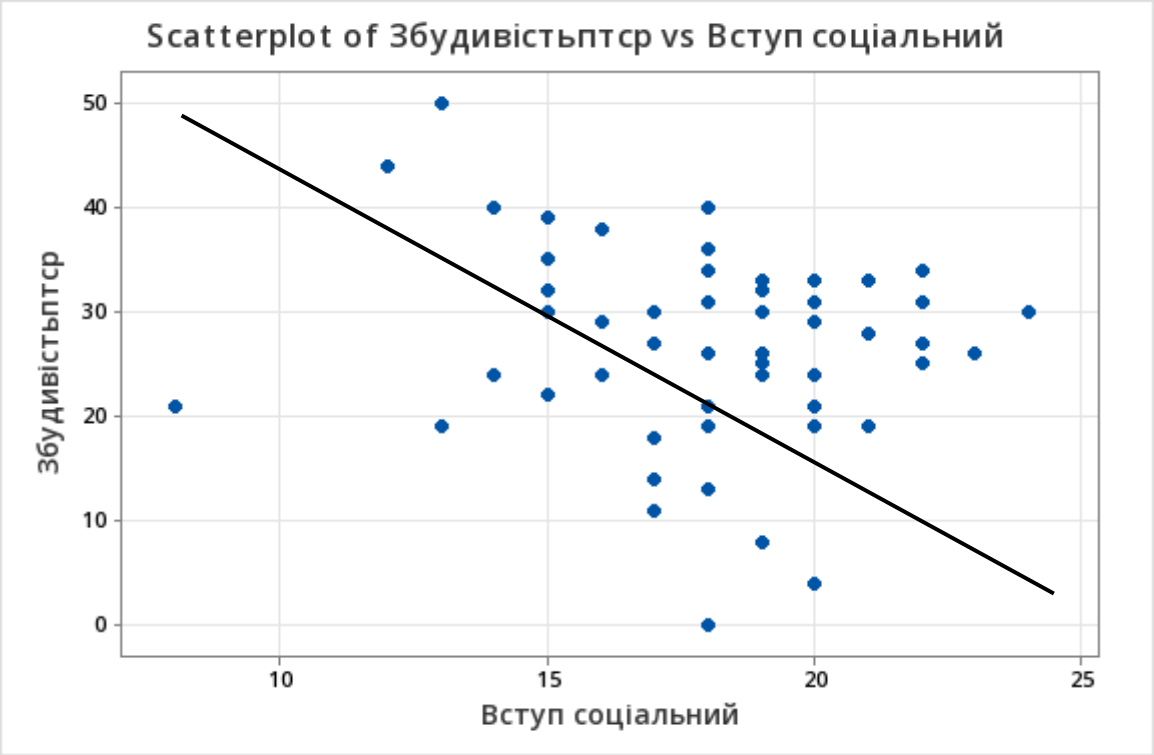
Середні за силою негативні кореляції були також виявлені і між факторами моделі BASIC Ph – загальний, когнітивний, соціальний та віра/цінності зі стресфакторами, що говорить про необхідність проопрацювання з вищевказаними ресурсами суб’єктивного сприйняття стресових факторів у клієнтів.

В ході обробки показників опитувальника «Стратегії долання стресових ситуацій» були виявлені помірні негативні кореляції між асертивною стратегією та проявами депресії та ПТСР (інтрузійний аспект). Це говорить про те, що люди, які застосовують асертивну стратегію менше підвладні негативній симптоматиці, отже під час психокорекційної роботи набуття клієнтами, у яких відсутня дана стратегія, навичок асертивної поведінки буде сприяти зменшенню симтоматики та збільшенню навичок в подоланні стресу.

Був виявлений помірний позитивний зв’язок між стратегією уникнення і проявами депресії та ПТСР, що говорить про те, що дана стратегія є неефективною і під час психокорекційної роботи для клієнтів, у яких наявна дана стратегія, слід впроваджувати заміну її на проактивні та просоціальні.

Таку ж картини і такі висновки ми можемо зробити щодо імпульсивної стратегії та її впливу на симптоми ПТСР.

Це підтверджують зв'язок, який був виявлений у нашому дослідженні щодо сильної значимої кореляції між стратегією вступ до соціального контакту (трохи в меншій мірі пошук соціальної підтримки) та такими симптомами ПТСР як уникнення та збудливість (рис. 3.8)



соціального контакту

Такий же зв'язок було знайдено між маніпулятивною стратегією та симптомами ПТСР. Звичайно, як вступ до соціальних контактів так і непряма стратегія являються активними у соціальному плані, але якщо перша є просоціальною, то друга антисоціальною. Тому, звичайно, в психокорекційній роботі слід приділяти увагу саме першій стратегії.

Стосовно зв'язку даних опитувальника «Стратегії долання стресових ситуацій» із стрес-факторами, то була визначена помірна негативна кореляція між стрес-факторами та асертивністю (знову ж таки треба брати цю стратегію до уваги в психокорекційній роботі), та помірна позитивна кореляція із стрес-факторами і стратегією уникнення та агресивною стратегією. Тобто у

психокорекційній/психотерапевтичній роботі для зменшення симптоматики ПТСР потрібно робити заміщення цих двох стратегій на проактивні та просоціальні.

