МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ЖІНОК У ТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУПАХ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-з-2-дн
спеціальності 053– Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Рихлова Тетяна Леонідівна
Керівник: к. психол. наук, доцент
кафедри психології Железнякова Ю.В.
Рецензент: к. психол. наук, доцент
кафедри психології Мосол Н.О.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
_____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
«____»_____2026 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Рихловій Тетяні Леонідівні

1. Тема роботи: Психологічна підтримка емоційної стійкості жінок у терапевтичних групах
керівник роботи Железнякова Ю.В., к.психол.н, доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с
2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити вплив групової терапії на підвищення емоційної стійкості жінок, зокрема: обґрунтувати умови ефективності психологічної підтримки в груповому форматі; описати організацію, вибірку та методи емпіричного дослідження; здійснити психологічну діагностику та реалізувати програму підтримки; проаналізувати динаміку емоційної стійкості учасниць груп після психологічного впливу.
Перелік графічного матеріалу: 12 таблиць, 6 рисунків.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Железнякова Ю.В., доцент		
Розділ 1	Железнякова Ю.В., доцент		
Розділ 2	Железнякова Ю.В., доцент		
Розділ 3	Железнякова Ю.В., доцент		
Висновки	Железнякова Ю.В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	січень 2026 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	січень 2026 р.	Виконано

Студентка _____Т. Л. Рихлова

Керівник роботи _____ Ю. В. Железнякова

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 95 сторінок, 6 рисунків, 12 таблиць, 93 джерела, 4 додатка.

Об'єкт дослідження: емоційна стійкість особистості.

Предмет дослідження: емоційна стійкість жінок у процесі участі в терапевтичних групах підтримки та методи її підтримки.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити вплив групової терапії на підвищення емоційної стійкості жінок.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що участь жінок у груповій терапії сприятиме статистично значущому підвищенню рівня їхньої емоційної стійкості та її структурних компонентів (мотиваційного, регулятивно-вольового, емоційного та інтелектуального) завдяки спеціально розробленій програмі психологічної підтримки.

Методи дослідження: теоретичні методи включали аналіз, синтез та узагальнення наукової літератури; емпіричні: представлені формувальним експериментом та психодіагностичним методом; методи математичної статистики.

Наукова новизна: у дослідженні розроблено та експериментально перевірено комплексну програму психологічної підтримки жінок, що інтегрує гендерно-чутливий підхід (модель «піклуйся і дружи») з механізмами групової терапії для цілеспрямованого розвитку емоційної стійкості; удосконалено наукові уявлення про динаміку структурних компонентів (мотиваційного, регулятивно-вольового, емоційного та інтелектуального) емоційної стійкості жінок під впливом цілеспрямованого психологічного втручання.

Галузь використання: психологія, психотерапія.

ЕМОЦІЙНА СТІКІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА, ГРУПОВА ТЕРАПІЯ, МЕТОДИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ, ЖІНКА.

SUMMARY

Rykhlova T. L. Psychological support for emotional resilience in women in therapeutic groups.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (93 items, 55 of foreign origin), 4 appendixes on 23 pages. The qualifying work volume is 129 pages long, 95 of them – main text. There are 12 tables and 6 illustrations.

The qualifying work gives theoretical survey and describes the experimental research emotional resilience of women participating in therapeutic support groups, and how to support it. The master thesis is composed of 3 chapters, each of them dealing with different aspect of emotional resilience of women.

The research object: emotional resilience of personality.

The research subject: the emotional resilience of women participating in therapeutic support groups, and how to support it.

The research goal: theoretically substantiate and experimentally verify the impact of group therapy on improving the emotional resilience of women.

The research tasks are: analyse the concept of emotional resilience; identify gender-specific features of emotional resilience in women, and how it manifests and develops; determine the role of psychological support in strengthening emotional resilience; describe group psychotherapy as a means of maintaining emotional balance; explore the specific dynamics of interaction within women's therapeutic groups; justify the conditions necessary for psychological support to be effective in a group setting; describe the organisation, sampling and methods of empirical research; conduct psychological diagnostics and implement a support programme; analyse the emotional resilience dynamics of group participants after psychological influence.

Chapter 1 «Theoretical basis for the formation of emotional resilience in women» provides theoretical analysis of the development of emotional resilience in women.

In the Chapter 2 «Psychological aspects of the functioning of therapeutic groups» defines the psychological aspects of therapeutic support groups.

Chapter 3 « Empirical study of the effectiveness of psychological support for women in therapeutic groups» explains the design and methods of research.

Key words: emotional resilience, psychological support, group therapy, psychological support methods, women.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ЖІНОК 13
1.1. Аналіз змісту поняття емоційної стійкості 13
1.2. Гендерні особливості прояву та розвитку емоційної стійкості у жінок 21
1.3. Роль психологічної підтримки у зміцненні емоційної стабільності 31
РОЗДІЛ 2 ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУП 40
2.1. Групова психотерапія як засіб підтримки емоційної рівноваги 40
2.2. Психологічні особливості взаємодії в жіночих терапевтичних групах 48
2.3. Умови ефективності психологічної підтримки в груповому форматі 58
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЖІНОК У ТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУПАХ 68
3.1. Організація дослідження, характеристика вибірки та методи 68
3.2. Проведення психологічної діагностики та реалізація програми підтримки 75
3.3. Аналіз динаміки емоційної стійкості учасниць груп після психологічного впливу 84
ВИСНОВКИ 92
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 96
ДОДАТКИ 107

ВСТУП

Актуальність теми. В умовах зростаючої динаміки соціальних змін та інтенсифікації психологічних навантажень проблема збереження ментального здоров'я та ефективності особистості набуває особливої гостроти. Центральне місце в таких умовах посідає феномен емоційної стійкості, що розглядається як ключовий внутрішній ресурс для адаптації та протидії стресогенним впливам.

Незважаючи на широке визнання значущості цієї якості, у науковому дискурсі досі відсутній єдиний підхід до її трактування, що ускладнює розробку уніфікованих практичних інструментів для її діагностики та розвитку. Сучасний світ ставить перед жінками унікальні виклики, пов'язані з необхідністю поєднувати професійну самореалізацію, сімейні обов'язки та соціальну активність, що часто призводить до емоційного вигорання та психологічного дистресу.

Актуальність цього дослідження для України значно посилюється в умовах сучасних соціально-політичних викликів, які створюють безпрецедентний рівень стресу для всього суспільства. Жінки, виконуючи безліч соціальних ролей, часто стають емоційною опорою для своїх родин та спільнот, водночас переживаючи власні глибокі травми та тривоги. У цих умовах пошук ефективних, доступних та науково обґрунтованих методів психологічної підтримки стає не просто академічним інтересом, а нагальною суспільною потребою. Саме групова терапія, що базується на принципах взаємодопомоги та солідарності, може стати потужним інструментом для зміцнення емоційної стійкості, дозволяючи жінкам знаходити ресурс у спільному досвіді та формувати стійкі підтримуючі зв'язки.

Проблема емоційної стійкості особистості перебуває в центрі уваги багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців. Вагомий внесок у розуміння її структури та механізмів зробили українські дослідники, зокрема І. Аршава,

яка розглядала її як ключовий фактор професійної діяльності; О. Малхазов, що вивчав її розвиток в осіб із травматичним досвідом; О. Андрусик, яка розробила структурно-компонентну модель; а також Г. Чайка, А. Неурова, О. Шевчишена, Н. Побірченко та інші, що аналізували її різні аспекти. Зарубіжні наукові школи також глибоко досліджували цей феномен: Р. Кеттелл розглядав емоційну стійкість як фундаментальну рису особистості, Ш. Тейлор розробила гендерно-специфічну теорію реакції на стрес «піклуйся і дружи», а праці І. Ялома стали класичними у вивченні терапевтичних факторів групової психотерапії.

Попри значні напрацювання, що стосуються окремих компонентів емоційної стійкості та загальних принципів групової роботи, залишається відкритим питання про те, як саме специфічні механізми групової динаміки в гомогенних жіночих групах впливають на структурні компоненти стійкості. Недостатньо дослідженою є практична ефективність програм, що цілеспрямовано поєднують гендерно-чутливий підхід із науково обґрунтованими психотерапевтичними техніками, що й зумовлює актуальність представленого дослідження.

Об’єкт дослідження – емоційна стійкість особистості.

Предмет дослідження – емоційна стійкість жінок у процесі участі в терапевтичних групах підтримки та методи її підтримки.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити вплив групової терапії на підвищення емоційної стійкості жінок.

Гіпотеза дослідження. Передбачається, що участь жінок у груповій терапії сприятиме статистично значущому підвищенню рівня їхньої емоційної стійкості та її структурних компонентів (мотиваційного, регулятивно-вольового, емоційного та інтелектуального) завдяки спеціально розробленій програмі психологічної підтримки.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:

1. Проаналізувати зміст поняття емоційної стійкості.

2. Визначити гендерні особливості прояву та розвитку емоційної стійкості у жінок.

3. З’ясувати роль психологічної підтримки у зміцненні емоційної стабільності.

4. Охарактеризувати групову психотерапію як засіб підтримки емоційної рівноваги.

5. Розкрити особливості взаємодії в жіночих терапевтичних групах.

6. Обґрунтувати умови ефективності психологічної підтримки в груповому форматі.

7. Описати організацію, вибірку та методи емпіричного дослідження.

8. Здійснити психологічну діагностику та реалізувати програму підтримки.

9. Проаналізувати динаміку емоційної стійкості учасниць груп після психологічного впливу.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс взаємодоповнюючих методів.

Теоретичні методи включали аналіз, синтез та узагальнення наукової літератури для визначення теоретико-методологічних засад роботи.

Методологічним підґрунтям нашого емпіричного дослідження стала структурно-компонентна модель розвитку емоційної стійкості, розроблена та апробована у дисертаційній роботі О. Андрусик. Емпіричні методи були представлені формувальним експериментом, що передбачав реалізацію програми психологічної підтримки, та психодіагностичним методом із застосуванням валідизованого інструментарію:

– «Методика діагностики особистості на мотивацію до досягнення успіху» Т. Елерса;

– «Методика діагностики рівня суб’єктивного контролю» Дж. Роттера;

– «Методика діагностики емоційного ставлення» Ч. Спілбергера.

Для обробки отриманих даних застосовувалися методи математичної статистики, зокрема кількісний та порівняльний аналіз з використанням t-критерію Стьюдента для залежних та незалежних вибірок з метою встановлення статистичної значущості відмінностей.

Наукова новизна одержаних результатів. У дослідженні вперше розроблено та експериментально перевірено комплексну програму психологічної підтримки жінок, що інтегрує гендерно-чутливий підхід (модель «піклуйся і дружи») з механізмами групової терапії (терапевтичні фактори І. Ялома) для цілеспрямованого розвитку емоційної стійкості; удосконалено наукові уявлення про динаміку структурних компонентів (мотиваційного, регулятивно-вольового, емоційного та інтелектуального) емоційної стійкості жінок під впливом цілеспрямованого психологічного втручання; набуло подальшого розвитку розуміння специфіки взаємодії в гомогенних жіночих групах, зокрема ролі афіліативних механізмів та потенційних ризиків (ко-румінація, реляційна агресія) у терапевтичному процесі.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що розроблена та апробована програма психологічної підтримки може бути використана в роботі практичних психологів, психотерапевтів та соціальних працівників для підвищення рівня емоційної стійкості та психологічного благополуччя жінок. Матеріали та результати дослідження можуть бути впроваджені в діяльність психологічних служб закладів вищої освіти, кризових центрів та громадських організацій, а також використані при підготовці майбутніх психологів у рамках навчальних курсів з психологічного консультування та психотерапії.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечено теоретичним обґрунтуванням вихідних положень, застосуванням комплексу валідних та надійних психодіагностичних методик, адекватних меті та завданням роботи, репрезентативністю вибірки (60 осіб), коректним застосуванням методів математичної статистики для обробки емпіричних

даних та класичним експериментальним планом із залученням контрольної групи.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 93 найменувань та чотирьох додатків. Загальний обсяг роботи становить 129 сторінок, з них основного тексту – 95 сторінок.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ЖІНОК

1.1 Аналіз змісту поняття емоційної стійкості

В умовах зростаючої динаміки соціальних змін та інтенсифікації професійної діяльності, проблема збереження психологічного благополуччя та ефективності особистості набуває особливої актуальності. Центральне місце у таких умовах посідає феномен емоційної стійкості, який розглядається як ключовий ресурс адаптації та протидії стресогенним впливам сучасного світу. Незважаючи на широке визнання значущості цієї якості, у науковому дискурсі досі відсутній єдиний, уніфікований підхід до її трактування. Різноманіття визначень, що простягається від визнання її вродженою рисою до розуміння як складного динамічного утворення, створює теоретичну невизначеність, яка ускладнює розробку практичних інструментів її діагностики та розвитку. Феномен емоційної стійкості особистості сьогодні аналізується в розрізі численних наукових напрямів, серед яких психологія стресу, теорії емоційної резильєнтності, психологічної стійкості та толерантності до стресогенних впливів. Значна кількість як українських, так і зарубіжних науковців зосереджувала свої дослідження на ключових аспектах цього явища, включно з вивченням його психологічних механізмів, структурних елементів та соціально-психологічних детермінант, що впливають на опірність особистості стресу.

Огляд наукової літератури, присвяченої проблематиці емоційної стійкості, свідчить про наявність розбіжностей у методологічних підходах до її дослідження, а також про відсутність уніфікованого визначення самого терміна. Так, у Великому тлумачному словнику сучасної української мови поняття емоційної стабільності трактується як характеристика стану

емоційно зрілої особи, чиї реакції відповідають конкретній ситуації [8, 349]. У Психологічному словнику під редакцією Н. Побірченко емоційна стійкість подається як інтегративна властивість особистості, що характеризується взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних та мотиваційних складових психіки, яка забезпечує оптимальне досягнення цілей у складних екстремальних умовах. Зазначається, що ця якість мінімізує негативні впливи, запобігає розвитку стресу та посилює готовність до дій у напружених обставинах [27, 99].

Довідник менеджера програми розвитку емоційної стійкості, виданий Товариством Червоного Хреста України, визначає цю рису як здатність позитивно реагувати на складні події, випробування чи досвід або адаптуватися до них. Це вміння повертатися до нормального стану після важких переживань або проходити через них, зберігаючи позитивне налаштування [33, 351]. За визначенням з Психологічного словника Американської психологічної асоціації, емоційна стабільність – це передбачуваність та послідовність емоційних реакцій, що виключає різкі коливання настрою [56]. На думку І. Аршави, емоційна стійкість є ключовою характеристикою особистості, що дозволяє контролювати емоційні прояви та ефективно функціонувати у стресових ситуаціях, які виникають у процесі професійної діяльності [6, 25–27].

О. Малхазов, аналізуючи розвиток емоційної стійкості в осіб із досвідом травматичних подій, підкреслює, що ця якість визначає успішність виконання звичних соціальних ролей (у сім'ї, суспільстві, на роботі). Крім того, від неї залежить ефективність дій в умовах невизначеності, дефіциту часу для прийняття рішень, у конфліктах та за умов граничних навантажень [22, 6]. Той самий автор вважає, що емоційна стійкість є механізмом функціонування системи емоційної регуляції поведінки та діяльності. Вона проявляється у здатності особистості контролювати власні емоційні стани під час значущих соціальних взаємодій [22, 38].

У своїй праці А. Шиделко стверджує, що емоційна стійкість є багатосистемною, інтегральною рисою особистості. Її основу складають чотири ключові компоненти – емоційний, мотиваційний, інтелектуальний та типологічний, які разом обумовлюють продуктивність діяльності та адекватність поведінки в екстремальних і стресових умовах. Підкреслюється, що ця якість є невід'ємною складовою особистісного розвитку та адаптації до навколишнього світу [86, 89]. На думку дослідниці, емоційна стійкість включає психологічний та біологічний компоненти. Останній забезпечує своєчасну та повну мобілізацію ресурсів організму в екстремальних обставинах. З огляду на це, автор пропонує розглядати емоційну стійкість як організаційно-мотиваційний чинник поведінки, а також як джерело розвитку особистості та її взаємодії зі світом [86, 86].

О. Андрусик, розробляючи модель розвитку емоційної стійкості майбутніх педагогів, пропонує визначення, де ця якість постає як інтегративна та полісистемна. Вона обумовлена змістом і взаємозв'язками своїх складових: мотиваційного (сила мотивації), емоційного (рівень емоційного збудження та особистісної тривожності), регулятивно-вольового (свідома саморегуляція дій відповідно до вимог ситуації) та інтелектуального (оцінка ситуації, прогнозування її змін та прийняття рішень) [4, 615].

Згідно з позицією Г. Чайки, емоційна стійкість дає людині змогу ефективно долати стресові обставини, усвідомлюючи негативні почуття, але не втрачаючи при цьому надії та сенсу життя. Ця якість забезпечує відчуття контролю навіть за умов значних труднощів та невизначеності. Емоційно збалансована людина, на думку автора, є зрілою особистістю, яка зберігає спокій і витримку в складних ситуаціях, а її поведінка не залежить від зовнішніх обставин. Така особистість здатна підтримувати високу працездатність у стресогенних умовах, зберігаючи зв'язок з реальністю і не дозволяючи незначним неприємностям дестабілізувати її емоційний стан [35, 85].

Аналізуючи аспекти забезпечення емоційної стійкості фахівців ДСНС, А. Неурова зазначає, що ця якість у спеціаліста з надзвичайних ситуацій є динамічним та інтегрованим психоемоційним утворенням. Вона формується як результат об'єднання психоенергетичних потенціалів різного характеру: екстремально-емоційного, екстремально-вольового, екстремально-мотиваційного, інтелектуально-свідомого, біопсихічного, психомоторного, екстремально-дійового, морально-психологічного та особистісно-диференційного. Через таку багатокомпонентну природу, авторка пропонує визначати рівень емоційної стійкості кожного фахівця шляхом обчислення відповідного коефіцієнта [25, 68].

Досліджуючи проблеми емоційної стійкості в аспекті професійного здоров’я педагогів, О. Шевчишена підкреслює її значущість у діяльності вчителя. Ця якість посилює здатність протидіяти впливу негативних емоцій і є інтегральною характеристикою особистості, що поєднує емоційно-вольові, мотиваційні та інтелектуальні компоненти. Натомість емоційна нестійкість, за будь-яких умов, діє як дестабілізуючий чинник, що перешкоджає досягненню душевної рівноваги та ефективній професійній педагогічній діяльності [36, 533].

У ході дослідження сформованості рівня емоційної стійкості, Л. П’янківська доходить висновку, що ця якість є одним із найважливіших чинників життєдіяльності людини, який забезпечує успішність як у навчальній, так і в професійній сферах. Людина, що володіє емоційною стійкістю, здатна ефективно виконувати професійні обов'язки у складних, незвичних чи напружених обставинах. У таких умовах емоційна стійкість опосередковується цілісним процесом саморегуляції, який об'єднує когнітивні та фізіологічні прояви [29, 73]. Згідно з точкою зору Н. Семенів, емоційна стійкість є однією з найважливіших передумов для успішного вирішення людиною її ключових життєвих завдань. Крім того, вона виступає вагомим фактором збереження як психічного, так і фізичного здоров’я [30, 76].