Підсумовуючи, можна сказати що психічне здоров'я – це багатогранний аспект життя, який охоплює не лише відсутність психічних захворювань, але й здатність індивіда до особистісного розвитку, адаптації до змін і інсталяції здорових стосунків. Воно включає гармонію між когнітивними, емоційними та соціальними компонентами. Психічно здорова людина зберігає стійкість перед труднощами, може керувати своїми емоціями та розвивати оптимістичне ставлення до життя. Відновлення і підтримка психічного здоров'я є комплексним процесом, який потребує уваги до соціального середовища, умов життя, рівня стресу та доступу до підтримки та ресурсів.

Стрес суттєво впливає на психічне здоров'я, викликаючи широкий спектр негативних психологічних та фізіологічних реакцій. У відповідь на стрес тіло запускає реакцію «бий або тікай», яка підвищує рівень гормонів, таких як кортизол та адреналін. Хронічний стрес знижує здатність до саморегуляції та опори психологічним труднощам, що може привести до депресії, тривожності, порушення сну і навіть розвитку ПТСР. Серед ефективних способів зменшення впливу стресу виділяються когнітивні стратегії, соціальна підтримка, фізична активність та практики на основі уяви й віри.

ВИСНОВКИ

На основі отриманих результатів можна зробити наступні висновки:

1. Здоров’я людини - це багатогранне поняття, яке охоплює не лише фізичне фізичний, але й психічний рівень. Саме психічне здоров’я забезпечує стійкість до стресових ситуацій, а також сприяє розвитку адаптивності, здатності контролювати емоції та позитивно реагувати на життєві виклики. Воно виступає базисом для психологічного здоров’я, тобто уможливлює розвиток особистості.

2. Стрес, як неспецифічна реакція організму на сильну зовнішню дію є складним і багатогранним явищем, і важливо розуміти, що кожна особистість реагує на стресові чинники індивідуально. Нездатність організму адаптуватися до стресу може призводити до хронічних форм стресу, які мають негативний вплив на загальний стан здоров’я людини, викликаючи широкий спектр фізіологічних розладів.

3. Стрес впливає як позитивно (у помірних кількостях), так і негативно (тривалий і надмірний стрес) як на фізіологічне, так і на психічне благополуччя. Подолання стресу та його наслідків залежить від багатьох факторів, одним з головних виступає особистість, а її головною характеристикою є життєстійкість.

4. Стратегії подолання стресу грають важливу роль в збереженні ментального здоров’я людей. Збільшення кількості та зміцнення ресурсних стратегій, набуття активних та просоціальних копінг-стратегій сприяє підвищенню резелієнтності (стресостійкості) та ефективному подоланню ситуацій викликаних негативними стрес-факторами. Особливої важливості це набуває в реаліях сьогоднішньої ситуації в Україні, коли війна, її наслідки впливають на збільшення проявів афективних (депресивних) розладів, розвитку хронічного стресу/ПТСР, що і показало наше дослідження.

5. Дослідження показало зростання кількості та сили депресивних симптомів та симптомів ПТСР, збільшення частоти коморбідних випадків. Тому особливу увагу на початку роботи слід приділяти психодіагностиці, для того щоб виявляти такі симптоми. У випадку високих негативних показників слід приймати рішення щодо залучення для клієнта психіатричної допомоги.

6. В процесі дослідження був виявлений негативний стійкий зв'язок пов'язаний з кількістю та силами ресурсних стратегій та наявністю у досліджуваних депресивних симптомів та симптомів ПТСР/хронічного стресу. Крім того, було виявлено позитивну роль у подоланні стресових розладів проактивних, просоціальних копінг-стратегій. Тому, в психокорекційній/психотерапевтичній роботі пов'язаній з афективними порушеннями, депресією та тривогою, хронічним стресом та ПТСР, окрім прямих інтервенцій спрямованих на подолання негативних симптомів, потрібно приділяти увагу збільшенню у клієнта можливих проактивних та просоціальних стратегій, ресурсних стратегій подолання стресу. Наявність у більшості досліджуваних виражених пасивних стратегій (уникнення) та антисоціальних стратегій (агресивна поведінка) підказує, що саме ці неефективні стратегії повинні бути заміщені.

7. Для таких цілей ефективною моделлю слід вважати модель ресурсних копінг-стратегій BASIC Ph. Особливу увагу слід приділяти розвитку ресурсів «віра/цінності», «когніції», «соціальна підтримка». Найбільш ефективним для такої задачі являються техніки пов'язані із напрямками SEE FAR CBT, для розвитку когнітивного ресурсу – КПТ, для ціннісного ресурсу – логотерапія, позитивна терапія. Було виявлено також, що досліджувані рідко використовують ресурс фізична активність. Тому, важливо звертати увагу і на набуття копінг-стартегій у даному напрямку, тим більш, що техніки, що можуть використовуватись в даній стратегії (дихання, заземлення, продуктивна м'язова релаксація і т.д.) можуть застосовуватись клієнтами самостійно.

8. У випадку роботи з симптомами ПТСР, а саме інтрузіями (втручаннями) та уникнення слід додаткову увагу приділяти ресурсу «уява», саме негативний зв'язок між цим ресурсом та симптомами ПТСР був виявлений

в нашому дослідженні. Найбільш ефективними у даному випадку являються техніки, що пов’язані саме із цим психічним процесом – епістеміологічна метафора, символдрама, НЛП, аутотренінг.

9. Значимими стрес-факторами у досліджені були визначені страхи та невизначеність. Тому в психокорекційній роботі слід приділяти увагу роботі з цими факторами, а саме стосовно страхів, то тут підходять техніки які редукують суб’єктивні та психофізіологічні аспекти страху (прогресивна релаксація, таппінг-техніки, аутогенне тренування, заземлення тощо). Необхідно також використовувати методики, що знижують рівень суб’єктивної невизначеності клієнтів (наприклад, використовуючи техніки КПТ спрямовані на організацію власного життя). Стосовно невизначеності, то була виявлена середня негативна кореляція між цим стрес-фактором та рівнем освіти. Як і в попередньому випадку, такий зв’язок пов’язаний із формуванням стійких цінностей.

10. Дослідження показало, що, незважаючи на наявність симптомів розладів, депресії, ПТСР люди не завжди схильні звертатись за психологічною допомогою. Тому важливим моментом для держави, органів охорони психічного здоров’я, громадських організацій є розуміння того, що слід приділяти більше уваги психоедукаційному напрямку.

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. С. 234.

2. Бартчук Р. П., Хващца Й., Хобфолл С. Е., Невіадомська І., Гальковська-Баханек М. Чи є структура шкали стратегічного підходу до подолання стресу крос-культурно стабільною? Докази на основі оглядової літератури. *Рочники психологічні / Annals of Psychology*. 2020. XXIII(1), С. 7–21. DOI: http://dx.doi.org/10.18290/rpsych20231-1.

3. Башоглу М., Паркер М., Паркер О., Озмен Е., Маркс І. та ін. Психологічні наслідки тортур: порівняння катованих політичних активістів з некатованими в Туреччині. *American Journal of Psychiatry*, Т. 151. 1994. С. 76–81.

4. Бірс К. В. «Розум, який знайшов себе»; автобіографія. Нью-Йорк. Longmans, Green & Co, 1910. С. 340. URL: https://archive.org/details/mindthatfoundits00beer

5. Брамвелл К., Річардсон Т. Поліпшення депресії та психічного здоров’я після терапії прийняття та зобов’язання пов’язані зі змінами в дефузії та діях, заснованих на цінностях. *Journal Contemp Psychother*, Вип. 48(1). 2018. С. 9-14. DOI: 10.1007/s10879-017-9367-6. Epub 2017, 2 вересня.

6. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. С. 338

7. Гаутам М., Тріпаті А., Дешмук Д., Гаур М. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. *Індійська Психіатрія,* 2020. 17 січня; 62 (Додаток 2). С. 223–229. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19.

8. Грабовська С. Л. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні проблеми людини*, 2010. № 4. С. 188-199. URL: http://dspace.nbuv.gov.ua/handle/123456789/27423 .

9. Графіня Х., Пауелл С., Сольдо А., Хагл М., Рознер Р. Тривалий психологічний стрес тих, хто пережив боснійську війну: 11-річне спостереження за колишніми переміщеними особами, репатріантами та особами, які залишилися, *BMC Психіатрія*, Т. 19(1). 1. 2019. DOI: 10.1186/s12888-018-1996-0. URL: https ://doi .org /10.1186 /s12888 -018 -1996 -0.

10. Даніляк О.К, Маринець С.-А., Заячковская О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Селье до сучасних досягнень. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького Львів, Україна, *Праці НТШ Мед. Науки,* Т. XLV. 2016. С. 27–40

11. Кендлер К. С., Хеттема Дж. М., Бутера Ф., Гарднер С. О., Прескотт С. А. Виміри життєвих подій, таких як втрата, приниження, захоплення та небезпека, у прогнозуванні настання великої депресії та генералізованої тривоги. *Archives of General Psychiatry*, Т. 60. 2003. С. 789–796.

12. Кеннон У. Мудрість тіла. Нью-Йорк: WW Norton & Company, 1932. С. 380.

13. Кокун О.М., Мороз В.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Формування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до виконання завдань за призначенням під час бойового злагодження: метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2021. 170 с.

14. Костюк Д., Костюк В. Психічне та психологічне здоров'я особистості: поняття, зміст та критерії. *Вісник Національного університету оборони України*. Вип. № 2 (50). 2018. URL: http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/157829/157126 (7)

15. Кречун Б., Крайован П. М., Крачун А. Відчуття стресу та стратегічний підхід до подолання серед медичних працівників у приватній практиці*, Procedia - Соціальні та поведінкові науки*, Т. 187. 2015. С. 374–378. URL: https ://doi.org/10.1016/j.sbspro .2015.03.070 .

16. Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід, *Науковий вісник ХДУ.* Серія Психологічні науки, Вип. № 2. 2022. С 64-70. DOI: https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-9.

17. Лазарус Р. Стрес, оцінювання та подолання: монографія. Нью-Йорк, 1984. С. 445

18. Лахад М. Від жертви до переможця: Розвиток моделі BASIC PH подолання та стійкості. *Traumatology*, 2016. Вип. 23. DOI: https://doi.org/10.1037/trm0000105

19. Лахад М., Айалон О., Шахам М. *Модель "BASIC Ph" coping і стійкості: теорія, дослідження та міжкультурне застосування.* Лондон: Jessica Kingsley Publishers, 2012. С. 304.