Проаналізувавши наявні погляди на сутність поняття емоційної стійкості, О. Андрусик дійшла висновку, що це інтегративна властивість особистості. Вона проявляється у вмінні підтримувати динамічну рівновагу, яка полягає, з одного боку, у збереженні адекватної поведінки в емоційно значущій ситуації, а з іншого – у відновленні чи підтримці цілісності особистості та її комфортного емоційного стану після пережитого стресу [2, 5]. В іншій праці авторка розглядає емоційну стійкість як ключовий психологічний фактор, що забезпечує ефективність та надійність діяльності в напружених умовах. Ця якість зменшує негативний вплив сильних емоцій, сприяє готовності до дій та запобігає виникненню стресу. Також зазначається, що вона є важливою характеристикою особистості, яка дозволяє підтримувати емоційну рівновагу протягом усього життя і має велике значення для нормального функціонування людини в різних сферах. Тому, на думку авторки, дослідження природи емоційної стійкості, а також шляхів її формування та збереження, є актуальним завданням для сучасної психології [1, 76].

Р. Кеттелл ще в 1943 році дослідив емоційну стійкість, визнавши її репрезентацією особистості у свідомості людини [47]. Х. Марано у 2003 році на сторінках журналу «Psychology Today» охарактеризувала емоційну стійкість як найвище мистецтво життя. В її основі, на думку авторки, лежить віра в себе та у щось більше. Стійкі люди не дозволяють негараздам визначати їхню сутність; вони знаходять опору, рухаючись до мети, що виходить за межі їхнього «я», долаючи біль і горе та сприймаючи труднощі як тимчасове явище. Х. Марано стверджує, що можна зміцнити своє внутрішнє єство та віру в себе, адже психіку можна розвивати [73]. Ю. Лі у 2005 році розробила концепцію емоційної стабільності, що ґрунтується на теорії самоорганізації. Згідно з цією теорією, емоційна стійкість визначається як здатність складної емоційної системи автоматично підтримувати рівновагу та ефективно реагувати на зміни. У межах цієї концепції було запропоновано

два ключові показники, що відображають механізми самоорганізації: поріг емоційного відгуку та швидкість емоційного відновлення [71].

Згідно з дослідженням емоційної резильєнтності, проведеним Н. Джаганнараян, А. Джаячітра та І. Хегде у 2020 році, емоційна стійкість проявляється у здатності індивіда заспокоювати власні емоції після переживання негативного досвіду. Подібно до інших особистісних якостей, таких як IQ чи соціальний інтелект, емоційна стійкість вважається вродженою рисою, яка розвивається протягом життя [68, 59]. Дослідники дійшли висновку, що емоційно стійкі люди ефективніше управляють стресом. Такі особистості схильні ставити реалістичні цілі, демонструють розсудливість і навички вирішення проблем, є ефективними комунікаторами та виявляють емпатію. Вони поводяться впевнено і відчувають контроль над власним життям. Ключовою навичкою є ефективне самоуправління: здатність керувати кризою в одній сфері, обмежуючи її негативний вплив на інші аспекти життя. Автори підсумовують, що хоча періодичні пригнічені стани є нормальними, так само природним є і повернення до норми [68, 62].

Отже, аналіз наукової літератури, присвяченої проблемі емоційної стійкості, демонструє значну варіативність у підходах до визначення цього феномену. Різні дослідники, представляючи вітчизняні та зарубіжні наукові школи, акцентують увагу на відмінних аспектах, розглядаючи емоційну стійкість то як вроджену рису, то як динамічне утворення, що формується протягом життя. Така теоретична різноманітність, з одного боку, збагачує розуміння багатогранності цього психологічного конструкту, а з іншого – ускладнює його операціоналізацію та розробку уніфікованих методів діагностики й розвитку. Для систематизації наявних доцільно провести порівняльний аналіз ключових дефініцій. Наведена нижче таблиця 1.1 узагальнює та структурує погляди згаданих у тексті авторів, що дозволяє наочно представити еволюцію та сучасний стан наукової думки щодо сутності, компонентної структури та функціонального призначення емоційної стійкості особистості.

Таблиця 1.1 – Класифікація підходів до визначення емоційної стійкості

Підхід	Ключові риси	Автори
Структурно-компонентний	Розглядає емоційну стійкість як інтегративну, багатокомпонентну властивість, що є результатом взаємодії емоційних, вольових, інтелектуальних, мотиваційних та інших психологічних складових.	Н. Побірченко, А. Шиделко, О. Андрусик, А. Неурова, О. Шевчишена
Функціонально-адаптивний	Акцентує на ролі емоційної стійкості у забезпеченні ефективної діяльності, адаптації до стресових умов, виконанні соціальних ролей та поверненні до стану рівноваги після навантажень.	І. Ф. Аршава, О. Р. Малхазов, Г. Чайка, З. Оніпко, Товариство Червоного Хреста
Диспозиційний (Теорія рис)	Визначає емоційну стійкість як фундаментальну, відносно стабільну рису особистості, що характеризує зрілість, передбачуваність реакцій та може мати вроджену основу.	Р. Кеттелл, Н. Джаганнараян та ін., Американська психологічна асоціація
Системно-динамічний	Трактує емоційну стійкість як властивість складної самоорганізованої системи, що здатна автоматично підтримувати динамічну рівновагу, характеризується порогом реакції та швидкістю відновлення.	Ю. Лі, О. Андрусик
Філософсько-екзистенційний	Описує емоційну стійкість через метафори та поняття вищого порядку, наголошуючи на ролі віри в себе, наявності життєвої мети та вмінні сприймати труднощі як тимчасове явище.	Х. Марано, М. Лисечко

Джерело: складено автором

Систематизація представлених у таблиці поглядів дозволяє зробити висновок, що переважна більшість науковців розглядає емоційну стійкість не як статичну рису, а як комплексну, інтегративну властивість особистості. Ця властивість забезпечує здатність індивіда зберігати оптимальний рівень психічного функціонування та продуктивність діяльності в умовах емоційної напруги, стресу чи невизначеності. Центральною ідеєю, що об'єднує різноманітні підходи, є концепція динамічної рівноваги. Емоційна стійкість постає як процес, що включає не лише опірність дестабілізуючим факторам, але й здатність до швидкого та ефективного відновлення після їхнього

впливу. Важливим спільним елементом є визнання багатокомпонентної структури цього феномену. У більшості визначень фігурують взаємопов'язані складові: когнітивна (оцінка ситуації, прогнозування), емоційна (контроль проявів, рівень тривожності), вольова (свідома саморегуляція) та мотиваційна (сила намірів, спрямованість на мету). Це підкреслює, що емоційна стійкість є результатом синергетичної взаємодії різних рівнів психічної організації людини.

Водночас, попри наявність спільних рис, аналіз виявляє і суттєві розбіжності в акцентах. Частина дослідників (наприклад, А. Шиделко, О. Андрусик, А. Неурова) зосереджується на детальній розробці структурно-компонентних моделей, намагаючись вичерпно описати внутрішню архітектуру цієї властивості. Інші науковці (зокрема, І. Аршава, О. Малхазов) роблять наголос на її функціональному призначенні, розглядаючи емоційну стійкість через призму її ролі у забезпеченні ефективності професійної діяльності та успішності соціальної взаємодії. Окремо вирізняються підходи, що вводять у науковий обіг унікальні перспективи: концепція самоорганізації емоційної системи (Ю. Лі), філософсько-екзистенційне тлумачення стійкості як мистецтва життя (Х. Марано), а також визнання її частково вродженого характеру, подібного до інтелекту (Н. Джаганнараян та ін.). Така диверсифікація поглядів свідчить про те, що емоційна стійкість є контекстуально залежним явищем, прояви та структура якого можуть модифікуватися залежно від специфіки діяльності та індивідуальних особливостей особистості.

На основі проведеного аналізу, пропонуємо розглядати емоційну стійкість як інтегративну динамічну властивість особистості, що базується на синергетичній взаємодії когнітивного, мотиваційного, емоційного та вольового компонентів психіки. Ця властивість проявляється у здатності індивіда не лише протистояти дестабілізуючому впливу стресорів, а й зберігати оптимальний рівень продуктивності та адекватності поведінки в емоційно напружених ситуаціях. Важливою складовою є здатність до

ефективного відновлення психофізіологічних ресурсів після навантаження, що забезпечує довготривале психологічне благополуччя та успішну самореалізацію особистості.

Підсумовуючи, в науковій літературі відсутній єдиний погляд на поняття емоційної стійкості, що ускладнює її практичне вивчення. Дослідники трактують її по-різному: одні вважають її вродженою рисою характеру, тоді як інші – складною динамічною властивістю, що формується протягом життя. Однак більшість сходиться на думці, що ця якість є комплексною і включає в себе гармонійну взаємодію емоційних, вольових, інтелектуальних та мотиваційних компонентів. На основі проведеного аналізу, запропоноване нами визначення розглядає емоційну стійкість як інтегративну властивість, що дозволяє особистості зберігати продуктивність в емоційно напружених ситуаціях. Це проявляється не лише в опорі стресовим чинникам, але й у здатності до ефективного відновлення психологічних ресурсів після навантаження, що є основою для збереження ментального здоров'я та успішної самореалізації.

1.2 Гендерні особливості прояву та розвитку емоційної стійкості у жінок

Здійснення аналізу емоційної стійкості у жінок вимагає виходу за межі спрощених уявлень та застосування інтегративного біопсихосоціального підходу. Цей підхід дозволяє розглядати феномен не як статичну рису, а як динамічний процес, що формується на перетині біологічних схильностей, індивідуально-психологічних особливостей та соціокультурних впливів. Проста констатація гендерних відмінностей у поширеності афективних розладів, де жінки демонструють значно вищі показники депресії, тривожних розладів та фобій порівняно з чоловіками [59; 60; 77], є недостатньою для глибокого розуміння. Необхідно дослідити глибинні механізми, що лежать в основі як підвищеної вразливості жінок до емоційного дистресу, так і їхніх

унікальних шляхів до формування резильєнтності та особистісного зростання.

Центральним у розумінні жіночої емоційності є парадокс, що полягає у співіснуванні підвищеної біологічної чутливості до стресових чинників та потужної, соціально орієнтованої здатності до стійкості та зростання. З одного боку, дані нейробіології та ендокринології свідчать про вищу реактивність жіночої нервової та гормональної систем у відповідь на негативні стимули та стрес [64]. З іншого боку, еволюційна психологія та дослідження копінг-стратегій вказують на наявність у жінок унікальних адаптивних механізмів, таких як модель поведінки «піклуйся і дружи» (tend and befriend) [42, 40] та значний потенціал до посттравматичного зростання [45]. Ці два аспекти не є взаємовиключними; навпаки, вони можуть бути взаємопов'язаними. Ймовірно, саме підвищена біологічна чутливість до стресу виступила еволюційним каталізатором для розвитку більш складних, соціально опосередкованих механізмів копінгу, спрямованих на управління цією реактивністю та захист потомства. Таким чином, вразливість та унікальний шлях до стійкості є двома сторонами єдиного адаптивного механізму.

Послідовно проаналізуємо ключові детермінанти, що визначають специфіку жіночої емоційної стійкості, інтегруючи дані з нейробіології, ендокринології, еволюційної психології та досліджень психосоціальних впливів. Передусім зазначимо, що фундаментальні відмінності у проявах емоційної стійкості між статями значною мірою зумовлені специфікою функціонування центральної нервової та ендокринної систем. Дослідження вказують на наявність стійких гендерних відмінностей у нейронній обробці емоційної інформації та в реакції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі на стрес [64]. Численні нейровізуалізаційні дослідження демонструють, що жінки виявляють вищу нейронну активацію у відповідь на негативні емоційні стимули. Зокрема, при пред'явленні негативно забарвлених зображень у жінок спостерігається сильніша активація передньої та медіальної поясної

звивини, а також двосторонньої верхньої скроневої звивини та мозочка порівняно з чоловіками [77]. Ці ділянки мозку є ключовими компонентами лімбічної системи та мереж, відповідальних за розпізнавання емоцій, емпатію та соціальну когніцію.

Аналіз подія-пов'язаних потенціалів (event-related potentials, ERPs) надає ще більш деталізовану картину. Дослідження показують, що жінки, на відміну від чоловіків, демонструють виражені емоційні реакції, що відображаються у компонентах N2 та P3, не лише на сильно негативні, але й на помірно негативні стимули [77]. Компонент N2 пов'язаний з когнітивним контролем та визначенням конфліктної поведінки, тоді як P3 відображає процеси уваги та оновлення контекстуальної інформації. Вища амплітуда цих компонентів у жінок у відповідь на стимули меншої інтенсивності свідчить про нижчий поріг активації емоційної реакції та більшу чутливість до негативних подій у навколишньому середовищі. Це може пояснювати, чому жінки часто краще розпізнають негативні емоції на обличчях інших та швидше реагують на соціальні сигнали загрози [70].

Відмінності спостерігаються і у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної (ГГГ) осі. Так, реакція на стрес у жінок характеризується більш інтенсивною та швидкою активацією ГГГ осі. У відповідь на гострий психосоціальний стрес жіночий організм, як правило, продукує більшу кількість кортикотропного рилізинг-фактору (КРФ), адренокортикотропного гормону (АКТГ) та, як наслідок, кортизолу [85]. Ця відмінність значною мірою модулюється гонадальними (статевими) гормонами. Естрадіол, основний жіночий статевий гормон, має тенденцію посилювати активність ГГГ осі на всіх її рівнях: від експресії генів КРГ у гіпоталамусі до чутливості надниркових залоз до АКТГ. На противагу цьому, андрогени, зокрема тестостерон, чинять інгібуючий (пригнічувальний) вплив на ГГГ вісь [41]. Окрім інтенсивності реакції, гендерні відмінності спостерігаються і в механізмах її припинення. У жінок відзначається менш ефективний механізм негативного зворотного зв'язку, за допомогою якого

кортизол пригнічує подальшу активність гіпоталамуса та гіпофіза [64]. Це призводить до того, що після припинення дії стресора рівень гормонів стресу повертається до базового рівня повільніше, ніж у чоловіків.

При тривалому або повторюваному стресі ці біологічні особливості можуть мати кумулятивний ефект. Дослідження на тваринах показують, що самки демонструють повільніше звикання до повторюваних стресорів, що означає, що їхня ГГГ вісь продовжує реагувати з високою інтенсивністю навіть на знайомий подразник [64]. Хронічно підвищений рівень кортизолу може призводити до морфологічних змін у мозку, зокрема до атрофії дендритів у гіпокампі, що є ключовою структурою для регуляції стресу та пам'яті. В сукупності, ці нейробіологічні та ендокринні особливості створюють біологічне підґрунтя для підвищеної схильності жінок до розвитку стрес-асоційованих розладів, зокрема великого депресивного розладу, генералізованого тривожного розладу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Саме біологічні особливості відіграють значну роль у відмінностях реацій на стрес. Класичною вважається модель реакції на стрес «бий або біжи», запропонована В. Кенноном, який зазначив, що «гуморальні системи, які забезпечують підтримку енергетичних ресурсів організму в стані спокою, в умовах стресової ситуації посилюються або повністю перериваються з метою мобілізувати велику енергію» [76, 2]. Однак дана модель базувалася переважно на дослідженнях самців тварин і не враховувала еволюційні та репродуктивні відмінності між статями. Як альтернативу, психологиня Ш. Тейлор та її колеги розробили теорію «піклуйся і дружи», яка постулює існування специфічно жіночої моделі поведінки у відповідь на загрозу [42; 88]. Згідно з цією теорією, еволюційною відповіддю жінок на стрес є не агресія чи втеча, а дві взаємопов'язані поведінкові стратегії: посилена турбота про потомство для його захисту від небезпеки (піклуйся) та створення і підтримання соціальних зв'язків для отримання взаємної підтримки та захисту (дружи) [32, 261]. Ця модель є більш адаптивною для

жінок, які протягом еволюційної історії людства несли основну відповідальність за догляд за дітьми. У ситуації загрози агресивна поведінка або втеча могли б залишити беззахисне потомство напризволяще, що є еволюційно невигідним. Натомість, заспокоєння дітей та об'єднання з іншими жінками у групу для спільного захисту значно підвищувало шанси на виживання як самої жінки, так і її нащадків. Зобразимо відмінності між моделями у вигляді таблиці 1.2.

Таблиця 1.2 – Порівняння стратегій реагування на стрес «Бий або біжи» та «Піклуйся і дружи»

Критерій порівняння	Стратегія «Бий або біжи»	Стратегія «Піклуйся і дружи»
Основна реакція на загрозу	Фізична конфронтація (агресія) або втеча від небезпеки.	Посилена турбота про потомство та пошук підтримки у соціальній групі.
Пріоритет виживання	Індивідуальне виживання.	Виживання потомства та всієї соціальної групи.
Поведінковий фокус	Активна фізична діяльність, спрямована на усунення загрози або уникнення її.	Доглядова поведінка та соціальна взаємодія, спрямована на спільний захист.
Ключові дії	Напад або втеча.	Заспокоєння потомства, об'єднання з іншими для отримання взаємної підтримки.

Джерело: складено автором

В основі моделі «піклуйся-і-дружи» лежить складна афіліативна нейроендокринна система, ключовими компонентами якої є гормон окситоцин та ендогенні опіоїдні пептиди [88, 2]. Окситоцин, який часто називають «гормоном прив'язаності», відіграє центральну роль у регуляції материнської поведінки, формуванні соціальних зв'язків та довіри. Важливо, що рівень окситоцину підвищується у відповідь на стрес, особливо у жінок. Цей гормон стимулює афіліативну поведінку – прагнення до соціальних контактів, пошуку підтримки та спілкування. Ключовим моментом теорії є те, що окситоцин, у поєднанні з позитивною соціальною взаємодією, яку він стимулює, чинить потужний протитривожний та стрес-буферний ефект. Він пригнічує активність ГГГ осі, знижуючи рівень АКТГ та кортизолу, а також

зменшує серцево-судинну реактивність (артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень). Таким чином, жіноча система реагування на стрес може розглядатися як двофазний процес. Перша фаза – це швидка та інтенсивна активація ГГГ осі, що мобілізує організм (як описано у попередньому підпункті). Друга фаза – це окситоцин-опосередкована активація афіліативної поведінки, яка, у разі успішного встановлення соціального контакту, запускає потужний фізіологічний механізм для пригнічення та регуляції початкової стресової реакції.

Ця модель кардинально змінює погляд на роль соціальної підтримки для жінок. Вона перестає бути лише психологічно приємним чи корисним фактором і перетворюється на фізіологічно необхідний компонент системи регуляції стресу. З цієї точки зору, соціальна ізоляція або відсутність підтримки під час стресу для жінки є не просто емоційно болісним досвідом, а фізіологічним збоєм у роботі ключового регуляторного механізму. Це залишає початкову інтенсивну реакцію ГГГ осі без належного «гальмування», що може призводити до її хронізації та розвитку патологічних станів. Відповідно, існує фундаментальна важливість соціальних зв'язків для підтримання гомеостазу та емоційної стійкості у жінок, тобто, окрім біологічних та еволюційних факторів, значний вплив на формування емоційної стійкості жінок чинять процеси соціалізації та соціокультурні норми. Вони визначають, які емоції вважаються «прийнятними» для жінок, як їх слід виражати, та які стратегії подолання стресу є бажаними.

Передусім, з раннього дитинства дівчат, як правило, соціалізують до більшої емоційної експресивності порівняно з хлопцями, їх заохочують до вербалізації почуттів, прояву емпатії та турботи про інших. Дослідження показують, що батьки, особливо матері, більш емоційно реагують на доньок, пропонуючи їм підтримку та обговорюючи емоції, що сприяє ранньому розвитку емоційного інтелекту [49]. Соціальні норми та очікування підкріплюються у взаємодії з однолітками, де дівчата частіше беруть участь у

кооперативних іграх, що вимагають емоційної чутливості та навичок міжособистісної взаємодії. Водночас, ця соціалізація є вибірковою: дівчат заохочують до вираження так званих «внутрішніх» емоцій, таких як сум, тривога, страх та почуття провини, оскільки вони вважаються сумісними з традиційною жіночою роллю, орієнтованою на стосунки та турботу. Натомість, прояв «зовнішніх» емоцій, зокрема гніву та агресії, часто пригнічується як «нежіночний» [48]. Це формує специфічний профіль емоційної регуляції, де переважають стратегії, спрямовані на обробку та вираження внутрішніх переживань.

Прямим наслідком такої соціалізації є вища схильність жінок до пошуку та використання соціальної та емоційної підтримки як основної стратегії подолання стресу (копінгу). Жінки здебільшого спрямовані на відкрите виявлення власних емоції, важко стримують сплески почуттів, не рідко втрачають самовладання [13, 95], значно частіше обговорюють свої проблеми з друзями та родиною, шукають емоційного співчуття та практичних порад. Ця стратегія ідеально узгоджується з еволюційною моделлю «піклуйся і дружи» і, як ми розглядали вище, має потужне фізіологічне підґрунтя. Розвинені навички емпатії та емоційної комунікації роблять жінок ефективними не лише у пошуку, але й у наданні підтримки, що зміцнює їхні соціальні мережі.

З іншого боку, інтенсивна сфокусованість на власних емоціях та міжособистісних стосунках може сприяти розвитку дезадаптивних когнітивних та поведінкових патернів. Найбільш дослідженим з них є румінація – нав'язливе, пасивне та повторюване зосередження на симптомах власного дистресу, його можливих причинах та наслідках, без переходу до активного вирішення проблеми [84]. Як вказує Н. Шиліна, жінки демонструють значно вищу схильність до румінативного стилю мислення порівняно з чоловіками [37, 62]. Численні дослідження підтверджують, що румінація є потужним фактором ризику виникнення, підтримання та рецидивів депресивних станів. Вона посилює негативний афект, погіршує

навички вирішення проблем та відштовхує соціальну підтримку. Окрім румінації, серед жінок поширені такі дезадаптивні стратегії, як самозвинувачення, коли відповідальність за негативні події приписується власним недолікам, та емоційне виснаження, що полягає у неконтрольованому вираженні негативних емоцій без мети їх конструктивного опрацювання [51, 172]. Вітчизняні дослідники Є. Потапчук та О. Міщенко до цього переліку додають ще такі стратегії, як «втеча / уникнення» та «дистанціювання» [28, 97]. Ці стратегії, хоча й можуть приносити тимчасове полегшення, у довгостроковій перспективі посилюють емоційний дистрес та перешкоджають формуванню стійкості.

Унікальне поєднання біологічних, еволюційних та психосоціальних факторів створює для жінок специфічний профіль емоційного функціонування, що характеризується як зонами підвищеної вразливості, так і потужним потенціалом до позитивних трансформацій. Синергія кількох факторів пояснює, чому жінки мають приблизно вдвічі вищий ризик розвитку депресії, тривожних розладів та ПТСР порівняно з чоловіками [9]. По-перше, біологічна схильність до інтенсивнішої та тривалішої реакції на стрес створює фізіологічне підґрунтя для емоційної дисрегуляції. По-друге, як слушно зауважує А. Джаміль, соціокультурний тиск та традиційні гендерні ролі можуть виступати додатковими джерелами хронічного стресу [69]. По-третє, схильність до дезадаптивних когнітивних стилів, зокрема румінації, перетворює гострий дистрес на стійкий негативний афективний стан, що є ядром депресивних та тривожних розладів.

Парадоксально, але саме висока чутливість до стресових та травматичних подій може стати каталізатором для глибоких позитивних психологічних змін, відомих як посттравматичне зростання (ПТЗ). Це явище принципово відрізняється від резильєнтності, яка передбачає повернення до попереднього, дотравматичного рівня функціонування. ПТЗ, як вказує Г. Лазос, – це «досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною внаслідок зіткнення зі складними життєвими кризами, серйозними

психотравмівними ситуаціями і подіями» [17, 121], тобто трансформаційний процес, внаслідок якого людина не просто відновлюється, а виходить на новий, вищий рівень особистісного розвитку. Дослідження, зокрема серед жінок, які пережили гендерно-зумовлене насильство, виділяють п'ять основних сфер ПТЗ (рис. 1.1).

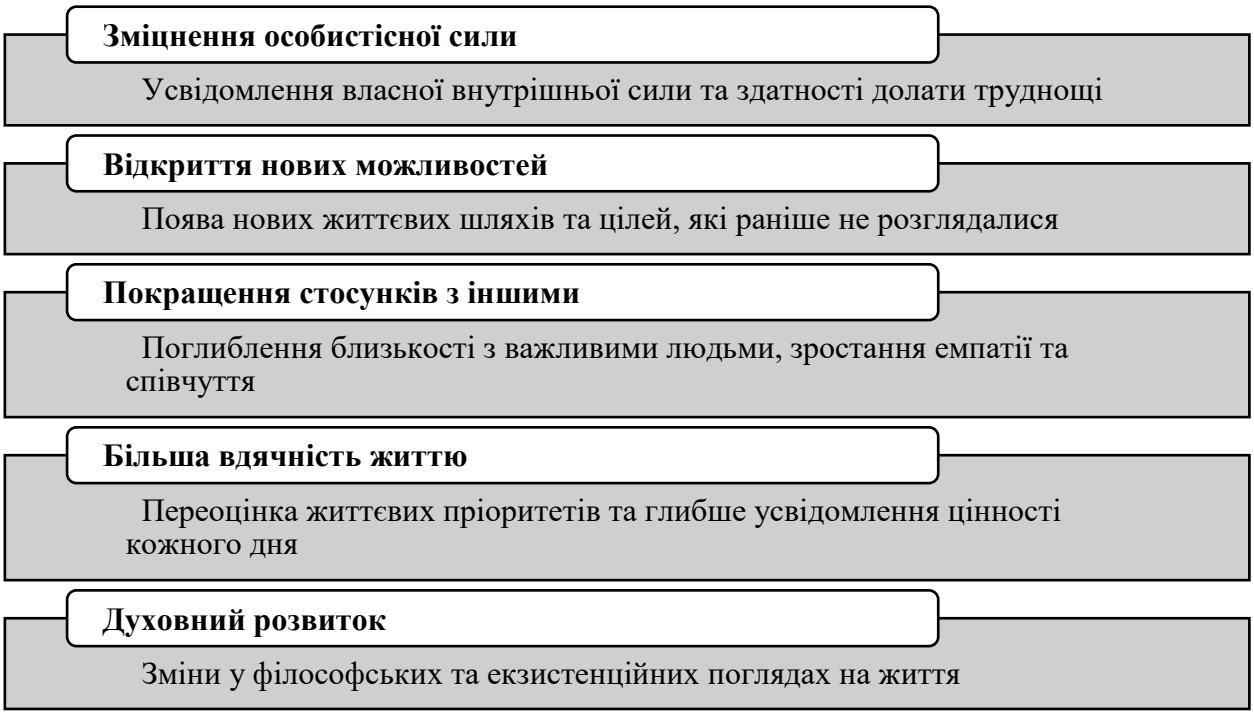


Рисунок 1.1 – Сфери посттравматичного зростання серед жінок

Джерело: розроблено автором на основі [82, 142]

Ключовим психологічним механізмом, що лежить в основі переходу від травми до зростання, є когнітивна переробка травматичного досвіду. Цей процес включає в себе свідому відмову від ідентичності жертви та конструювання нового життєвого наративу, в якому жінка постає як переможниця, що змогла подолати випробування та стати сильнішою. Формування такого наративу підтримується як внутрішніми ресурсами особистості (вроджена стійкість, оптимізм, віра у себе), так і наявністю зовнішньої соціальної підтримки, яка валідує новий досвід та допомагає його інтегрувати. Таким чином, висока чутливість до травми та потужний потенціал до зцілення і зростання є двома сторонами жіночого досвіду. Це

підкреслює, що шлях до емоційної стійкості для жінок може пролягати не через уникнення болю, а через його глибоке проживання та трансформацію.

В таблиці 1.3 узагальнимо ключові положення розглянутої моделі гендерних особливостей емоційної стійкості жінок.

Таблиця 1.3 – Біопсихосоціальна модель гендерних особливостей емоційної стійкості жінок

Домен	Ключові фактори	Прояви та наслідки	
		Вразливість	**Стійкість**
Біологічний	Підвищена реактивність ГГГ осі; модулюючий вплив естрадіолу; менш ефективний негативний зворотний зв'язок.	Підвищений ризик розвитку стрес-асоційованих розладів (депресія, тривожність); повільніша габітуація до хронічного стресу.	Швидка мобілізація фізіологічних ресурсів для реагування на загрозу; висока чутливість до сигналів навколишнього середовища.
Еволюційно-психологічний	Модель поведінки «Піклуйся-і-дружи»; центральна роль окситоцинової системи в реакції на стрес.	Підвищена залежність від якості та доступності соціальних зв'язків; сильний дистрес в умовах ізоляції.	Потужний фізіологічний механізм соціального буферування стресу; еволюційно закріплена мотивація до створення підтримуючих мереж.
Психосоціальний	Гендерна соціалізація (заохочення до інтерналізації емоцій); соціокультурні очікування та гендерні ролі.	Схильність до дезадаптивних копінг-стратегій (румінація, самозвинувачення); ризик емоційного вигорання через роль «опікуна».	Розвинені навички емпатії, емоційної комунікації, пошуку та надання підтримки; високий потенціал до посттравматичного зростання (ПТЗ).

Джерело: складено автором

Підсумовуючи, емоційна стійкість жінок є складним конструктом, що формується на перетині біологічної схильності до високої емоційної та стресової реактивності, еволюційно закріпленої афіліативної моделі поведінки та соціокультурних норм. З одного боку, підвищена нейроендокринна реактивність у поєднанні з соціалізаційними патернами, що сприяють румінації та інтерналізації дистресу, створює специфічні зони ризику, що пояснюють вищу поширеність афективних розладів серед жінок.

З іншого боку, еволюційно сформована модель «піклуйся і дружи», підкріплена потужною окситоциновою системою, перетворює соціальні зв'язки на фундаментальний фізіологічний механізм буферування стресу. Соціалізація, що заохочує до емпатії та емоційної відкритості, розвиває високі навички пошуку та надання підтримки. Саме ця комплексна взаємодія створює умови не лише для вразливості, але й для ефективного посттравматичного зростання.

1.3 Роль психологічної підтримки у зміцненні емоційної стабільності

Якщо емоційна стійкість є внутрішньою, інтегративною властивістю особистості, то психологічна підтримка виступає ключовим зовнішнім ресурсом, що активізує, каталізує та посилює внутрішні механізми адаптації та саморегуляції. Як зазначають О. Кихтюк та Т. Федотова, психологічна підтримка «передбачає психологічну допомогу особистості в складних життєвих обставинах, ситуаціях, сприяє налагодженню життя та адаптації в суспільстві» [14, 66]. Вона не є пасивним процесом отримання співчуття, а являє собою динамічну взаємодію, яка створює сприятливий психологічний та міжособистісний контекст. За її рахунок індивід отримує можливість мобілізувати власні когнітивні, емоційні та поведінкові ресурси для конструктивного подолання стресу, переосмислення життєвих труднощів та, зрештою, зміцнення власної емоційної стабільності. Роль підтримки є особливо важливою для жінок, враховуючи їхню еволюційно та соціально зумовлену орієнтацію на афіліативні стратегії копінгу, як ми вже зазначали у попередньому підрозділі. Відсутність або недостатність підтримки може не лише посилювати психологічний дистрес, але й порушувати фундаментальні фізіологічні механізми регуляції стресу. Навпаки, наявність якісної психологічної підтримки може виступати потужним захисним фактором, що нівелює біологічну вразливість та сприяє особистісному зростанню.

На нашу думку, психологічна підтримка є одним із різновидів соціальної підтримки. Наукове розуміння того, як саме соціальна підтримка впливає на психічне здоров'я та емоційну стабільність, базується на двох основних, взаємодоповнюючих теоретичних моделях.

Першою є гіпотеза «буферного ефекту». Ця модель, сформульована С. Коеном та Т. Віллсом, стверджує, що основний позитивний ефект соціальної підтримки проявляється саме в умовах високого стресу [55, 311]. Підтримка діє як «буфер» або «амортизатор», що пом'якшує, або навіть нейтралізує, негативний вплив стресорів на психічне та фізичне здоров'я [75, 2]. Механізми цієї буферизації можуть реалізовуватися на двох рівнях:

1. Рівень когнітивної оцінки. Наявність або усвідомлення доступності підтримки змінює первинну оцінку стресової ситуації. Потенційна загроза сприймається як менш значуща, а власні можливості для її подолання – як вищі. Людина, яка знає, що може розраховувати на допомогу, з меншою ймовірністю буде сприймати проблему як непереборну.

2. Рівень реакції на стрес. Навіть якщо ситуація вже оцінена як стресова, підтримка допомагає послабити саму стресову реакцію. Емоційна підтримка (співчуття, турбота) може заспокоїти, знизити фізіологічне збудження та негативний афект. Інформаційна та інструментальна підтримка може допомогти знайти ефективні шляхи вирішення проблеми, що зменшує відчуття безпорадності та тривоги.

Другою моделлю є модель прямого (основного) ефекту. Ця модель доповнює попередню, припускаючи, що соціальна підтримка позитивно впливає на психологічне благополуччя незалежно від того, чи переживає людина стрес на даний момент [12, 270]. Інтеграція у стабільну соціальну мережу (сім'ю, коло друзів, спільноту) сама по собі є потужним ресурсом. Вона забезпечує стабільне відчуття приналежності, власної цінності, передбачуваності та безпеки. Ці фактори створюють позитивний емоційний фон, підвищують самооцінку та сприяють загальній психологічній стабільності, що робить людину менш вразливою до майбутніх стресорів.

При цьому варто розмежувати реально отриману підтримку та сприйняття її доступності. Численні дослідження показують, що саме суб'єктивне відчуття того, що допомога є доступною у разі потреби, є більш потужним предиктором психологічного благополуччя, ніж кількість фактично отриманих актів підтримки [74]. Це усвідомлення створює відчуття безпеки та впевненості, що дозволяє людині сміливіше долати труднощі, знаючи, що вона має «запасний аеродром». Натомість, реально отримана підтримка іноді може бути неефективною або навіть шкідливою, якщо вона є невчасною, невідповідною потребам або такою, що підриває самооцінку отримувача.

Психологічна підтримка реалізує свій позитивний вплив на емоційну стійкість через низку взаємопов'язаних внутрішніх механізмів, які вона активує та посилює. Вона функціонує як своєрідна «зовнішня регуляторна система», яка допомагає налаштувати та відкалібрувати власні, внутрішні навички саморегуляції особистості, передусім стимулюючи самоефективність. Самоефективність – це віра людини у власну здатність успішно виконати певні дії та впоратися з конкретними життєвими викликами [19, 181]. Згідно з соціально-когнітивною теорією Альберта Бандури, соціальна підтримка є одним з найпотужніших джерел формування самоефективності. Коли людина отримує вербальне переконання від значущих інших («Я вірю в тебе», «Ти зможеш з цим впоратись»), це безпосередньо зміцнює її віру у власні сили. Крім того, спостереження за непрямим досвідом – тобто за тим, як інші люди, схожі на неї, успішно долають аналогічні труднощі – також підвищує самоефективність [44]. Високий рівень самоефективності, у свою чергу, є ключовим компонентом емоційної стійкості, оскільки він спонукає до активних копінг-стратегій, підвищує наполегливість перед обличчям невдач та зменшує відчуття безпорадності.

Також підтримка відіграє критичну роль у формуванні та використанні більш адаптивних стратегій емоційної регуляції. Однією з найефективніших

стратегій є когнітивна переоцінка – свідома зміна інтерпретації емоціогенної ситуації з метою зменшення її негативного емоційного впливу [23, 210]. Підтримуюче оточення фактично моделює та полегшує цей процес. Коли друг або терапевт пропонує альтернативний погляд на проблему, допомагає побачити її в ширшому контексті або знайти в ній прихований сенс, він здійснює «зовнішню» когнітивну переоцінку. Повторне отримання такого досвіду призводить до інтерналізації цієї навички: людина вчиться самостійно ставити під сумнів свої первинні катастрофічні інтерпретації та шукати більш конструктивні способи мислення. Таким чином, підтримка не просто заспокоює, а навчає мислити більш гнучко та адаптивно.

Відзначимо, що психологічна підтримка є прямим антидотом до почуття самотності та соціальної ізоляції, які самі по собі є потужними стресорами та предикторами поганого психічного здоров'я. Відчуття зв'язку з іншими, усвідомлення того, що тебе цінують і про тебе дбають, задовольняє фундаментальну людську потребу в приналежності. Дослідження показують, що самотність та тривога часто виступають медіаторами у зв'язку між низьким рівнем соціальної підтримки та низькою самоефективністю [92]. Тобто, відсутність підтримки призводить до посилення самотності та тривоги, що, у свою чергу, підриває віру у власні сили. Надаючи відчуття зв'язку та безпеки, підтримка розриває це хибне коло. По суті, процес надання підтримки можна розглядати як тимчасове «підключення» до зовнішньої регуляторної системи. Ця система надає людині ресурси (інформацію, емоційну валідацію, альтернативні перспективи), яких їй бракує у момент стресу. Повторне використання цього зовнішнього ресурсу діє як тренування, поступово зміцнюючи внутрішні «м'язи» саморегуляції. Ефективна підтримка, як і ефективна терапія, з часом робить себе все менш потрібною, оскільки людина інтерналізує отримані навички та стає більш самодостатньою у своїй здатності долати стрес.

Сучасна психотерапія пропонує широкий спектр науково обґрунтованих методів, спрямованих на розвиток навичок емоційної

регуляції та зміцнення стійкості. Ці підходи надають конкретні інструменти для реалізації описаних вище психологічних механізмів. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш досліджених та ефективних підходів для роботи з емоційними розладами та підвищенням стійкості. Вона базується на ідеї, що наші емоції та поведінка визначаються не самими подіями, а нашою інтерпретацією цих подій. Серед ключових технік КПТ можна виділити наступні (рис. 1.2).