20. Лахад М., Фарчі М., Лейкін Д., Капланскі Н. Попереднє дослідження нового інтегративного підходу до лікування посттравматичного стресового розладу: SEE FAR CBT. *The Arts in Psychotherapy*. Вип. № 37. 2010. С. 391-399. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.07.003

21. Лейсі Дж. Л., Лейсі Б. С. Верифікація та розширення принципу стереотипізації вегетативної відповіді. *Американський журнал психології*. Вип. 71. 1958. С. 50-73.

22. Ловенталь Б. Наслідки жорстокого поводження з дитинством і розвиток стійкості. *Early Child Dev. Care*. 1998. Вип. 142. С.43-52.

23. Мадакасіра С., О'Браєн К. Ф. Гострий посттравматичний стресовий розлад у жертв стихійного лиха. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Т. 175. 1987. С. 286–290.

24. МакМахон С.Д., Грант К.Е., Компас Б.Е., Турм А.Е., Ай С. Стрес і психопатологія у дітей і підлітків: чи є докази специфічності? *Журнал дитячої психології та психіатрії*, Том 44. 2003. С. 107–133.

25. Макнеллі Р. Дж. Психологічні механізми гострої реакції на травму. *Biological Psychiatry*, Т. 53, Вип. 9. 2003. С. 779–788.

26. Максаунд М., Абер Дж. Досвід війни та психосоціальний розвиток дітей у Лівані. *Child Development*, Т. 67. 1996. С. 70–88.

27. Мащак, С. О., Вихор, М. Б. Особливості впливу стресу на психічне здоров’я військовослужбовціВ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія: Психологія. Вип. 3. 2023. С. 18-22. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.3 .

28. Мельничук І. Я., Горська Г. О. Особливості використання копінг-стратегій за різних рівнів стресу в юнацькому віці. *Наукові записки.* Серія: Психологія, Вип. №1. 2023. С. 52–57. DOI: https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2023-1-7 .

29. Міністерство охорони здоров'я. В Україні презентували результати першого з початку повномасштабної війни дослідження психологічного стану населення. 14.09.2022. URL: https://moz.gov.ua/uk/v-ukraini-prezentuvali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja--

30. Найчук, В. В., Лєсніченко, Н. П. Розвиток стресостійкості особистості засобами арттерапії в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. Вип. (2), 2024. С. 133-136. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.26.

31. Нейдер К. О., Пінос Р. С., Фейрбенкс Л. А., Аль-Аджіл М., Аль-Асфур А. Попереднє дослідження посттравматичного стресового розладу та горя серед дітей Кувейту після кризи в Перській затоці. *British Journal of Clinical Psychology*. Т. 32. 1993. С. 407–416. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1993.tb01075.x.

32. Нільссон Д., Вадсбі М. Симболдрама, психотерапевтичний метод для підлітків з дисоціативними та ПТСР симптомами: пілотне дослідження. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, Вип. 11. 2010. С. 308-321. DOI: 10.1080/15299731003781075

33. Номпо Р., Прагхолапаті А., Томі А. Вплив нейролінгвістичного програмування (НЛП) на тривогу: систематичний огляд літератури. *KnE Life Sciences*. 2021, С. 496-507. DOI: https://doi.org/10.18502/kls.v6i1.8640.

34. Нордін К., Вестесон Е., Гофман К., Глімелій Б., Сьоден П.О. Розбіжності між досягненням і важливістю життєвих цінностей і тривогою та депресією у пацієнтів з раком шлунково-кишкового тракту та їх подружжя. *Психоонкологія*. 2001, листопад-грудень. Вип. 10(6). С. 479-89. DOI: 10.1002/pon.536.

35. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. Київ : Університет «Україна», 2023. С. 266.

36. Панько Т. В. Депресія і війна, *www.health -ua .com Неврологія. Психіатрія. Психотерапія*. № 4(63). 2023. URL: https ://health -ua .com /neurology /mizdisciplinarni -problemi /72686 -depresya -vjna .

37. Петерсон С., Селігман М. Причинно-наслідкові пояснення як фактор ризику депресії: теорія та докази. *Psychol. Rev.* Вип.91. 1984. С. 347–374.

38. Пінкус Д., Шейх А. А. Метафори для зцілення. Девіда Грова. *Imagination, Cognition and Personality*. Вип. 30(3). 2011. С. 259-287. DOI: 10.2190/IC.30.3.d

39. Предко В.В., Сомова О.О. Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського.* Серія: Психологія, Вип. № 4, Том 33 (72). 2022. DOI: https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.4/16

40. Прюсснер Дж. К., Хеллхаммер Д. Г., Кіршбаум К. Низька самооцінка, індукована невдача та реакція кори надниркових залоз. *Personality and Individual Differences*, Т. 27. 1999. С. 477–489.

41. Психічне здоров’я українських підлітків — дослідження, *Knowledge*, 2023. URL: https://knowledge.org.ua/psihichne-zdorov-ja-ukrainskih-pidlitkiv/ .

42. Радченко О.М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Медична газета «Здоров’я України 21 сторіччя»,* Вип. № 15-16. 2022. С. 532-533. URL: https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinarni-problemi/71356-teorya-stresu-taflosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin .