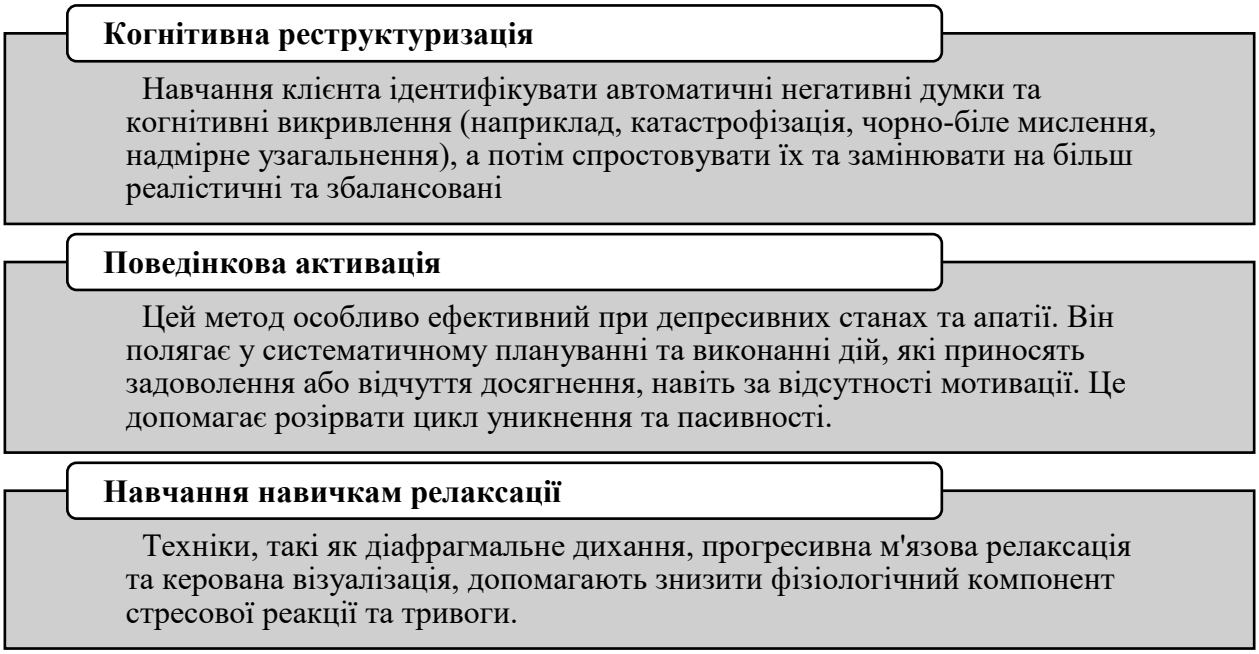


Рисунок 1.2 – Основні техніки когнітивно-поведінкової терапії

Джерело: складено автором на основі [10, 8; 53; 54]

Популярною є терапія прийняття та відповідальності (ACT), яка належить до «третьої хвилі» КПТ і фокусується не на зміні змісту думок, а на зміні ставлення до них. Головною метою ACT є розвиток психологічної гнучкості – здатності приймати свої внутрішні переживання (важкі думки, емоції, тілесні відчуття) такими, якими вони є, не борючись з ними, і водночас продовжувати рухатися у напрямку особистісних цінностей [93]. Це досягається через роботу з шістьма взаємопов'язаними процесами: прийняття, когнітивне розділення, контакт з теперішнім моментом, «Я» як контекст, визначення цінностей та відповідальна дія.

Застосовується і діалектико-поведінкова терапія (ДПТ) - комплексний метод когнітивно-поведінкової терапії, який зорієнтований лікувати складні особистісні та поведінкові розлади [5, 12]. ДПТ була розроблена Маршею Лінехан спеціально для роботи з людьми, що страждають від інтенсивної емоційної дисрегуляції, зокрема з межовим розладом особистості. Враховуючи біологічну схильність жінок до сильніших емоційних реакцій, навички ДПТ є надзвичайно релевантними для зміцнення їхньої емоційної стійкості. Підхід включає навчання чотирьом ключовим модулям навичок (рис. 1.3).

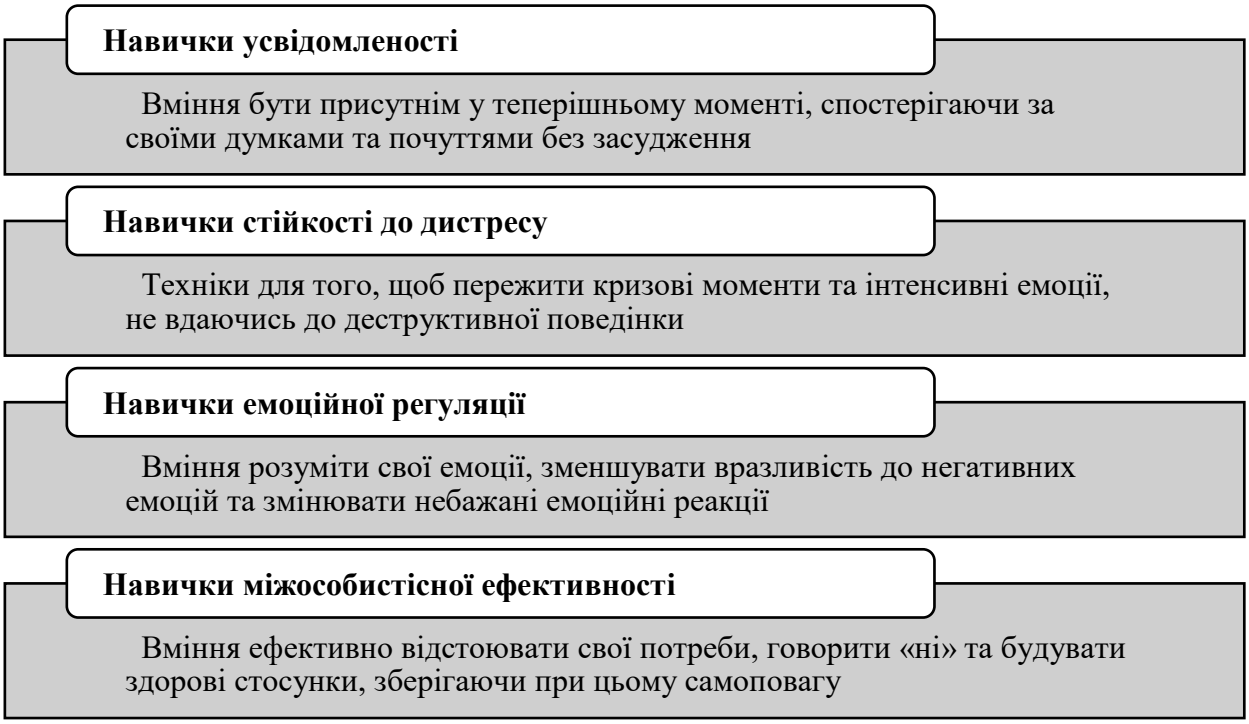


Рисунок 1.3 – Структура навичок у межах діалектико-поведінкового підходу

Джерело: складено автором на основі [57]

Формування емоційної стійкості в осіб, які пережили травматичні події, вимагає системного та поетапного підходу в рамках соціально-психологічного супроводу. Цей процес, що складається з п'яти взаємопов'язаних етапів (рис. 1.4), дозволяє поступово та глибоко опрацьовувати наслідки травми [22, 168-173]. Початкова фаза роботи, яка об'єднує ознайомчий та діагностичний етапи, присвячена створенню

фундаменту для подальшої терапії. На цьому етапі фахівець здійснює глибоке занурення у світ емоційного реагування клієнта, аналізуючи його здатність до саморегуляції та визначаючи його особистісний потенціал для зростання. Завдання психолога – не просто зібрати інформацію, а й встановити довірливі стосунки, що дозволить дослідити не тільки ті аспекти особистості, які клієнт готовий демонструвати (так звана «відкрита зона»), але й зазирнути у «приховану зону». Це включає виявлення неусвідомлених мотивів, внутрішніх конфліктів та захисних механізмів, які можуть блокувати процес відновлення. Ретельний аналіз здатності клієнта розрізняти власні емоції та прогнозувати поведінку закладає основу для подальшої корекційної роботи.

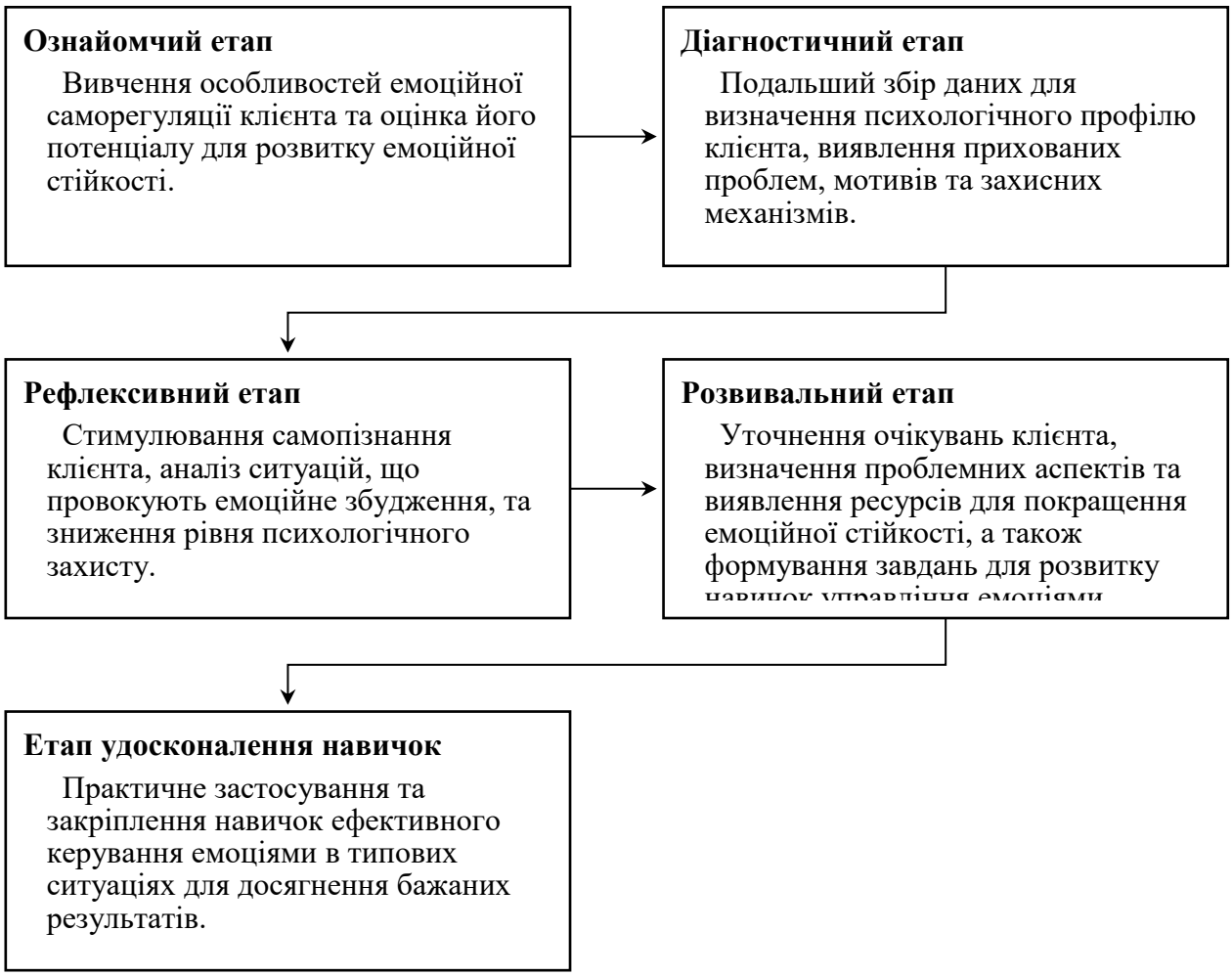


Рисунок 1.4 – Етапи розвитку емоційної стійкості у рамках соціально-психологічного супроводу

Джерело: складено автором на основі [22, 168-173]

Наступний, рефлексивний етап, є ключовим моментом переходу від діагностики до активної трансформації. Його головна мета – стимулювати клієнта до глибокої інтроспекції та самопізнання, що є необхідною умовою для зниження впливу психологічних захистів. У цей період ведеться спільна робота з виявлення та детального аналізу специфічних тригерів – ситуацій, думок або спогадів, що провокують емоційну нестабільність, чи то спалахи гніву, чи то періоди апатії. Фахівець допомагає клієнту дослідити його типові поведінкові патерни у відповідь на ці тригери, а також зрозуміти, які саме індивідуальні риси характеру змушують його реагувати тим чи іншим чином. Важливою складовою цього етапу є створення моделей ефективного та неефективного емоційного реагування, що дозволяє клієнту наочно побачити альтернативні шляхи. Основне завдання – перевести інформацію зі «сліпої зони» (те, що клієнт не усвідомлює, але бачать інші) у «відкриту», що значно розширює його самосприйняття та можливості для самоконтролю.

Третій етап, розвивальний, є практичним ядром усього процесу, де здобуті знання та усвідомлення перетворюються на конкретні навички. Після того, як клієнт сформував чітке бачення бажаної поведінки в емоційно напружених ситуаціях, починається цілеспрямована робота з розвитку здатності керувати своїми реакціями на всіх рівнях. Це включає мотиваційний аспект (зміцнення бажання змінюватися), ставленнєвий (корекція переконань), а також фізіологічний, де клієнт вчиться контролювати тілесні прояви емоцій, такі як міміка, жести та напруження м'язів. Окремий напрям роботи – це ідентифікація та аналіз внутрішніх і зовнішніх перешкод, які заважають клієнту ефективно контролювати себе. Фахівець разом з клієнтом ретельно вивчає кожну перешкоду, оцінюючи можливості її подолання з урахуванням наявних ресурсів. На основі цього аналізу формується індивідуальна програма корекції, що спирається на сильні сторони особистості та компенсаторні механізми для нейтралізації наслідків травматичних переживань.

Завершальний етап роботи присвячений інтеграції та вдосконаленню набутих навичок, що дозволяє клієнту ефективно застосовувати їх у повсякденному житті. Ця фаза спрямована на автоматизацію та закріплення нових поведінкових патернів у типових для клієнта стресових ситуаціях. Тривалість цього етапу є гнучкою і залежить від індивідуального прогресу, рівня мотивації та загального потенціалу особистості. Ключовим критерієм успіху є не просто теоретичне володіння техніками, а реальне досягнення клієнтом поставлених цілей у сфері емоційного самоконтролю. Таким чином, представлена п'ятиетапна система забезпечує цілісний і послідовний підхід, який комплексно впливає на когнітивну, поведінкову та фізіологічну складові емоційної саморегуляції. Це дозволяє не лише подолати поточні труднощі, пов'язані з травмою, але й сформувати стійкий фундамент емоційної стабільності для майбутнього, надаючи людині інструменти для самостійного подолання життєвих викликів.

Таким чином, психологічна підтримка є ключовим зовнішнім ресурсом для зміцнення внутрішньої емоційної стійкості, оскільки вона активізує та посилює власні механізми саморегуляції особистості. Її позитивний вплив пояснюється двома основними моделями: «буферною», де підтримка пом'якшує дію гострих стресорів, та «прямого ефекту», де стабільна соціальна інтеграція сприяє благополуччю незалежно від наявності стресу. Підтримка реалізується через конкретні психологічні механізми: вона підвищує самоефективність (віру у власні сили), сприяє розвитку адаптивних стратегій емоційної регуляції, як-от когнітивна переоцінка, та протидіє почуттю соціальної ізоляції. Системна допомога, що надається через науково обґрунтовані психотерапевтичні підходи, дозволяє інтерналізувати ці навички, перетворюючи зовнішній ресурс на стійку внутрішню властивість.

РОЗДІЛ 2
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУП

2.1 Групова психотерапія як засіб підтримки емоційної рівноваги

Як ми зазначали в першому розділі дослідження, психологічна підтримка емоційної стійкості може здійснюватись як індивідуально, так і в складі груп. Хоча поняття «групова психотерапія» та «психотерапевтична група» часто використовуються як взаємозамінні, як зазначають О. Кожедуб та А. Левенець, між ними існує змістовна відмінність [16, 217]. Групова психотерапія розглядається у двох аспектах: у вузькому сенсі – як метод лікування психічних розладів, та у широкому – як спосіб використання групової динаміки для вирішення особистісних, емоційних проблем та самовдосконалення. Натомість психотерапевтична група є значно ширшим терміном, який описує будь-яку соціальну групу, де застосовуються психотерапевтичні методи для досягнення не лише лікувальних, а й ширших цілей. До таких груп належать групи підтримки, особистісного розвитку, вирішення проблем тощо. Основою роботи будь-якої такої групи є групова динаміка – сукупність взаємовідносин, що розгортаються на трьох рівнях: внутрішньому (особистість), міжособистісному та загальногруповому, створюючи потужний потенціал для змін [16, 217-218].

Унікальна ефективність групової психотерапії як інструменту для зміцнення емоційної рівноваги ґрунтується на її здатності функціонувати в замкнутому форматі. На відміну від індивідуальної терапії, яка значною мірою покладається на самозвіт клієнта, груповий формат створює умови, в яких характерні міжособистісні патерни поведінки учасниць – як адаптивні, так і дезадаптивні – проявляються органічно та можуть бути опрацьовані в режимі реального часу. Вона орієнтована на використання колективної

динаміки для вирішення особистісних проблем, де учасники можуть отримати підтримку та розвивати нові стратегії соціальної взаємодії в безпечному середовищі групи [20, 601]. Фундаментальним принципом цього процесу є фокус на «тут-і-тепер», що, як зауважує К. Хаєк, зміщує терапевтичну роботу з обговорення історичних подій чи зовнішніх проблем на аналіз безпосередніх взаємодій, емоційних реакцій та стосунків, що розгортаються між учасницями в межах самої групи [62, 9]. Така інтенсивна зосередженість на теперішньому моменті перетворює групу з простору для розмов про проблеми на живу лабораторію для їх проживання та вирішення. Завданням терапевта в цьому контексті є фасилітація «висвітлення процесу» (process illumination) – допомога групі в усвідомленні того, як саме учасниці взаємодіють одна з одною, аналізуючи не лише зміст комунікації, а й її приховану динаміку [91, 223].

У повсякденному житті соціальний етикет часто перешкоджає наданню чесного та прямого зворотного зв'язку щодо дезадаптивних аспектів поведінки людини, таких як схильність до домінування, пасивність чи емоційна відстороненість. Ця відсутність зворотного зв'язку дозволяє таким патернам закріплюватися, оскільки індивід просто не може усвідомити їхнього справжнього впливу на оточуючих. Терапевтична група, керована нормами чесної та конструктивної комунікації, тимчасово призупиняє дію цих соціальних умовностей. Коли учасниця відтворює свою характерну поведінку (наприклад, інтелектуалізує, щоб уникнути переживання почуттів), інші реагують на це за моделлю «тут-і-тепер». Висвітлення цього процесу терапевтом робить патерн явним для всіх, що надає учасниці прямі, незаперечні дані про її поведінку та її наслідки, оминаючи когнітивні викривлення та «сліпі плями», властиві самозвіту. Дослідження підтверджують, що міжособистісні стилі, які демонструються в групі, є конгруентними до загальних реляційних тенденцій поза нею [61]. Таким чином, група стає як підтримуючим середовищем, так і терапевтично

конфронтаційним простором, що зіштовхує учасниць з реальністю їхнього міжособистісного «Я», що є необхідним першим кроком до змін.

Терапевтична сила групи реалізується через низку взаємопов'язаних «механізмів змін», які були систематизовані І. Яломом у його класичній моделі одинадцяти терапевтичних факторів. Ці фактори не є ізольованими явищами; вони діють синергетично, створюючи комплексний вплив на різні аспекти особистості та сприяючи відновленню емоційної рівноваги [81, 16]. Для детального аналізу їхнього впливу на компоненти емоційної стійкості, визначені в попередньому розділі, доцільно представити їх у структурованому вигляді (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Терапевтичні фактори групової психотерапії за І. Яломом та їхній вплив на емоційну рівновагу

Терапевтичний фактор	Визначення	Механізм впливу на емоційну рівновагу
1	2	3
Фундаментальні фактори		
Універсальність	Усвідомлення того, що власні проблеми та переживання не є унікальними, а поділяються іншими.	Когнітивний – коригує викривлення «я унікально недосконала». Емоційний – знижує почуття сорому та ізоляції. Мотиваційний – підвищує готовність до відкритості.
Вселяння надії	Формування та підтримка віри в можливість позитивних змін через спостереження за прогресом інших.	Мотиваційний – протидіє зневірі та апатії, посилює віру у власні сили. Емоційний – зменшує почуття безпорадності та відчаю.
Групова згуртованість	Відчуття приналежності, довіри та взаємної підтримки між учасницями групи.	Емоційний – створює атмосферу психологічної безпеки, що є передумовою для ризику та саморозкриття. Вольовий – зміцнює рішучість залишатися в терапії.
Когнітивно-поведінкові фактори		
Надання інформації	Отримання знань, порад та пояснень від терапевта та інших учасниць.	Когнітивний – сприяє когнітивній реструктуризації, надає нові способи розуміння проблем. Вольовий – надає конкретні інструменти для вирішення проблем.
Розвиток навичок соціалізації	Набуття та відпрацювання нових, більш ефективних способів міжособистісної взаємодії.	Вольовий – розширює репертуар адаптивних поведінкових стратегій. Когнітивний – допомагає усвідомити зв'язок між поведінкою та її наслідками.

Продовження таблиці 2.1

1	2	3
Наслідувальна поведінка	Навчання через спостереження та моделювання поведінки терапевта та інших учасниць.	Вольовий – спрощує процес освоєння нових навичок. Когнітивний – надає конкретні приклади альтернативної поведінки.
Глибинні афективно-міжособистісні фактори		
Міжособистісне навчання	Отримання інсайтів щодо власних міжособистісних патернів через аналіз взаємодій у групі.	Когнітивний – сприяє глибокому саморозумінню. Емоційний – розвиває емпатію та емоційний інтелект. Вольовий – мотивує до зміни дезадаптивних патернів.
Коригувальний емоційний досвід	Проживання старого конфлікту в нових, безпечних умовах з отриманням нового, здорового результату.	Емоційний – «перезаписує» старі емоційні патерни, зцілює минулі травми. Когнітивний – змінює глибинні переконання про себе та стосунки.
Катарсис	Безпечне вираження та вивільнення сильних, часто пригнічених, емоцій з подальшим їх осмисленням.	Емоційний – знижує внутрішню напругу, сприяє емоційній регуляції. Когнітивний – інтеграція афекту та інсайту веде до глибшого саморозуміння.
Екзистенційні та самотрансцендентні фактори		
Альтруїзм	Досвід надання допомоги та підтримки іншим учасницям, усвідомлення власної цінності.	Мотиваційний – підвищує самооцінку та почуття власної значущості. Емоційний – створює позитивні переживання, пов'язані з допомогою іншим.
Екзистенційні фактори	Осмислення фундаментальних питань існування (свобода, відповідальність, сенс життя, самотність).	Когнітивний – сприяє формуванню зрілого світогляду. Мотиваційний – спонукає до прийняття відповідальності за власне життя та пошуку сенсу.

Джерело: складено автором на основі [91]

Одним із найпотужніших та найперших терапевтичних переживань у групі є усвідомлення універсальності – глибоке розуміння того, що людина не самотня у своїх стражданнях [91, 28]. Це переживання є прямим антидотом до почуття ізоляції та унікальності власного болю, які часто супроводжують емоційний дистрес. Механізм дії універсальності спрямований безпосередньо на когнітивний та емоційний компоненти стійкості. Коли учасниця чує, як інші діляться схожими страхами, тривогами

або сором'язливими переживаннями, це кидає виклик її глибинному когнітивному викривленню «я унікально недосконала» або «зі мною щось не так». Цей когнітивний зсув призводить до негайного емоційного полегшення, знижуючи почуття сорому та відчуження [66]. Більше того, універсальність є не просто втішним почуттям, а функціональним механізмом, що відкриває шлях до глибшої терапевтичної роботи. Ефективна терапія вимагає вразливості та саморозкриття. Однак жінки часто неохоче розкривають свої найглибші переживання через страх осуду, в основі якого лежить переконання, що їхні проблеми є винятково жахливими. Переживання універсальності («Ви теж це відчуваєте?») нейтралізує цей страх. Воно сигналізує, що група є безпечним простором, де найвразливіші частини особистості будуть зустрінуті з розумінням, а не з відторгненням. Таким чином, універсальність надає учасницям психологічний дозвіл бути вразливими, що є необхідною умовою для активації інших потужних факторів, таких як міжособистісне навчання та катарсис [43, 245].

Потужним фактором є вселяння надії, яке полягає у формуванні та підтримці віри в можливість одужання та позитивних змін. Погоджуємось з думкою О. Романенко, яка зазначає, що «багаторазове повторення слів підтримки, підбадьорювання є потужним засобом психотерапевтичного впливу, який дає змогу сформувати в особистості позитивну установку, свідоме переконання щодо власної значущості та спроможності до позитивних змін» [83, 21]. Так, у групі, де учасниці перебувають на різних етапах свого шляху до відновлення, цей процес набуває особливої сили. Спостереження за прогресом тих, хто вже досяг певних успіхів, слугує живим, переконливим доказом того, що зміни можливі. Коли нова учасниця, яка почувається безнадійною, бачить, як інша жінка, що колись мала схожі проблеми, тепер успішно з ними справляється, це безпосередньо зміцнює її мотиваційний компонент емоційної стійкості, протидіючи почуттю відчаю та апатії.

При цьому при групових сесія виникає так звана групова згуртованість, яка є аналогом терапевтичного альянсу в індивідуальній терапії і являє собою емоційний зв'язок між учасницями, їхнє спільне відчуття приналежності до групи та, за виразом Н. Бурлаки, «формує атмосферу прийняття та самоповаги» [38, 71]. Тобто це своєрідний «клей», що утримує групу разом і створює атмосферу безпеки, довіри та взаємної прийнятності, яка є абсолютною передумовою для будь-яких терапевтичних змін. Згуртована група функціонує як надійний психологічний «контейнер», у якому учасниці почуваються достатньо безпечно, щоб іти на ризик саморозкриття, отримувати складний зворотний зв'язок та переживати інтенсивні емоції, не боячись відторгнення чи осуду. Таким чином, згуртованість зміцнює емоційний компонент стійкості, забезпечуючи надійну базу для глибокої особистісної роботи.

Серед когнітивних та поведінкових факторів передусім відзначимо надання інформації – фактор, який охоплює як дидактичне навчання з боку терапевта (наприклад, ознайомлення клієнток з природою тривоги та інших емоцій), так і прямі поради чи обмін досвідом між учасницями. Як слушно зауважується в праці С. Уварової, «коли людина обізнана про вплив та наслідки психічних травм, вона може легше зрозуміти свої власні страждання і подолати почуття безпорадності» [34, 91], саме тому обізнаність учасниць групових сесій безпосередньо впливає на інтелектуальний компонент емоційної стійкості. У групі жінки можуть спільно навчатися, наприклад, технікам когнітивної реструктуризації, ідентифікуючи та оскаржуючи свої ірраціональні думки на прикладах одна одної. Отримання практичних порад від інших учасниць, які успішно впоралися зі схожими проблемами, іноді сприймається навіть як більш достовірне та мотивуюче, ніж поради лише від авторитетної фігури терапевта.

Водночас групова терапія ефективно впливає на розвиток навичок соціалізації, адже група слугує безпечною лабораторією для відпрацювання нових міжособистісних навичок, таких як асертивність, активне слухання,

вираження потреб чи конструктивне вирішення конфліктів. Учасниці можуть експериментувати з новими моделями поведінки, отримуючи негайний і прямий зворотний зв'язок від інших, що дозволяє коригувати та вдосконалювати свої дії в реальному часі [65]. Цей процес безпосередньо зміцнює вольовий компонент емоційної стійкості, розширюючи репертуар ефективних поведінкових стратегій та підвищуючи впевненість у їх застосуванні. Не останню роль в цьому процесі відіграє наслідувальна поведінка – навчання через спостереження та моделювання поведінки терапевта та інших учасниць є важливим механізмом змін, особливо на початкових етапах роботи групи. Учасниці можуть «приміряти» на себе ті стратегії подолання труднощів, стилі комунікації чи способи вирішення проблем, які вони бачать в інших і вважають ефективними. Таке опосередковане навчання надає конкретні моделі для зміни поведінки та знижує тривогу, пов'язану зі спробами зробити щось нове.

В результаті учасниці реалізується процес міжособистісного навчання, за допомогою якого учасниці отримують глибоке розуміння власної міжособистісної динаміки та вчаться будувати більш задовільні стосунки. Процес розгортається у вигляді циклічного зворотного зв'язку: поведінка однієї учасниці викликає реакції в інших, які потім аналізуються та осмислюються всією групою [67]. Цей цикл дозволяє жінці побачити розрив між її намірами та реальним впливом її поведінки на інших. Таке усвідомлення є надзвичайно трансформуючим, оскільки воно впливає одночасно на когнітивний (саморозуміння), емоційний (емпатія) та вольовий (зміна поведінки) компоненти емоційної стійкості. Як наслідок – вмикається коригувальний емоційний досвід. Цей феномен, вперше описаний Ф. Александером, є ключовим для глибоких особистісних змін і полягає у повторному проживанні старого, невирішеного реляційного конфлікту в межах групи, але з новим, здоровішим результатом [39, 66]. Наприклад, учасниця, яка в дитинстві стикалася з критикою при спробі висловити свої потреби, може через перенесення реагувати на терапевта або іншу учасницю

зі страхом осуду. Однак, замість очікуваної критики, вона отримує емпатію та валідацію. Цей новий досвід прямо суперечить і «коригує» старе патогенне переконання (наприклад, «Вираження моїх потреб завжди призводить до відторгнення»). Цей процес, по суті, «перезаписує» емоційну пам'ять, зцілюючи минулі рани та змінюючи дезадаптивні емоційні реакції на їхньому глибинному рівні.

Результатом є катарсис – вивільнення сильних, часто пригнічених емоцій у безпечному середовищі групи. Однак терапевтичний катарсис – це більше, ніж просто «випускання пари», адже дослідження показують, що просте емоційне розрядження без подальшого осмислення може бути неефективним або навіть шкідливим [50]. Ефективний катарсис є двокомпонентним процесом. Спочатку, в атмосфері довіри та згуртованості, учасниця дозволяє собі виразити пригнічені почуття (наприклад, горе чи гнів) – це афективний компонент. Потім, що є критично важливим, терапевт та група допомагають їй осмислити цей досвід: «Що це було для вас – поділитися цим з нами?», «Що ви дізналися про себе, дозволивши цим почуттям вийти назовні?» – це когнітивний компонент. Саме така інтеграція афекту та інсайту перетворює емоційний вибух на терапевтичне переживання, що сприяє розвитку зрілих навичок емоційної регуляції – здатності переживати сильні почуття, не будучи ними зруйнованою.

Відзначимо, що для багатьох жінок, які приходять у терапію з почуттям власної нікчемності або звикли сприймати себе як «пацієнток» чи «тягар», досвід надання допомоги та підтримки іншим учасницям є надзвичайно цілющим. Цей процес дозволяє змінити самосприйняття з позиції того, хто потребує допомоги, на позицію того, хто може її надавати. Коли жінка з низькою самооцінкою дає пораду або просто висловлює співчуття, а інша учасниця щиро дякує їй, визнаючи цінність її внеску, це стає потужним підтвердженням її власної компетентності та значущості. Згідно з теорією самодетермінації, альтруїстичні дії задовольняють базові психологічні потреби в компетентності та автономії, що безпосередньо підвищує

самооцінку та почуття сенсу, зміцнюючи мотиваційний компонент емоційної стійкості [11, 112]. Також група надає унікальний простір для зіткнення з фундаментальними «даностями» людського існування: смертю, свободою, екзистенційною ізоляцією та пошуком сенсу життя. Через спільне дослідження цих глибоких тем учасниці вчаться розуміти, що хоча вони не можуть уникнути цих реалій, вони мають свободу обирати, як на них реагувати. Це передбачає прийняття повної відповідальності за власне життя, свої вибори та створення особистого сенсу. Цей процес формує глибинну, зрілу форму емоційної стійкості, яка ґрунтується не на уникненні болю, а на вмінні знаходити сенс попри його існування.

Таким чином, групова психотерапія є потужним інструментом для зміцнення емоційної рівноваги, ефективність якого ґрунтується на унікальній здатності створювати безпечний соціальний мікрокосм для проживання та корекції дезадаптивних патернів. Терапевтична трансформація є результатом синергетичної дії одинадцяти факторів, систематизованих І. Яломом, які комплексно впливають на когнітивний, емоційний, мотиваційний та вольовий компоненти стійкості. Завдяки фокусу на принципі «тут-і-тепер», механізми змін – від усвідомлення універсальності власних переживань та вселяння надії до глибокого міжособистісного навчання, катарсису й осмислення екзистенційних питань – забезпечують багаторівневу підтримку. Такий інтегрований підхід сприяє не просто симптоматичному полегшенню, а й формуванню зрілої, усвідомленої та гнучкої емоційної стійкості, що дозволяє особистості ефективно долати майбутні життєві виклики, спираючись на отриманий коригувальний досвід.

2.2 Психологічні особливості взаємодії в жіночих терапевтичних групах

Жіноча терапевтична група є унікальним соціальним утворенням, у якому гендерні особливості прояву та розвитку емоційної стійкості

посилюються, стаючи доступними для глибокого терапевтичного опрацювання. В цьому середовищі одночасно діють потужні сили, що сприяють зціленню, та потенційні пастки, що можуть посилювати дистрес. Ефективність такої групи критично залежить від здатності терапевта та самих учасниць усвідомлювати цю подвійність і свідомо керувати нею. Основою для швидкого формування терапевтичного альянсу та згуртованості в жіночих групах є глибоко вкорінені біоповедінкові механізми, що визначають жіночу реакцію на стрес та соціальну взаємодію. Ці механізми, сформовані в ході еволюції, створюють природне підґрунтя для виникнення довіри та підтримки, які є необхідними умовами для терапевтичної роботи.

Як ми визначили в першому розділі дослідження, жінки в більшості діють в межах моделі «піклуйся і дружи», яка в межах терапевтичної часто проявляється як основний організаційний принцип. Сама ситуація перебування в новій групі та необхідність ділитися особистими проблемами є стресогенною. У відповідь на цей стрес жінки інстинктивно активують афіліативну поведінку: вони не стільки конкурують чи закриваються, скільки шукають точки дотику, виявляють інтерес та емпатію до історій інших, прагнучи створити мережу взаємної підтримки. Це пояснює, чому жіночі групи часто здатні швидко минати затяжну фазу початкової недовіри та переходити до формування глибокої згуртованості. Важливо підкреслити, що для жінок пошук соціальної підтримки є не просто психологічно комфортною стратегією, а фізіологічно обумовленою потребою для ефективної регуляції стресу, що має пряме нейроендокринне підґрунтя – дослідження показують, що рівень окситоцину підвищується у відповідь на стрес, особливо у жінок, і стимулює афіліативну поведінку – прагнення до соціальних контактів та спілкування [80].

Цей механізм створює в групі потужний позитивний зворотний зв'язок: стрес, пов'язаний із саморозкриттям, активує викид окситоцину, який, у свою чергу, посилює мотивацію до пошуку підтримки та емпатійного реагування на інших. Успішне встановлення соціального контакту та отримання

підтримки запускає потужний фізіологічний механізм буферування стресу: окситоцин пригнічує активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, знижуючи рівень кортизолу та серцево-судинну реактивність. Крім того, окситоцин може знижувати активність мигдалеподібного тіла (амигдали) у відповідь на соціальні загрози, що дозволяє учасницям відчувати себе більш безпечно і бути більш відкритими до вразливості та саморозкриття [79].

Ці біологічні передумови є природними каталізаторами для створення в групі того, що сучасна організаційна психологія називає психологічною безпекою. Цей термін, як вказує А. Литвинчук, означає спільне переконання членів команди (або групи), що в ній безпечно приймати міжособистісні ризики [72, 156]. Це включає в себе можливість відкрито висловлювати свої думки, визнавати помилки, ділитися вразливими почуттями та не погоджуватися з іншими, не боячись покарання, приниження чи осуду. Відсутність психологічної безпеки блокує будь-який терапевтичний процес, оскільки учасниці витрачатимуть енергію не на самодослідження, а на самозахист та управління враженням. У жіночих групах створення такого клімату є не просто бажаною умовою, а фундаментальною біологічною необхідністю. Якщо середовище не сприймається як безпечне, вроджені окситоцинові механізми соціального буферування стресу не активуються, залишаючи жінку наодинці з її інтенсивною фізіологічною стресовою реакцією. Таким чином, роль терапевта полягає не лише в психологічній фасилітації, а й у виконанні нейрорегуляторної функції: він створює умови, за яких можуть активуватися природні механізми самозаспокоєння. Це досягається через свідоме встановлення та підтримання чітких групових норм (конфіденційність, повага до кордонів, право «пасувати», заборона на осуд) [31, 40] та постійне моделювання емпатії, прийняття та валідації досвіду кожної учасниці.

Поведінковим проявом цих афіліативних механізмів є домінуючий стиль спілкування в жіночих групах, який можна охарактеризувати як емоційно-контактний – розмова, першочерговою метою якої є встановлення

та зміцнення зв'язку, інтимності та взаєморозуміння, на відміну від інформаційно-орієнтованого стилю, спрямованого на передачу інформації та встановлення статусу. Цей стиль характеризується високим рівнем саморозкриття на особисті теми, активним слуханням, частим вираженням емпатії та підтримки, фокусом на обговоренні почуттів та стосунків. Жінки в одностатевих групах, як правило, рідше перебивають одна одну, більше дивляться в очі співрозмовниці та використовують більш анімовану невербальну комунікацію для підкреслення емоційного контакту. Цей комунікативний патерн, що є продуктом гендерної соціалізації, безпосередньо сприяє швидкому формуванню групової згуртованості та створенню атмосфери довіри, яка є фундаментом для подальшої терапевтичної роботи.