43. Руотсалайнен С., Янтунен С., Сінерво Т. Які фактори пов’язані із задоволеністю роботою, стресом, психологічним розладом і сприйнятою якістю догляду у фінських працівників служби догляду вдома? - змішаний метод дослідження. *BMC Health Serv Res*., 2020. Вип. 20, номер статті 896. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1 .

44. Сомро М. А., Сомро М. М., Махесар Г. А., Рані С. Дослідження факторів стресу та їх вплив на академічну успішність студентів на рівні університету. *Grassroots*, 2020. Вип. 53(1), 100. URL: https://www.researchgate.net/publication/340793589 .

45. Теорія розвитку ідентичності. *Lumen Learning*. URL: https://courses.lumenlearning.com/adolescent/chapter/identity-development-theory/.

46. Тунч Х., Морріс П. Г., Вільямс Д. М., Кіранідес М. Н. Роль ціннісних пріоритетів і повноцінного життя на депресію та тривогу серед молодих людей: перехресне дослідження. *Personality and Individual Differences*, Том 225. 2024. 112680. DOI: https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112680.

47. Федорова Т. Вплив стресових факторів, пов'язаних із війною в Україні, на психічне здоров'я молоді (на прикладі студентів 3-4 курсу Національного університету "Києво-Могилянська академія). *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 2023. URL: https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/522.

48. Федько О. А. Багатоаспектність поняття здоров'я у сучасній науковій думці. *Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток».* Вип. № 4. 2009. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=76#.

49. Фелман А. Ті-Мелегріто Р.Е. Що таке психічне здоров'я? *MedicalNewsToday.* Оновлено 22 березня 2024 р. URL: https://www.medicalnewstoday.com/articles/154543.

50. Флори Д. Д. Коморбідність між посттравматичним стресовим розладом і великим депресивним розладом: альтернативні пояснення та міркування щодо лікування. *Clin Neurosci*, 2015. Червень. Вип. 17(2). С. 141–150. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory.

51. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Київ: Видавництво, 2005. С. 320.

52. Фрейжур-Сміт Н., Лесперанс Ф., Гравель Г., Массон А., Жюно М. та ін. Соціальна підтримка, депресія та смертність протягом першого року після інфаркту міокарда. *Circulation*, Т. 101. 2000. С. 1919–1924.

53. Хващ Й., Бартчук Р. П., Невядомська І., Славська-Ярошевська П. Якість життя та просоціальне чи антисоціальне подолання депривації ресурсів: перехресне дослідження людей із ризиком соціального відчуження, *PLoS One* , 2022. Т. 17(9). e0275234. URL: 10.1371/journal.pone.0275234. DOI: https ://doi .org /10.1371 /journal .pone .0275234 .

54. Чи є покоління Z найбільш орієнтованим на успіх? Електронний ресурс. *Barna Group*. URL: https://www.barna.com/research/is-gen-z-the-most-success-oriented-generation/. Дата публікації: 6 червня 2018 р.

55. Шайган М., Хоссейні Ф.А., Шеміран М. *та ін.* Вплив мобільної логотерапії на депресію, суїцидальні думки та безнадійність у пацієнтів із великим депресивним розладом: дослідження змішаних методів. *Sci Rep* 13, 2023. 15828. URL: https://doi.org/10.1038/s41598-023-43051-8

56. Шайхлісламов З.Р., Горбенко В.Ю. Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія: Психологія, Том 34 (73), № 1. 2023. С. 64-69. DOI: https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/11.

57. Шалєв А. Ю., Фрідман С., Пері Т., Брандес Д., Сахар Т., Орр С. П., Гірник Р. К. Проспективне дослідження посттравматичного стресового розладу та депресії після травми. *Am Journal Psychiatry*, 1998. Травень; Вип. 155(5). С. 630-7. DOI: 10.1176/ajp.155.5.630.

58. Шварц Ш. Огляд теорії основних цінностей Шварца. *Онлайн-читання з психології та культури*, Вип. 2(1). 2012. URL: https ://doi .org /10.9707 /2307 -0919.1116.

59. Шевченко В. Взаємозв'язок захисних механізмів психіки та форм агресивної поведінки. *Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В. О. Сухомлинського*: зб. наук. Праць, №16. 2011. С. 235–239.

60. Шнайдерман Н., Айронсон Г., Сігел С.Д. Стрес і здоров'я: Психологічні, поведінкові та біологічні детермінанти. Авторський рукопис; *доступно в PubMed Central: 2008 16 жовт. Опубліковано в остаточній редагованій формі як:* Annu Rev Clin Psychol, Вип. 1. 2005. С. 607-628. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141.

61. Шоу Я. Діти, які постраждали від війни/тероризму. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Т. 6. 2003. С. 237–246. DOI: 10.1023/b:ccfp.0000006291.10180.bd.

62. Штраус В., Хоув Н. Покоління: історія майбутнього Америки, 1584–2069. Нью-Йорк: *William Morrow & Company*, 1991. С. 538.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник для оцінки ресурсів подолання стресу (за моделлю BASIC Ph)

Інструкція:

Подумайте про себе, коли Ви знаходитеся в кризі чи сильному стресі, що Ви зазвичай робите, щоб допомогти собі впоратися з цим станом? Що, на Вашу думку, допомагає Вам найкраще, а що – незначною мірою? Зважте кожен вислів і поставте хрестик («х») у відповідній клітинці навпроти номера твердження, де цифри означають:

0 – *ніколи* не користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

1 – я *рідко* користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

2 – я *іноді* користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

3 – я *періодично* користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

4 – я *часто* користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

5 – я *майже завжди* користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

6 – я *завжди* користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

Твердження.

1. Я здаюся і покладаюсь на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми
2. Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано, – до прикладу, пла́чу, коли думаю про себе
3. Я шукаю підтримки інших людей

4. Я фантазую і даю волю своїй уяві, – наприклад, уявляю себе у спокійному, безтурботному місці

5. Я збираю інформацію, щоб бути певним/ною у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми

6. Я їм або сплю менше, ніж звичайно, - або ж, навпаки, я їм та сплю більше, аніж зазвичай

7. Я вірю у мої власні сили і мою здатність долати перешкоди

8. Я висловлюю мої почуття у власний завуальований спосіб – через натяки, сарказм або навіть флірт

9. Я веду бесіди з друзями по телефону

10. Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки – як спосіб пошуку вирішення проблеми

11. Я аналізую проблеми, намагаючись знайти їх вирішення

12. Я постійно займаю себе фізично працею – наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом автомобіля чи навіть створенням моделі літака

13. Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»

14. Я звільняюсь від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині

15. Я намагаюся знайти підтримку у друга або членів моєї сім'ї

16. Слухаючи музику, я даю волю своїй уяві

17. Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком

18. Я використовую вправи для розслаблення

19. Я прошу допомоги у Бога в молитві

20. Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію

21. Я глибоко занурююсь у стосунки з членами моєї громади або організації, до якої я належу

22. Я згадую часи, коли мені було набагато краще, ніж зараз, або ж думаю про час, коли все зміниться на краще

23. Насамперед я намагаюся зрозуміти, що́, власне, відбувається

24. Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на

прогулянку або бігаю підтюпцем

25. Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію

26. Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії

27. Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись

28. Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книги, уявляючи себе на місці дійових осіб

29. Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблеми і, якщо це можливо, обираю найкращий з них

30. Я намагаюся постійно займати себе якоюсь фізичною діяльністю

31. Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим»

32. Я даю вихід моїм емоціям

33. Я пишу листи та е-мейли до друзів – з надією на їх відповідь

34. Я мрію, думаю про кращі часи, уявляючи собі їх

35. Я намагаюся знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб, з тих, які знаю, обмірковуючи кожен з них

36. Я виходжу з дому або намагаюся бути активним/ною для того, щоб позбутися надлишку енергії.

Опрацювання результатів.

Перенесіть отримані Вами бали у таблицю, що наведена нижче, та підрахуйте отримані бали по вертикалі у кожній з шести колонок.

Таблиця А.1.

B	A	S	I	C	Ph
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

Чим більша сума балів, тим більш розвинутою є відповідна стратегія: B – віра, переконання, цінності; A – емоції, почуття; S – соціальні зв’язки, соціальна підтримка; I – уява, мрії, спогади; C – когнітивні стратегії; Ph – тілесні ресурси, фізична активність.

Додаток Б

Опитувальник «Стратегії долання стресових ситуацій» (Strategic Approach to Coping Scale, SACS;
S. Hobfoll, адаптація Н. Водоп'янової та О. Старченкової)

Опитувальник дозволяє визначити основні поведінкові стратегії подолання стресових ситуацій і моделей копінг-поведінки досліджуваних.

Реєстраційні дані:

Вік:

Стать:

Сімейний стан:

Наявність дітей:

Рівень освіти:

Інструкція: «Уважно прочитайте твердження та обведіть кружечком **один** із запропонованих варіантів відповідей, який найбільше Вам підходить».

1. Зовсім не вірно
2. Навряд чи це так
3. Важко відповісти
4. Мабуть це так
5. Цілком вірно

Питання:

1. У будь-яких складних ситуаціях Ви не здаєтеся
2. Ви об'єднуєтеся з іншими людьми, щоб разом вирішити ситуацію
3. Ви радитеся з друзями або близькими про те, що б вони зробили, опинившись у Вашому становищі
4. Ви завжди дуже ретельно зважуєте можливі варіанти рішень (краще бути обережним, ніж піддавати себе ризику)
5. Ви покладаєтеся на свою інтуїцію

6. Як правило, Ви відкладаєте вирішення проблеми, яка виникла, в надії, що вона розв’яжеться сама

7. Чи намагаєтеся тримати все під контролем, хоча і не показуєте цього іншим

8. Ви думаєте, що іноді необхідно діяти настільки швидко і рішуче, щоб застати інших зненацька

9. Вирішуючи неприємні проблеми, Ви часто виходите із себе й можете “наламати чимало дрів”

10. Коли хто-небудь із близьких поводиться з Вами несправедливо, Ви намагаєтеся вести себе так, щоб вони не відчули, що Ви засмучені

11. Ви намагаєтеся допомагати іншим при вирішенні ваших спільних проблем

12. Ви не соромитеся, за необхідності, звертатися до інших людей за допомогою або підтримкою

13. Без необхідності Ви не “викладаєтеся” повністю, воліючи заощаджувати свої сили

14. Ви часто дивуєтеся тому, що найбільш правильним є саме те рішення, що першим прийшло Вам у голову

15. Іноді Ви волієте зайнятися чим завгодно, аби тільки забути про неприємну справу, яку потрібно робити