Інтенсивна афіліативна динаміка, що є найбільшою силою жіночих терапевтичних груп, водночас є і джерелом специфічних ризиків. Сильні сторони, такі як емпатія, прагнення до зв'язку та емоційна відкритість, за певних умов можуть гіпертрофуватися, перетворюючись на дисфункціональні патерни взаємодії, що не сприяють, а навпаки, перешкоджають зміцненню емоційної стійкості. Найбільш значущими серед цих ризиків є феномени ко-румінації та патологічного злиття. Ко-румінація - це процес, у якому двоє або більше людей надмірно, пасивно та повторювано обговорюють проблеми та негативні почуття [63]. Цей процес характеризується не пошуком рішень, а «пережовуванням» проблеми, спекуляціями щодо її причин та наслідків, а також взаємним заохоченням до зациклення на негативному афекті. По суті, ко-румінація є міжособистісним аналогом індивідуальної румінації – когнітивного процесу, що є доведеним фактором ризику виникнення та підтримання депресивних станів.

У жіночих групах ко-румінація може виникати як природна, але дисфункціональна крайність емоційно-контактного стилю спілкування та підтримки. Прагнення зрозуміти та підтримати іншу учасницю може трансформуватися у спільне занурення в її проблему без спроб знайти вихід.

Група може несвідомо почати винагороджувати детальне обговорення страждань, оскільки це створює ілюзію глибокого емоційного контакту та близькості. При цьому феномен ко-румінації має парадоксальну природу, що робить його особливо підступним: з одного боку, він має позитивні соціальні наслідки: дослідження показують, що ко-румінація тісно пов'язана з вищою якістю дружби та задоволеністю стосунками [46, 582]. Учасниці даного процесу відчувають, що їх розуміють, приймають та підтримують, що, безумовно, посилює групову згуртованість на початкових етапах. З іншого боку, ці короткострокові соціальні переваги досягаються ціною довгострокового погіршення психічного здоров'я. Численні дослідження підтверджують, що ко-румінація є потужним предиктором підвищення симптомів депресії та тривоги [46, 577-578]. Зациклюючись на проблемі, учасниці посилюють негативний афект, погіршують власні навички вирішення проблем та підтримують відчуття безпорадності. Таким чином, ко-румінація є «поведінковою пасткою»: короткострокове соціально-біологічне підкріплення (відчуття близькості, що стимулюється окситоцином) призводить до довгострокового посилення емоційного дистресу.

Тісно пов'язаним із ко-румінацією є ризик патологічного злиття – стану співзалежності, за якого психологічні кордони між учасницями групи стають розмитими, що призводить до надмірної емоційної залежності, втрати індивідуальної автономії та, врешті-решт, саморуйнування [18, 65]. Якщо ко-румінація є процесом, то патологічне злиття – це структура стосунків, яка може з нього вирости. В цих умовах учасниці починають відчувати надмірну відповідальність за емоційний стан одна одної, втрачають здатність розрізняти власні почуття та почуття інших, а стрес однієї жінки швидко поширюється на всю групу через механізм емоційного зараження. Це може проявлятися у труднощах з прийняттям самостійних рішень без схвалення групи, у відчутті провини за встановлення особистих кордонів або у страху висловити думку, що відрізняється від загальної. Хоча ззовні така група

може виглядати надзвичайно згуртованою, насправді вона перешкоджає індивідуальному зростанню та формуванню автономної, стійкої особистості.

Таким чином, говорячи про особливості взаємодії в жіночих терапевтичних групах, можна виділити ряд характеристик (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Особливості взаємодії в жіночих терапевтичних групах

Гендерна характеристика	Адаптивний прояв	Маладаптивний прояв
Еволюційна стратегія «Піклуйся і дружи»	Швидке формування згуртованості, довіри та альтруїзму. Створення атмосфери високої психологічної безпеки.	Підвищена залежність від групи, страх конфлікту та розриву зв'язків, що може блокувати вираження негативних почуттів.
Схильність до емоційної експресивності та емоційно-контактного стилю спілкування	Високий рівень саморозкриття, емпатії та взаємної підтримки. Полегшення катарсису та відчуття універсальності.	Ко-румінація: зациклення на негативних переживаннях без переходу до вирішення, що посилює депресію та тривогу.
Висока чутливість до міжособистісних сигналів	Розвинена інтуїція щодо стану інших учасниць, здатність до глибокого емоційного резонансу та надання точної підтримки.	Патологічне злиття: розмиття особистих кордонів, емоційне зараження, втрата автономії, надмірна відповідальність за почуття інших.
Внутрішньовидова конкуренція за ресурси	Проявляється у прихованій формі	Реляційна агресія: використання пліток, соціальної ізоляції, маніпуляцій для встановлення статусу та влади в групі.

Джерело: складено автором

Завдання терапевта – розпізнати описані вище деструктивні динаміки та допомогти групі трансформувати їх. Це вимагає делікатного балансу: необхідно зберегти цінність саморозкриття та підтримки, але скерувати їх у конструктивне русло. Ключові терапевтичні втручання включають, по-перше, переорієнтацію з проблеми на рішення через впровадження принципів когнітивно-поведінкової терапії, щоб перемкнути фокус з пасивного обговорення на активний пошук рішень та поведінкову активацію. По-друге, для розриву румінативного циклу розвиваються навички

усвідомленості (майндфулнес), які навчають учасниць спостерігати за своїми думками та почуттями без занурення в них. По-третє, важливим елементом є побудова здорових кордонів, де терапевт допомагає вербалізувати та практикувати розрізнення між глибоким співчуттям та особистою відповідальністю за власні реакції. Нарешті, застосовуються процес-орієнтовані інтервенції, під час яких динаміка ко-румінації та злиття обговорюється безпосередньо в групі як частина процесу «тут-і-тепер», аби проаналізувати, чи допомагає поточна взаємодія рухатися вперед.

Після початкового етапу формування згуртованості, який часто характеризується ідеалізацією та уникненням розбіжностей, будь-яка здорова група неминуче входить у фазу конфлікту. У жіночих групах цей етап має свою специфіку, зумовлену соціалізаційними нормами щодо вираження агресії та еволюційними механізмами конкуренції. Теоретичні моделі групової динаміки, зокрема п'ятистадійна модель Брюса Такмена (Формування – Шторм – Нормування – Виконання – Завершення) [89] та тристадійна модель Ірвіна Ялома (Орієнтація – Конфлікт – Згуртованість) [91, 448-465], розглядають фазу конфлікту («Шторму») як необхідний та продуктивний етап розвитку. Саме на цьому етапі відбувається диференціація ролей, встановлення реалістичних групових норм, перевірка кордонів та вираження автентичних почуттів. Уникнення конфлікту призводить до стагнації та формування «псевдозгуртованості», за якою ховаються невисловлені образи та напруга.

Соціалізація жінок часто включає в себе заборону на пряме вираження «зовнішніх» емоцій, таких як гнів та агресія, які тавруються як «нежіночні». Внаслідок цього, коли в жіночій групі виникає напруга, вона рідко проявляється у формі відкритої конфронтації. Натомість, конфлікт набуває прихованих, непрямих форм, відомих як реляційна (або соціальна) агресія – поведінка, спрямована на завдання шкоди іншій людині не через фізичний чи прямий вербальний напад, а через маніпуляцію її соціальними стосунками, репутацією та почуттям приналежності до групи [82, 10]. Основними

проявами реляційної агресії в групі є:

- Поширення пліток та чуток – обговорення однієї учасниці за її спиною з іншими.
- Соціальна ізоляція – навмисне ігнорування, виключення з розмов або неформальних підгруп (клік).
- Маніпулятивна прихильність – використання дружби та підтримки як інструменту контролю («Я буду твоєю подругою, якщо...»).
- Невербальні сигнали – використання «важких» поглядів, саркастичної інтонації, двозначних компліментів, що мають на меті принизити, не вдаючись до прямої критики.

Ці форми поведінки можна розглядати крізь призму еволюційної теорії жіночої внутрішньовидової конкуренції. Оскільки для жінок фізична агресія історично була пов'язана з високими ризиками для себе та потомства, конкуренція за ресурси (включно з соціальним статусом та увагою) розвивалася у напрямку непрямих стратегій. Метою реляційної агресії є не фізичне усунення суперниці, а зниження її соціальної цінності та статусу в очах групи, що є аналогом боротьби за позицію в соціальній ієрархії. Таким чином, реляційна агресія є не просто «поганою поведінкою», а «тіньовим», маладаптивним проявом еволюційно закріпленої стратегії «дружити». Це деструктивна спроба управляти соціальною мережею для забезпечення власної безпеки та статусу.

Згідно з юнгіанською психологією, такі почуття, як заздрість, ревнощі, жадібність до уваги та гнів, які часто є рушіями реляційної агресії, належать до архетипу Тіні – витіснених, несвідомих та соціально неприйнятних аспектів особистості. Оскільки ці почуття засуджуються, вони не можуть бути виражені прямо і знаходять вихід у прихованих, маніпулятивних формах. Завдання терапевта – створити такий рівень психологічної безпеки, за якого ці «тіньові» аспекти можуть бути виведені на світло, визнані та інтегровані. «Робота з Тінню» в групі означає не засудження реляційної агресії, а дослідження почуттів, що лежать в її основі. Це дозволяє учасницям досягти більшої психологічної цілісності, автентичності та навчитися управляти своїми складними емоціями конструктивно.

Правильно керований конфлікт є одним з найпотужніших терапевтичних інструментів. Він висвітлює неадаптивні патерни взаємодії, приховані потреби та невирішені внутрішні проблеми учасниць. Завдання терапевта на стадії «Шторму» полягає в тому, щоб не придушувати конфлікт, а контейнерувати його, тобто створювати безпечну рамку для його протікання. На цьому етапі терапевт в основному втручається наступним чином:

- Здійснює переведення непрямої агресії в пряму комунікацію, тобто фасилітацію діалогу, в якому учасниці вчаться виражати свої негативні почуття прямо, асертивно та з повагою до іншої людини, використовуючи «Я-висловлювання» («Я відчуваю злість, коли...», замість «Ти завжди...»).
- Фокусує учасниць на процесі «тут-і-тепер», тобто постійно повертає увагу групи до того, що відбувається між її членами в даний момент: «Що ви відчули, коли Марія це сказала?», «Що зараз відбувається в нашій групі, коли виникла ця напруга?».
- Створює корективний емоційний досвід, адже конфлікт у групі є ідеальною можливістю для ситуації, коли учасниця ризикує виразити раніше «заборонені» почуття (наприклад, гнів, заздрість, незгоду) і, на відміну від її травматичного минулого досвіду (де її за це карали, відкидали або соромили), вона отримує від групи та терапевта розуміння, прийняття та валідацію. Такий досвід має потужну терапевтичну силу, оскільки він «перезаписує» старі, патогенні переконання про себе та стосунки, доводячи на практиці, що вираження почуттів не руйнує зв'язок, а може його поглибити.

Тобто терапевтична задача на цьому етапі полягає не в тому, щоб засудити реляційну агресію, а в тому, щоб зрозуміти її функцію (потреба в безпеці, статусі, контролі) і допомогти групі знайти більш здорові, просоціальні способи задоволення цих потреб. Це перетворює примітивний механізм виживання на зрілий інструмент соціальної взаємодії.

Одним з найважливіших факторів, за І. Яломом, є те, що група неминуче стає сценою, на якій учасниці відтворюють свої ранні сімейні стосунки [91, 41]. У жіночій групі цей процес набуває специфічного забарвлення: тут рекапітулюються стосунки переважно з первинними жіночими фігурами – матір'ю, сестрами, бабусею, а також з першими значущими подругами. Група стає «лабораторією», де можна безпечно дослідити та «переграти» ці патерни. Наприклад, жінка, яка звикла до ролі «миротворця» між матір'ю та сестрою, може несвідомо зайняти ту ж роль у групі, намагаючись згладити будь-які конфлікти. Усвідомлення цього патерну «тут-і-тепер» дає їй можливість спробувати нові, більш автентичні способи поведінки. Відповідно, групова терапія створює унікальну можливість, недоступну в змішаних або індивідуальних форматах, – можливість зцілити специфічні рани, завдані у стосунках з іншими жінками. Терапевтична мета полягає у трансформації групи з простого набору індивідів у «коративну сестринську спільноту», тобто простір, де жінки можуть навчитися довіряти іншим жінкам, підтримувати одна одну без заздрощів, конкурувати здорово та відкрито, і будувати солідарність, що є потужним фактором для зміцнення емоційної стійкості та протидії зовнішньому соціокультурному тиску.

Підсумовуючи, взаємодія в жіночих терапевтичних групах характеризується дуалізмом, що походить від біологічно зумовленої стратегії «піклуйся і дружи». З одного боку, ця динаміка сприяє швидкому формуванню глибокої згуртованості та психологічної безпеки, що є фундаментом для терапевтичної роботи. З іншого – вона створює специфічні ризики, такі як ко-румінація, патологічне злиття та реляційна агресія, що є прихованою формою конфлікту. Ключовим терапевтичним завданням стає свідоме управління цією амбівалентністю: трансформація деструктивних патернів через роботу з особистими кордонами та переведення непрямої агресії в асертивну комунікацію. Успішне проходження цих етапів дозволяє групі еволюціонувати в «коративну сестринську спільноту», де учасниці

можуть зцілити минулі травми та сформувати зрілу, автономну емоційну стійкість.

2.3 Умови ефективності психологічної підтримки в груповому форматі

Як ми визначили в попередніх підрозділах, групова психотерапія є потужним інструментом для підтримки емоційної рівноваги, а жіночі групи мають унікальну динаміку взаємодії. Однак терапевтичний потенціал таких груп не реалізується автоматично – його актуалізація залежить від свідомого створення та підтримки низки взаємопов'язаних умов, які синергетично формують середовище, сприятливе для зміцнення емоційної стійкості жінок. Ефективність групової роботи є результатом не спонтанного процесу, а ретельно спроєктованої системи, де кожен елемент відіграє критичну роль. Фундамент ефективної групової роботи закладається ще до першої зустрічі. Структурно-організаційні рішення, що стосуються складу, розміру та часових рамок групи, формують своєрідний «контейнер», у межах якого розгортатиметься терапевтичний процес. Ці архітектурні елементи не є формальністю; вони значною мірою визначають потенціал групи для досягнення поставлених цілей.

Вибір гомогенного, тобто виключно жіночого, складу групи є не просто організаційним рішенням, а первинною терапевтичною інтервенцією, що безпосередньо впливає на рівень безпеки та довіри. Дослідження переконливо демонструють, що жінки досягають кращих результатів, включно з вищими показниками утримання в терапії та завершення програм, саме в одностатевих групах порівняно зі змішаними [54, 6]. Основна причина полягає в тому, що жінки мають специфічні терапевтичні потреби, які часто зумовлені досвідом гендерно-зумовленої травми, депресії та тривожних розладів. Для групи, де значний відсоток учасниць має історію травматичного досвіду, часто пов'язаного з насильством з боку чоловіків,

присутність чоловіків у групі може несвідомо відтворювати небезпечні динаміки влади та суттєво гальмувати процес саморозкриття. Жіночий формат групи виступає структурною гарантією, що превентивно усуває цей значний потенційний бар'єр для психологічної безпеки. Це створює «безпечне середовище та надає ефективні інструменти комунікації, які допоможуть знизити ризик повторної травматизації та підтримають процес відновлення» [21, 1230], тобто перетворюють групу на унікальний простір, де учасниці можуть боротися із соціальною ізоляцією та зміцнювати власну резильєнтність. Таким чином, гомогенність складу безпосередньо відповідає соціокультурному контексту жіночого дистресу, який ми розглядали в підрозділі 1.2 представленого дослідження. Еволюційно-психологічна модель «піклуйся і дружи», розглянута раніше, підкреслює вроджену схильність жінок до афіліації, особливо з іншими жінками, як ключової стратегії подолання стресу. Одностатева група створює ідеальні умови для терапевтичного використання цього інстинкту з самого початку, замість того, щоб ускладнювати процес динамікою міжстатевих стосунків.

Параметри розміру групи та тривалості сесій не є довільними, адже мають забезпечити баланс між стимулюванням групової динаміки та забезпеченням можливості для глибокої індивідуальної роботи. Хоча абсолютного емпіричного консенсусу не існує, експертна думка та новітні дослідження вказують на оптимальний розмір групи в діапазоні від 7 до 10 учасниць. Групи, що налічують менше п'яти осіб, ризикують не згенерувати достатньої кількості взаємодій для повноцінного терапевтичного процесу, тоді як у великих групах різко скорочується час, доступний для індивідуальної участі [90].

Сесії групової терапії, як правило, є довшими за індивідуальні і тривають від 90 до 120 хвилин [7, 66]. Це необхідно для того, щоб кожна учасниця мала реальну можливість зробити свій внесок в обговорення. Такий часовий формат є структурним рішенням внутрішньої напруги між двома ключовими терапевтичними факторами, визначеними І. Яломом:

міжособистісним навчанням та катарсисом. Концепція групи як «соціального мікрокосму» вимагає наявності достатньої кількості учасниць для створення складного та реалістичного поля взаємодій. Водночас катарсис – вивільнення сильних, часто пригнічених емоцій – потребує достатнього безперервного часу для дослідження та вираження почуттів. Збільшення тривалості сесії є прямою компенсацією за кількість учасниць, що дозволяє зберегти можливість як для індивідуальної глибини, так і для групового процесу. Отже, рекомендовані параметри розміру та тривалості є логічними передумовами для ефективного функціонування найпотужніших механізмів змін у групі.

Терапевт у групі не є пасивним спостерігачем; він виступає активним архітектором та регулятором терапевтичного простору. Його внутрішні компетенції та зовнішні дії мають першочергове значення для успіху групи. Гендерна чутливість є фундаментальною компетенцією для роботи з жіночими групами і, на думку Г. Омельченка зі співавторами, «відображає вміння ідентифікувати, де ґендерні відмінності є значними і діяти таким чином, щоб забезпечувати більш справедливі практики для чоловіків і жінок» [26, 133]. Це багатогранний конструкт, що включає глибокі знання про форми гендерної дискримінації та соціальний контекст, навички протидії стереотипам та установки, що сприяють рівності. Критично важливим є усвідомлення, що проблеми жінок часто розглядаються крізь призму патології («що з нею не так?»), а не травми («що з нею сталося?»). Це вимагає від терапевта визнання впливу влади, привілеїв та гноблення на життя клієнток, використання афірмативної, спрямованої на клієнта мови та постійної рефлексії щодо власних упереджень [40].

Ця компетенція є «мета-компетенцією», яка перетворює роль терапевта з нейтрального фасилітатора на захисника досвіду учасниць. Вона полягає в активній практиці депатологізації емоційного дистресу жінок шляхом його послідовної реконтекстуалізації в рамках ширших соціальних та культурних реалій. Коли терапевт демонструє гендерну чутливість, він не просто виявляє

емпатію, а активно моделює для групи нову когнітивну рамку. Він навчає учасниць переносити частину самозвинувачень та сорому на зовнішні системні фактори. Цей процес безпосередньо сприяє розбудові когнітивного та мотиваційного компонентів емоційної стійкості, визначених у першому розділі.

Водночас терапевт несе відповідальність і за виконавчі функції групи: визначення її структури, управління межами та забезпечення безпечного середовища. Це включає управління груповими тривогами та усвідомлення динаміки перенесення та контрперенесення. Роль терапевта можна порівняти з роллю батьків: він викликає «батьківське» перенесення через управління зовнішніми межами та «материнське» – через моніторинг внутрішніх стосунків. З розвитком групи терапевт має вміти балансувати підтримку та конфронтацію, поступово переходячи від директивної ролі до ролі фасилітатора. Виконання цих функцій є як технічним аспектом ведення групи, так і потужною терапевтичною дією, адже слугує живим моделюванням здорової саморегуляції та управління стосунками. Для учасниць, які могли вирости в середовищі з хаотичними, порушеними або надто жорсткими межами, це стає потужним «корективним емоційним досвідом». Згідно з фактором І. Ялома «корективна рекапітуляція первинної сімейної групи» [91, 41], група функціонує як замінник сім'ї. Тому прості, на перший погляд, дії терапевта – початок сесії вчасно, м'яке переривання монологу, що затягнувся, нагадування про правило конфіденційності – стають невербальними інтервенціями. Вони демонструють, як виглядають безпечні, передбачувані та шанобливі стосунки. Учасниці сприймають та переймають цей досвід, що безпосередньо зміцнює їхній вольовий (саморегуляція) та емоційний (зниження тривоги) компоненти стійкості.

Як ми вказували в попередньому підрозділі, психологічна безпека є атмосферним ядром ефективної групи. Це не тільки відчуття комфорту, але й динамічний стан, що створюється та підтримується через конкретні норми та процеси, тобто відчуття людиною захищеності у безпечному (не

загрозливому) світі та готовність захищати це відчуття, підтримувати та відновлювати у разі необхідності, у випадку зіткнення з різними життєвими проблемами [52, 77]. Це клімат, у якому люди почуваються комфортно, виражаючи себе, не побоюючись негативних наслідків для свого статусу чи самооцінки. Важливо відрізняти психологічну безпеку від довіри: довіра – це очікування щодо майбутніх дій іншої особи, тоді як психологічна безпека – це клімат на рівні всієї групи. Її наявність проявляється у посиленому емоційному вираженні, зростанні згуртованості та активнішій участі.

Ця умова є абсолютною передумовою для будь-якої значущої терапевтичної роботи. Психологічна безпека є гарантією відсутності сорому, який часто супроводжує проблеми, з якими жінки приходять у терапію. Жінки часто соціалізуються в умовах очікування «досконалості» і можуть переживати інтенсивний сором через уявні невдачі. Психологічна безпека створює культуру, де помилки та вразливість розглядаються не як провали, а як можливості для навчання та з'єднання. Коли учасниця ділиться своєю уразливістю і зустрічає прийняття та валідацію, цей досвід безпосередньо спростовує її переконання, засновані на соромі. Таким чином, створення психологічної безпеки є стратегічною інтервенцією, спрямованою на демонтаж ключового когнітивно-емоційного драйвера нестабільності – сорому, що сприяє когнітивній перебудові та емоційній регуляції.

Відзначимо, що ефективні групи функціонують на основі чітких, прозорих правил, які не нав'язуються терапевтом, а активно обговорюються і часто створюються спільно з учасницями. Ключові правила включають конфіденційність («усе, що сказано в групі, залишається в групі»), повагу, безсудність, активне слухання та норми щодо участі й вирішення конфліктів. Як слушно зауважують З. Кісарчук та Л. Гребінь, «в кожній групі формуються і додаються свої правила, які встановлюють самі учасники і регулюють таким чином норми взаємодії і взаємостосунків між собою (ступінь близькості і дистанції, ставлення до схожості і відмінностей, міра прояву конкуренції, агресії і т. д.), які захищають їх від існуючих чи уявних

загроз, страхів, конфліктів» [15, 16]. Таке спільне встановлення правил підвищує залученість учасниць та створює відчуття спільної відповідальності за груповий простір. Сам процес спільного визначення правил є настільки ж терапевтично важливим, як і самі правила. Він надає учасницям владу та агентність у створенні власного безпечного простору, що може бути новим та трансформуючим досвідом для жінок, які почувалися безсилими в інших сферах свого життя.

Основна роль терапевта при роботі з групою, на наше переконання, полягає в управлінні деструктивними процесами, наприклад, запобіганні ко-румінації. Румінація – це нав'язливе, повторюване зосередження на негативних думках та почуттях. Хоча обмін проблемами є центральним для групової терапії, існує ризик його перетворення на ко-румінацію – циклічне, непродуктивне «пережовування» проблем групою, що лише посилює негативний афект. Цей ризик є особливо високим у жіночих групах через вищу схильність до румінативного мислення та сильну орієнтацію на обговорення стосунків. Терапевт повинен вміло розрізняти валідуючу емпатію та румінативну змову. Інтервенції для протидії цьому процесу включають техніки когнітивно-поведінкової терапії (когнітивна реструктуризація, планування дій), майндфулнес-практики та відволікання [24, 138].

Управління ко-румінацією з боку терапевта є прямим тренінгом емоційної стійкості. Воно моделює та навчає групу переходити від емоційного компонента (переживання дистресу) до когнітивного та вольового (аналіз проблеми та вжиття заходів). Наприклад, коли учасниця ділиться болісним досвідом, активуючи емпатію групи, терапевт спочатку валідує ці почуття. Але якщо група застрягає на стадії співчуття, терапевт має втрутитися, обережно спрямувавши групу в напрямку пошуку рішення, наприклад: «Дякую, що поділилися. Зрозуміло, що багато хто з вас відчував щось подібне. А тепер давайте змінимо фокус. Який один маленький крок [ім'я учасниці] могла б зробити цього тижня, щоб відчути трохи більше

контролю над цією ситуацією?». Така інтервенція перенаправляє колективну енергію від пасивного співчуття до активного, спільного вирішення проблем, демонструючи емоційну регуляцію в дії.

Усі попередні умови створюють підґрунтя для розгортання ключових механізмів, що продукують терапевтичні зміни та зміцнюють емоційну стійкість. Розглянута в попередніх підрозділах концепція І. Ялома стверджує, що терапевтична група стає мініатюрною версією соціального всесвіту кожної учасниці. Учасниці неминуче та автоматично відтворюють свої характерні міжособистісні патерни та звички у стосунках всередині групи. Це надає багатий матеріал для аналізу як терапевту, так і самим учасницям, створюючи унікальну можливість для міжособистісного навчання. Група стає не місцем, де говорять про проблеми, а місцем, де їх проживають у безпечному середовищі. «Соціальний мікрокосм» надає матеріал для розбудови інтелектуального компонента емоційної стійкості. Отримуючи зворотний зв'язок («Коли ви сказали X, я відчула, що ви мене Y»), учасниці вчаться точніше оцінювати вплив своєї поведінки на інших, що покращує їхню здатність «оцінювати ситуації» та «прогнозувати зміни» у своєму реальному світі стосунків [78, 227].

Корективний емоційний досвід виникає, коли учасниця повторно переживає минулу емоційну ситуацію або динаміку стосунків, але отримує нову, здоровішу відповідь, яка спростовує її патогенні переконання. У групі цей досвід фасилітується не лише терапевтом, а й усіма учасницями, які можуть діяти як замінник сім'ї. На нашу думку, це найглибший механізм зцілення в груповій терапії, оскільки він емоційно та неврологічно «перезаписує» старі рани. У жіночій групі КЕД є надзвичайно потужним, оскільки він часто включає корекцію патернів, сформованих гендерними очікуваннями суспільства, тобто відбувається не рекапітуляція сімейної групи, а корективний досвід для ширшої соціокультурної групи. Наприклад, жінка ділиться, що її вчили пригнічувати гнів, щоб бути «справжньою леді». У минулому вираження гніву призводило до покарання. У групі вона

несміливо висловлює роздратування. Замість відторгнення, інші жінки відповідають: «Я така рада, що ти це сказала», «Твій гнів є виправданим». Ця реакція від інших жінок забезпечує багатошаровий КЕД: він коригує сімейну динаміку і водночас спростовує засвоєну суспільну заборону на жіночий гнів, сприяючи посттравматичному зростанню.

Як бачимо, ефективність психологічної підтримки в груповому форматі залежить від цілісної, динамічної системи умов. Структурна цілісність (гомогенність, оптимальний розмір), компетентність терапевта (гендерна чутливість, виконавчі функції) та клімат психологічної безпеки є необхідними передумовами, які дозволяють розкритися потужним механізмам змін – соціальному мікрокосму та корективному емоційному досвіду (табл. 2.3). Саме через ретельне та свідоме культивування цих умов терапевтична група перетворюється на ефективний простір для зміцнення емоційної стійкості жінок.

Таблиця 2.3 – Ключові умови ефективності групової психологічної підтримки жінок

Умова	Ключові аспекти	Роль терапевта
1	2	3
Структурні умови		
Гомогенний (жіночий) склад	Створює безпеку для розкриття травматичного досвіду, усуває гендерну динаміку влади, відповідає афіліативній моделі «піклуйся і дружи».	Здійснює ретельний відбір учасниць; активно сприяє формуванню зв'язків та почуття спільності.
Оптимальний розмір (7-10) та тривалість (90-120 хв)	Забезпечує баланс між достатньою кількістю взаємодій (соціальний мікрокосм) та індивідуальним часом для глибокої роботи (катарсис).	Визначає та підтримує структурні рамки групи; управляє часом сесії для забезпечення збалансованої участі.
Компетенції терапевта		
Гендерна чутливість	Дозволяє депатологізувати жіночий досвід, розглядаючи його в соціокультурному контексті; запобігає ретравматизації через стереотипи.	Постійно здійснює саморефлексію; використовує афірмативну мову; інтерпретує індивідуальні проблеми через призму гендерних чинників.
Виконавчі функції	Створює передбачуваність та безпеку через чіткі межі; моделює здорові стосунки та саморегуляцію.	Встановлює та підтримує правила; управляє динамікою групи; усвідомлює та працює з перенесенням і контрперенесенням.

Продовження таблиці 2.3

Терапевтичний клімат		
Психологічна безпека	Є передумовою для вразливості, саморозкриття та міжособистісного ризику; протидіє сорому, що лежить в основі багатьох проблем.	Моделює вразливість та емпатію; встановлює та підтримує норми поваги; заохочує збалансовану участь; підкріплює прояви довіри.
Запобігання ко-румінації	Трансформує непродуктивне зациклення на проблемах у конструктивне вирішення; навчає навичкам емоційної регуляції.	Валідує емоції, але скеровує групу до аналізу та пошуку рішень; використовує техніки КПТ для переходу від переживання до дії.
1	2	3
Механізми змін		
Фасилітація «соціального мікрокосму»	Дозволяє учасницям побачити свої міжособистісні патерни в дії та отримати зворотний зв'язок у безпечному середовищі.	Спрямовує увагу групи на процеси «тут-і-тепер»; допомагає учасницям аналізувати свої взаємодії та їхній вплив на інших.
Створення «коректив-ного емоційного досвіду»	Дозволяє «перезаписати» старі травматичні патерни через отримання нової, здорової реакції від групи на звичну поведінку чи почуття.	Створює безпечні умови для вираження складних почуттів; заохочує групу до підтримуючих та валідуючих відповідей, що спростовують патогенні переконання.
Адаптація до стадій розвитку групи	Забезпечує відповідність стилю лідерства поточним потребам групи, що сприяє її здоровому дозріванню та проходженню через конфлікти.	Змінює стиль лідерства (від директивного до фасилітативного); утримує конфлікт на стадії «Шторму», перетворюючи його на можливість для зростання.

Джерело: складено автором

Сутність викладеного дає підстави стверджувати, що ефективність групової психологічної підтримки для жінок є результатом не спонтанної динаміки, а ретельно спроєктованої системи взаємопов'язаних умов. Структурні параметри, такі як гомогенний склад та оптимальний розмір, закладають фундамент безпеки. Ключову роль відіграють компетенції терапевта, зокрема гендерна чутливість для депатологізації досвіду та виконавчі функції для моделювання здорових меж. Ці передумови спільно формують атмосферу психологічної безпеки, що є абсолютно необхідною для саморозкриття та протидії сорому. Саме в такому свідомо створеному «контейнері» стає можливим розгортання найпотужніших механізмів змін –

функціонування групи як «соціального мікрокосму» для міжособистісного навчання та створення глибокого корективного емоційного досвіду, що веде до формування стійкої емоційної рівноваги.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЖІНОК У ТЕРАПЕВТИЧНИХ ГРУПАХ

3.1 Організація дослідження, характеристика вибірки та методи

Теоретичний аналіз, проведений у попередніх розділах, дозволив всебічно розглянути феномен емоційної стійкості, його гендерні особливості та роль психологічної підтримки у його зміцненні. Було встановлено, що групова терапія, завдяки своїм унікальним механізмам, є потужним інструментом для розвитку емоційної рівноваги, особливо в гомогенних жіночих групах, де активуються еволюційно зумовлені афіліативні стратегії подолання стресу. Водночас, теоретичні висновки потребують емпіричної перевірки та валідації. Саме тому логічним продовженням роботи є організація та проведення експериментального дослідження, спрямованого на практичну апробацію розроблених підходів.

Метою нашого емпіричного дослідження стала експериментальна перевірка ефективності розробленої програми психологічної підтримки, що спрямована на підвищення рівня емоційної стійкості жінок у віці 25-40 років. Ми прагнули не просто зафіксувати будь-які зміни, а довести, що цілеспрямований психологічний вплив у форматі групової терапії здатен викликати статистично значущі позитивні зрушення у ключових компонентах емоційної стійкості. Основна гіпотеза полягала в тому, що учасниці експериментальної групи, які пройдуть програму, продемонструють суттєве покращення показників порівняно з контрольною групою, яка не отримувала психологічного втручання. Це дозволить зробити обґрунтований висновок про дієвість запропонованих методів та їхню практичну цінність для зміцнення психологічного благополуччя жінок.

Для досягнення поставленої мети було сформульовано низку послідовних завдань:

1. Сформувати експериментальну та контрольну групи, провести первинну діагностику (констатувальний етап 1). Це завдання мало на меті створення адекватної бази для експерименту. Важливо було не лише набрати необхідну кількість учасниць, але й переконатися у вихідній гомогенності груп за ключовими показниками. Проведення первинної діагностики дозволило зафіксувати стартовий рівень емоційної стійкості та її компонентів, що стало відправною точкою для подальшого порівняння. Застосування статистичних методів на цьому етапі було критично важливим для підтвердження відсутності значущих початкових відмінностей між експериментальною та контрольною групами, що є обов'язковою умовою валідності будь-якого психологічного експерименту.

2. Реалізувати програму психологічної підтримки в експериментальній групі (формувальний етап). Це завдання є ядром усього дослідження. Воно полягало у практичному впровадженні розробленої на основі теоретичного аналізу програми, яка включала 10 щотижневих сесій групової терапії. Процес реалізації вимагав створення безпечного та підтримуючого середовища, фасилітації групової динаміки та послідовного застосування технік, спрямованих на розвиток навичок емоційної регуляції, когнітивної переоцінки та зміцнення міжособистісних зв'язків. У цей час контрольна група не отримувала жодного психологічного втручання, що дозволило б у подальшому ізолювати ефект саме від нашої програми.

3. Провести повторну діагностику в обох групах (констатувальний етап 2). Після завершення формувального етапу необхідно було здійснити повторний замір показників емоційної стійкості. Проведення діагностики за тим самим інструментарієм, що і на першому етапі, в обох групах – експериментальній та контрольній – дозволило отримати дані для об'єктивної оцінки змін. Цей етап є ключовим для фіксації динаміки, оскільки він показує, які саме зрушення відбулися в учасниць після проходження

програми, і чи відбулися якісь зміни у групі, що не брала в ній участі, за той самий проміжок часу.

4. Здійснити порівняльний аналіз результатів між групами та в динаміці для підтвердження ефективності програми. Це фінальне завдання дослідження, що передбачало глибоку статистичну обробку та інтерпретацію отриманих даних. Аналіз проводився у двох напрямках: по-перше, порівняння показників «до» і «після» всередині кожної групи для оцінки внутрішньогрупової динаміки; по-друге, порівняння кінцевих результатів між експериментальною та контрольною групами. Саме наявність статистично значущої різниці між групами на користь експериментальної є головним доказом ефективності програми та дозволяє підтвердити або спростувати висунуту гіпотезу.

Методологічним підґрунтям нашого емпіричного дослідження стала структурно-компонентна модель розвитку емоційної стійкості, розроблена та апробована у дисертаційній роботі О. Андрусик [3]. Цей підхід був обраний завдяки його комплексності, чіткій структурованості та наявності валідизованого діагностичного інструментарію для вимірювання кожного з компонентів. Модель розглядає емоційну стійкість не як монолітну рису, а як інтегративну якість особистості, що є результатом синергетичної взаємодії чотирьох ключових підсистем психіки. Такий підхід дозволяє не лише констатувати загальний рівень стійкості, але й детально аналізувати, які саме аспекти особистості зазнають змін під впливом терапевтичного втручання, що значно підвищує глибину та інформативність дослідження.

Відповідно до цієї моделі, емоційна стійкість аналізується через єдність чотирьох взаємопов'язаних компонентів, кожен з яких відіграє унікальну роль у здатності особистості протистояти стресорам та зберігати психологічну рівновагу. Своєрідною «енергетичною основою» емоційної стійкості виступає мотиваційний компонент, що визначається системою мотивів, спрямованих на подолання труднощів. Сильна мотивація до досягнення успіху, високий рівень домагань та віра у власні сили дозволяють

сприймати виклики не як загрозу, а як можливість для зростання, мобілізуючи внутрішні ресурси. Механізмом свідомого управління є регулятивно-вольовий компонент ядром якого є інтернальний локус контролю – переконання у залежності подій від власних дій, що сприяє активному копінгу, самоконтролю та вмінню стримувати імпульсивні реакції. Роль «навігатора» виконує інтелектуальний компонент, що відповідає за когнітивну оцінку подій, здатність прогнозувати їхній розвиток та приймати раціональні рішення, а гнучкість мислення дозволяє знаходити конструктивні виходи. Зрештою, емоційний компонент характеризує безпосередню реактивність на стресори, рівень тривожності та здатність зберігати стабільність емоційного фону, не дозволяючи негативним переживанням дезорганізувати діяльність [3, 64].