16. Для досягнення своїх цілей Вам часто доводиться “підігрувати” іншим або підлаштовуватися під інших людей (трохи “кривити душею”)

17. У певних ситуаціях Ви ставите свої особисті інтереси вище всього, навіть якщо це зашкодить іншим

18. Як правило, перешкоди для вирішення Ваших проблем або досягнення бажаного, сильно виводять Вас із себе, можна сказати, що вони просто бісять Вас

19. Ви вважаєте, що в складній ситуації краще діяти самому, ніж чекати, коли її будуть вирішувати інші

20. Перебуваючи у важкій ситуації, Ви роздумуєте про те, як діяли б у цьому випадку інші люди

21. У важкі хвилини для Вас дуже важлива емоційна підтримка близьких людей

22. Ви вважаєте, що у всіх випадках краще “сім разів відміряти, перш ніж відрізати ”

23. Ви часто програєте через те, що не покладаєтеся на свої передчуття

24. Ви не витрачаєте свою енергію на розв’язання того, що, можливо, саме по собі вирішиться

25. Ви дозволяєте іншим людям думати, що вони можуть вплинути на Вас, але насправді Ви – “міцний горішок”, і нікому не дозволяєте маніпулювати собою

26. Ви вважаєте, що корисно демонструвати свою владу й зверхність для зміцнення власного авторитету

27. Вас можна назвати запальною людиною

28. Вам буває досить важко відповісти відмовою на вимоги або прохання

29. Ви думаєте, що в критичних ситуаціях краще діяти спільно з іншими

30. Ви вважаєте, що на душі може полегшати, якщо поділитися з іншими своїми переживаннями

31. Ви нічого не приймаєте на віру, тому що думаєте, що в будь-якій ситуації можуть бути «підводні камені»

32. Ваша інтуїція Вас ніколи не підводить

33. У конфліктній ситуації Ви переконуєте себе й інших, що проблема «не варта й виїденого яйця»

34. Іноді Вам доводиться трохи маніпулювати людьми (вирішувати свої проблеми, незважаючи на інтереси інших)

35. Буває дуже вигідно поставити іншу людину в незручне й залежне становище

36. Ви вважаєте, що краще рішуче й швидко дати відсіч тим, хто не згодний з Вашою думкою, ніж «тягнути кота за хвіст»

37. Ви легко й спокійно можете захистити себе від несправедливих дій з боку інших, при необхідності – сказати «ні» в ситуації емоційного тиску

38. Ви вважаєте, що спілкування з іншими людьми збагатить Ваш життєвий досвід

39. Ви думаєте, що підтримка інших людей дуже допомагає Вам у важких ситуаціях

40. У важких ситуаціях Ви довго готуєтеся і волієте спочатку заспокоїтися, а потім уже діяти

41. У складних ситуаціях краще слідувати першому імпульсу, аніж довго зважувати всі можливі варіанти

42. Ви по можливості уникаєте рішучих дій, що вимагають великої напруженості й відповідальності за наслідки

43. Для досягнення своїх заповітних цілей не гріх і трохи злукавити

44. Ви шукаєте «слабкості» інших людей і використовуєте їх з вигодою для себе

45. Брутальність і дурість інших людей часто викликають у Вас лють (виводять Вас із себе)

46. Ви відчуваєте незручність, коли Вас хвалять або говорять компліменти

47. Ви впевнені, що у важких ситуаціях Ви завжди знайдете розуміння й співчуття з боку близьких людей

48. Ви думаєте, що у всіх випадках потрібно додержуватися принципу «тихіше їдеш – далі будеш»

49. Дія під впливом першого пориву завжди гірше, ніж тверезий розрахунок

50. У конфліктних ситуаціях Ви волієте знайти які-небудь важливі й невідкладні справи, дозволяючи іншим зайнятися рішенням проблеми або сподіваючись, що час все розставить на свої місця

51. Ви думаєте, що хитрістю можна домогтися інколи більше, ніж діючи прямо

52. Ви дотримуєтеся точки зору, що ціль виправдовує засоби
53. У значущих і конфліктних ситуаціях Ви буваєте агресивним.

«Ключ»

Таблиця Б.1

Відповідь	Номера тверджень
Сума пунктів, які рахуються *в прямих значеннях* (∑1):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14,15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються *узворотних значеннях* (∑2):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: ∑1+∑2.

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п’яти балів.

Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3,2, 1).

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

За даними В.Ю. Шаніна:

- добре адаптовані – 76 ± 18;
- психічні розлади – 86 ± 26;
- ПТСР – 130 ± 18.

Додаток В

Шкала депресії Бека А.Т.

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

Інструкція: «Прочитайте кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас».

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.
   б) Мені погано.
   в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.
   г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене.
   б) Я боюся майбутнього.
   в) Мене ніщо не радує.
   г) Моє майбутнє безпросвітно.
3. а) В житті мені переважно щастило.
   б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.
   в) Я нічого не добився в житті.
   г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.
   б) Як правило, я скучаю.
   в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.
   г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.
   б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це

нічого не відомо.

в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.

г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.

6. а) Я задоволений собою.

б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.

в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.

г) Я абсолютно нікчемна людина.

7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання:

б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.

в) Я знаю, що заслуговую покарання.

г) Я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.

б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.

в) Я не люблю себе.

г) Я себе ненавиджу.

9. а) Я нічим не гірший за інших.

б) Деколи я припускаюся помилки.

в) Просто жахливо, як мені не щастить.

г) Я сію навколо себе одні нещастя.

10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.

б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.

в) Було краще б зовсім не жити.

г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11. а) У мене немає причин плакати.

б) Буває, що я і поплачу.

в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакатися.

г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.

12. а) Я спокійний.

б) Я легко дратуюсь.

в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.

г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.

13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.

б) Іноді я відкладаю рішення на потім.

в) Приймати рішення для мене проблематично.

г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.

14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.

б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.

в) Справи йдуть дедалі гірше, − я виглядаю погано.

г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.

15. а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.

б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.

в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.

г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.

16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.

б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.

в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.

г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п’яти годин на добу.

17. а) У мене збереглася колишня працездатність.

б) Я швидко втомлююся.

в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.

г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.

18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.

б) У мене пропав апетит.

в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.

г) У мене взагалі немає апетиту.

19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.

б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.

в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.

г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.

20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.

б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.

в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.

г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.

21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.

б) У мене постійно щось болить.

в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.

г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів

За відповіді нараховується:

«а» − 0 балів,

«б» – 1 бал,

«в» – 3 бали,

«г» – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів

Ступінь депресії:

0-4 бали - депресія відсутня;

5-7 бали - легкий ступінь депресії;

8-15 бали - середній ступінь депресії;

16 і більше балів - високий рівень депресії.

Додаток Г

Шкала оцінки впливу травмотичної події

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Інструкція: «Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перерахован»

1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.

2. Я не міг спокійно спати вночі.

3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.

4. Я відчував постійне роздратування і гнів.

5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.

6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.

7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.

8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.

9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.

10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.

11. Я намагався не думати про те, що трапилося.

12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.

13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.

14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.

15. Мені було важко заснути.

16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.

17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.

18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.

19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.

20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.

21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.

22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.

«Ключ»

Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем».

Кожен пункт оцінюється: «ніколи» - 0 балів; «рідко» - 1 бал; «іноді» - 3 бали; «часто» - 5 балів.

Додаток Ґ

Стрес-фактори

Інструкція: «Вам пропонується ряд значимих стрес-факторів, які частіше за все можуть негативно впливати на Ваш психоемоційний стан. Оцініть їх за ступенем важливості для Вас, присвоївши кожному фактору ранг від 1 до 10, враховуючи при цьому, що фактору, який для Вас є найбільш значимим, присвоюється ранг 10, фактору найменш значимому – ранг 1».

Ця анкета допоможе оцінити рівень впливу стресових факторів на ваше життя та визначити, наскільки вони впливають на ваш емоційний і фізичний стан. Оцініть кожне твердження за шкалою від 1 до 5, де:

1 – Ніколи 2 – Рідко 3 – Іноді 4 – Часто 5 – Завжди

Питання:

1. Мене постійно турбує велике робоче навантаження.
2. Я відчуваю, що не встигаю виконати всі свої обов’язки на роботі.
3. Моя робота викликає у мене відчуття тривоги і напруги.
4. Я постійно відчуваю тиск від керівництва або колег.
5. Я часто працюю понаднормово або беру роботу додому.
6. Я часто відчуваю, що не можу контролювати ситуацію на роботі чи вдома.
7. Мене лякає невизначеність майбутнього (робота, фінанси, особисте життя).
8. Я не впевнений у стабільності свого робочого місця чи фінансового становища.
9. Я не маю чіткого плану чи стратегії щодо своєї кар’єри чи особистого життя.
10. Невпевненість у майбутньому викликає в мене сильний стрес.
11. Я часто стикаюся з конфліктами на роботі або в особистому житті.
12. Я відчуваю труднощі в спілкуванні з близькими або колегами.
13. Напружені відносини з іншими людьми сильно впливають на мій

емоційний стан.

14. Конфлікти з близькими людьми викликають у мене тривожність та стрес.

15. Я відчуваю напругу через відсутність підтримки з боку оточуючих.

16. Я часто переживаю стрес через значні зміни у своєму житті.

17. Незнайомі ситуації викликають у мене занепокоєння та страх.

18. Я часто турбуюся про адаптацію до нових умов чи обставин.

19. Несподівані життєві зміни призводять до тривалого відчуття стресу.

20. Я не можу швидко пристосуватися до нових умов життя або роботи.

21. Я часто сумніваюся у своїх можливостях та здібностях.

22. Я відчуваю страх перед невдачею чи критикою.

23. Відчуття невпевненості в собі викликає у мене постійний стрес.

24. Я часто турбуюся про своє майбутнє і здатність впоратися з труднощами.

25. Я часто відчуваю фізичну втому, навіть якщо достатньо відпочиваю.

26. Постійне емоційне напруження вичерпує мої сили.

27. Я відчуваю тривожність і неспокій більшу частину часу.

28. Через хронічний стрес у мене погіршується здоров’я (сон, апетит, імунітет тощо).

29. Я відчуваю виснаження, і це впливає на мою продуктивність.

Оцінювання

Після заповнення анкети підрахуйте кількість балів за кожним блоком питань. Високі показники вказують на значний вплив стрес-факторів на ваше життя. Це дозволить виявити основні сфери, які потребують уваги, а також допоможе визначити шляхи подолання хронічного стресу.