Вибір діагностичного інструментарію є фундаментальним етапом будь-якого емпіричного дослідження, оскільки від його валідності, надійності та відповідності теоретичній моделі залежить достовірність отриманих результатів. У нашому дослідженні ми прагнули не просто виміряти емоційну стійкість як узагальнену характеристику, а здійснити її глибокий, багатовимірний аналіз. Саме тому за основу було взято комплекс валідизованих методик, що дозволяють оцінити кожен зі структурних компонентів досліджуваного феномену (табл. 3.1). Такий підхід забезпечує комплексність діагностики, даючи змогу побачити не лише загальну картину, а й специфіку змін у мотиваційній, регулятивно-вольовій, емоційній та інтелектуальній сферах особистості під впливом психологічної програми підтримки, що є критично важливим для підтвердження її цілеспрямованої, а не випадкової ефективності.

Для оцінки мотиваційного компонента емоційної стійкості було застосовано «Методику діагностики особистості на мотивацію до досягнення успіху» Т. Елерса (Додаток А). Вибір цього інструменту зумовлений тим, що саме домінуюча мотиваційна спрямованість особистості значною мірою визначає її поведінкові стратегії в умовах викликів та невизначеності.

Методика дозволяє виявити, що є провідним рушієм для людини: прагнення до успіху та досягнення мети чи бажання уникнути можливих невдач. Цей аспект є надзвичайно важливим для емоційної стійкості, оскільки особистості, орієнтовані на успіх, схильні розглядати труднощі як тимчасові перешкоди, що потребують мобілізації ресурсів, тоді як особистості з мотивацією уникнення невдач частіше сприймають ті ж самі ситуації як загрозу, що провокує тривогу та пасивність. Таким чином, діагностика цього компонента дозволила нам отримати уявлення про внутрішню готовність учасниць до проактивної та конструктивної поведінки.

Таблиця 3.1 – Структурні компоненти емоційної стійкості та відповідний діагностичний інструментарій

Компонент	Ключові характеристики	Методика діагностики
Мотиваційний	Спрямованість на подолання психологічних бар'єрів, наявність мотивації досягнення успіху, сила намірів та прагнень.	Методика діагностики особистості на мотивацію до досягнення успіху Т. Елерса.
Регулятивно-вольовий	Здатність до свідомої саморегуляції, внутрішній (інтернальний) локус контролю, уміння керувати власними емоціями та поведінкою.	Методика діагностики рівня суб’єктивного контролю Дж. Роттера.
Емоційний	Міра чутливості до стресогенних ситуацій, рівень особистісної та ситуативної тривожності, переважаючий емоційний фон.	Методика діагностики емоційного ставлення Ч. Спілбергера (шкали тривожності та негативних емоційних переживань).
Інтелектуальний	Специфіка оцінки ситуації, здатність до прогнозування її розвитку, рівень пізнавальної активності, раціональність.	Методика діагностики емоційного ставлення Ч. Спілбергера (шкала пізнавальної активності).

Джерело: складено автором на основі [3, 71]

Регулятивно-вольовий компонент, що відображає здатність особистості до свідомої саморегуляції, вивчався за допомогою «Методики діагностики рівня суб’єктивного контролю» Дж. Роттера (Додаток Б). Цей інструмент дозволяє визначити локус контролю особистості, тобто її схильність приписувати відповідальність за події власного життя внутрішнім (власні зусилля, здібності, характер) або зовнішнім (доля, випадок, інші люди)

чинникам. Рівень суб'єктивного контролю є однією з ключових детермінант емоційної стійкості. Особистості з вираженим інтернальним локусом контролю відчувають більшу відповідальність за своє життя, є більш самостійними у прийнятті рішень та наполегливими у досягненні мети, що сприяє ефективному подоланню стресу. Натомість екстернальний локус контролю часто пов'язаний з відчуттям безпорадності та пасивністю, що робить людину більш вразливою до емоційної дестабілізації.

Для одночасної діагностики емоційного та інтелектуального компонентів була використана «Методика діагностики емоційного ставлення» Ч. Спілбергера (Додаток В). Цей комплексний опитувальник є надзвичайно інформативним, оскільки дозволяє оцінити як стабільні особистісні риси, так і тимчасові ситуативні стани. В рамках нашого дослідження ми використовували його для вимірювання рівня особистісної та ситуативної тривожності й негативних емоційних переживань, що безпосередньо характеризує емоційний компонент стійкості. Водночас, шкала пізнавальної активності, що входить до складу методики, надала нам дані про інтелектуальний компонент, відображаючи зацікавленість, допитливість та прагнення особистості до розумової діяльності. Використання єдиного інструменту для оцінки цих двох взаємопов'язаних сфер дозволило отримати цілісне уявлення про когнітивно-афективний профіль кожної учасниці.

Емпіричне дослідження було проведене за запрошенням Приморської міської територіальної громади, яка допомогла організувати зустрічі та надала можливість працювати з цільовою групою жінок. Завдяки цій співпраці вдалося створити комфортні умови для проведення дослідження та забезпечити доступ до учасниць.

У вибірку увійшли 60 жінок віком від 25 до 40 років. Цю вікову категорію обрали тому, що жінки в цьому періоді життя часто поєднують роботу, турботу про сім’ю та багато інших щоденних обов’язків, що нерідко супроводжується підвищеним рівнем стресу. Саме тому тема емоційної

стійкості для них є особливо важливою та актуальною.Більшість учасниць були внутрішньо переміщеними особами, які нині проживають у місті Запоріжжі. Для них питання емоційної стійкості має особливе значення, адже вимушені зміни, переїзд та адаптація до нових умов часто стають серйозним випробуванням.

Для забезпечення високої доказовості дослідження було застосовано класичний експериментальний план із залученням контрольної групи. Усі 60 учасниць були випадковим чином розподілені на дві рівнозначні за кількістю групи. Експериментальна група (ЕГ) складалася з 30 жінок; саме для них проводилася розроблена програма психологічної підтримки. Для зручності та підвищення ефективності терапевтичної роботи експериментальна група була додатково розділена на три малі підгрупи по 10 осіб у кожній. Контрольну групу (КГ) також склали 30 жінок. Учасниці цієї групи не брали участі у формувальному експерименті, однак проходили первинну та повторну діагностику одночасно з експериментальною групою. Такий дизайн дозволяє з високим ступенем надійності стверджувати, що будь-які виявлені відмінності в динаміці показників є результатом саме психологічного втручання, а не впливу часу чи інших зовнішніх факторів.

Програма психологічної підтримки для експериментальної групи була чітко структурована в часі. Вона складалася з 10 щотижневих сесій, що дозволило забезпечити регулярність та послідовність терапевтичного впливу. Така періодичність є оптимальною для поступового засвоєння нових навичок та їх інтеграції у повсякденне життя, а також для формування стійких групових зв'язків та динаміки. Тривалість кожної сесії становила 120 хвилин. Цей часовий формат, що є довшим за стандартну індивідуальну консультацію, був обраний свідомо, оскільки він надає достатньо простору для роботи кожного учасника в групі: дає можливість глибоко опрацювати індивідуальні запити, провести групові вправи та забезпечити якісний зворотний зв'язок, що є критично важливим для ефективності групової терапії.

Проведення дослідження відповідало міжнародним етичним стандартам психологічної практики. На початку кожна учасниця отримала повну інформацію про мету, процедуру, можливі переваги та ризики дослідження, після чого надала письмову інформовану згоду на участь. Було наголошено на добровільному характері участі та праві припинити її на будь-якому етапі без жодних негативних наслідків. Особлива увага приділялася забезпеченню повної конфіденційності: усі отримані дані були анонімізовані та використовувалися виключно в узагальненому вигляді для наукового аналізу. Під час групових сесій неодноразово підкреслювалося правило конфіденційності, згідно з яким особиста інформація, розкрита в межах групи, не повинна виноситися за її межі, що сприяло створенню атмосфери довіри та психологічної безпеки.

Підсумовуючи, емпіричне дослідження було організовано для експериментальної перевірки ефективності програми психологічної підтримки, спрямованої на підвищення емоційної стійкості жінок. В основу методології лягла структурно-компонентна модель, що розглядає емоційну стійкість як єдність мотиваційного, регулятивно-вольового, емоційного та інтелектуального аспектів, для діагностики яких було використано валідизований інструментарій (методики Т. Елерса, Дж. Роттера, Ч. Спілбергера). Вибірку склали 60 жінок віком 25-40 років, яких було випадково розподілено на експериментальну (n=30) та контрольну (n=30) групи. Ключовим етапом стала реалізація 10-тижневої програми для експериментальної групи, після чого порівняльний аналіз результатів обох груп на констатувальних етапах дозволив обґрунтовано оцінити дієвість психологічного втручання.

3.2 Проведення психологічної діагностики та реалізація програми підтримки

Першим і ключовим кроком нашого емпіричного дослідження стало проведення констатувального етапу, метою якого було визначення вихідного

рівня емоційної стійкості та її структурних компонентів в учасниць обох груп – експериментальної (ЕГ) та контрольної (КГ). Цей етап мав два фундаментальні завдання. По-перше, необхідно було отримати об'єктивні базові дані, які б слугували точкою відліку для подальшого аналізу динаміки змін. По-друге, що є критично важливим для валідності експериментального дизайну, потрібно було емпірично довести відсутність статистично значущих початкових відмінностей між експериментальною та контрольною групами. Підтвердження їхньої вихідної гомогенності дозволяє з високим ступенем впевненості стверджувати, що будь-які майбутні розбіжності в показниках будуть результатом саме цілеспрямованого психологічного впливу в рамках формувальної програми, а не випадкових початкових умов.

Процедура первинної діагностики полягала у проведенні комплексного тестування всіх 60 учасниць за допомогою попередньо визначеного інструментарію. Тестування відбувалося в однакових стандартизованих умовах для обох груп, щоб мінімізувати вплив зовнішніх змінних. Учасницям було надано детальні інструкції щодо заповнення кожної з методик. Було наголошено на важливості щирих та розгорнутих відповідей, а також вкотре підтверджено повну анонімність та конфіденційність отриманих даних, що сприяло створенню атмосфери довіри та відкритості. Отримані в результаті індивідуальні дані були оброблені та узагальнені для подальшого статистичного аналізу, що включав розрахунок середніх значень та стандартних відхилень по кожному з чотирьох компонентів емоційної стійкості для експериментальної та контрольної груп окремо.

Аналіз вихідних показників мотиваційного компонента, виміряного за методикою Т. Елерса, засвідчив, що для більшості учасниць обох груп характерний середній рівень мотивації до досягнення успіху. Це свідчить про те, що у вибірці переважали жінки, для яких прагнення до успіху та уникнення невдач є приблизно однаково значущими, без чітко вираженого домінування однієї зі стратегій. Середній бал в експериментальній групі становив 15,2, а в контрольній – 14,8. Розподіл за рівнями також був досить

схожим: високий рівень мотивації продемонстрували 16,7% учасниць ЕГ та 13,3% КГ, тоді як низький рівень був зафіксований у 20% та 23,3% відповідно. Візуально незначна різниця між середніми значеннями була перевірена за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, який показав, що відмінності не є статистично значущими ($t=0,45$; $p>0,05$), що підтвердило вихідну еквівалентність груп за цим показником.

Результати діагностики регулятивно-вольового компонента за методикою Дж. Роттера вказали на переважання у вибірці схильності до екстернального локусу контролю. Учасниці здебільшого демонстрували тенденцію приписувати відповідальність за події власного життя зовнішнім чинникам, таким як доля, випадок або вплив інших людей, а не власним зусиллям. Це є важливим діагностичним показником, оскільки екстернальний локус контролю часто корелює з нижчою здатністю до свідомої саморегуляції та активного копінгу. Середні показники інтернальності були практично ідентичними в обох групах, становлячи 4,8 бала для ЕГ та 4,9 бала для КГ (за шкалою, де вищі значення відповідають більшій інтернальності). Статистичний аналіз за t-критерієм Стьюдента також не виявив значущих розбіжностей між групами ($t=0,18$; $p>0,05$), що дозволило констатувати їхню початкову однорідність і за цим важливим параметром.

Таблиця 3.2 – Порівняння вихідних середніх показників компонентів емоційної стійкості в експериментальній (ЕГ) та контрольній (КГ) групах

Компонент	Група	Кількість (N)	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	t-критерій Стьюдента	Рівень значущості (p)
Мотиваційний	ЕГ	30	15,2	3,1	0,45	> 0,05
	КГ	30	14,8	3,3		
Регулятивно-вольовий	ЕГ	30	4,8	2,5	0,18	> 0,05
	КГ	30	4,9	2,7		
Емоційний	ЕГ	30	48,5	5,2	0,61	> 0,05
	КГ	30	47,6	5,5		
Інтелектуальний	ЕГ	30	29,1	4,1	0,22	> 0,05
	КГ	30	28,8	4,4		

Джерело: складено автором

Діагностика емоційного компонента за допомогою шкал тривожності методики Ч. Спілбергера показала помірно підвищений рівень особистісної тривожності в обох групах. Це свідчить про загальну схильність учасниць сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі та реагувати на них станом тривоги. Середній бал особистісної тривожності в експериментальній групі склав 48,5, а в контрольній – 47,6. Ці показники вказують на наявність внутрішньої напруги та емоційної вразливості, що робить проблему зміцнення емоційної стійкості особливо актуальною для даної вибірки. Порівняльний аналіз за t-критерієм Стьюдента ($t=0,61$; $p>0,05$) підтвердив, що на старті дослідження обидві групи не мали статистично значущих відмінностей за рівнем вираженості цієї ключової характеристики, що є важливою передумовою для подальшої оцінки ефективності терапевтичного втручання.

Оцінка інтелектуального компонента, зокрема рівня пізнавальної активності, за відповідною шкалою методики Ч. Спілбергера, виявила переважно середні показники. Це вказує на те, що більшість учасниць не демонстрували ані надмірно високої, ані низької зацікавленості у новій інформації та розумовій діяльності, що є типовим для загальної популяції. Середній бал за шкалою пізнавальної активності становив 29,1 для ЕГ та 28,8 для КГ. Незначна різниця між цими показниками, як і в попередніх випадках, виявилася статистично незначущою ($t=0,22$; $p>0,05$). Це підтверджує, що на початку дослідження обидві групи мали приблизно однаковий потенціал до когнітивної переробки інформації та рефлексії, що є важливим для засвоєння матеріалу програми психологічної підтримки.

Для більш детального аналізу вихідного стану учасниць ми також розглянули розподіл їхніх показників за умовними рівнями (низький, середній, високий) по кожному з компонентів. Цей аналіз підтвердив загальну тенденцію, виявлену при порівнянні середніх значень. Як видно з таблиці 3.3, у переважній більшості випадків учасниці обох груп концентрувалися в межах середнього рівня. Наприклад, середній рівень

мотиваційного компонента мали 63,3% учасниць ЕГ та 66,7% КГ, а середній рівень регулятивно-вольового компонента – 60% та 56,7% відповідно. Такий розподіл ще раз підкреслює відсутність систематичних відмінностей між групами та їхню загальну готовність до участі в дослідженні, а також наявність простору для зростання та розвитку, на що і була спрямована формувальна програма.

Таблиця 3.3 – Розподіл учасниць за рівнями вираженості компонентів емоційної стійкості на констатувальному етапі (%)

Компонент	Рівень	Експериментальна група (ЕГ), %	Контрольна група (КГ), %
Мотиваційний	Низький	20,0	23,3
	Середній	63,3	66,7
	Високий	16,7	13,3
Регулятивно-вольовий	Низький	23,3	26,6
	Середній	60,0	56,7
	Високий	16,7	16,7
Емоційний	Низький	13,3	16,7
	Середній	66,7	63,3
	Високий	20,0	20,0
Інтелектуальний	Низький	20,0	23,3
	Середній	63,3	60,0
	Високий	16,7	16,7

Джерело: складено автором

Отже, результати констатувального етапу дослідження дозволили зробити два ключові висновки. По-перше, було зафіксовано вихідний рівень емоційної стійкості учасниць, який характеризувався переважно середніми показниками мотивації та пізнавальної активності на тлі помірно підвищеної тривожності та схильності до екстернального локусу контролю. Це підтвердило актуальність та доцільність проведення формувальної програми. По-друге, за допомогою статистичного аналізу (t-критерію Стьюдента) було доведено відсутність значущих початкових відмінностей між експериментальною та контрольною групами за всіма чотирма досліджуваними компонентами. Це забезпечило необхідну методологічну базу для подальших етапів експерименту та уможливило коректне порівняння результатів для оцінки ефективності програми.

Після завершення первинної діагностики та підтвердження вихідної гомогенності груп, дослідження перейшло до ключової, формувальної фази. Цей етап полягав у цілеспрямованому експериментальному впливі – реалізації розробленої програми психологічної підтримки (Додаток Г). Впродовж десяти тижнів учасниці експериментальної групи (ЕГ) були залучені до щотижневих групових сесій, спрямованих на розвиток навичок емоційної саморегуляції та зміцнення внутрішніх ресурсів стійкості. Водночас контрольна група (КГ) не отримувала жодного психологічного втручання та продовжувала своє звичне життя. Така побудова програми дозволила створити чіткі експериментальні умови, за яких будь-які подальші відмінності в динаміці показників між групами можна було з високою ймовірністю пов'язати саме з ефектом впровадженої програми, а не з плином часу чи іншими зовнішніми чинниками, що забезпечує високу внутрішню валідність нашого дослідження.

В основі розробленої програми лежить інтегративний підхід, що синтезує теоретичні положення, висвітлені у попередніх розділах. Програма не є еклектичним набором технік, а являє собою цілісну систему, побудовану на розумінні гендерних особливостей жіночої емоційності та механізмів групової динаміки. Зокрема, ключовий акцент було зроблено на створенні умов для активації еволюційно зумовленої моделі «піклуйся і дружи», перетворюючи групу на безпечний простір для реалізації афіліативної потреби як основного механізму буферування стресу. Терапевтичний процес був структурований навколо одинадцяти лікувальних факторів І. Ялома, таких як вселяння надії, універсальність страждань та міжособистісне навчання, що дозволило комплексно впливати на всі компоненти емоційної стійкості – від когнітивного до вольового.

Структурно програма складалася з трьох послідовних, логічно пов'язаних блоків, кожен з яких мав свої специфічні цілі та завдання (рис. 3.1). Така етапність дозволила забезпечити поступове та глибоке занурення учасниць у терапевтичний процес, рухаючись від створення базової безпеки до оволодіння складними навичками та їх інтеграції у повсякденне життя.

Перший блок, «Формування альянсу та психоедукація» (1-3 сесії), був спрямований на створення фундаменту для подальшої роботи. Основна мета полягала у формуванні високого рівня групової згуртованості та психологічної безпеки. На цьому етапі учасниці знайомилися одна з одною, спільно розробляли та приймали правила групи (конфіденційність, повага, право на мовчання), що створювало відчуття спільної відповідальності за терапевтичний простір. Важливою складовою була психоедукація: в доступній формі надавалась інформація про природу стресу, тривоги, механізми емоційної регуляції та гендерні особливості жіночої психіки. Це дозволило депатологізувати їхній досвід та закласти спільну понятійну базу, активізуючи такий терапевтичний фактор, як надання інформації, та сприяючи переживанню універсальності.

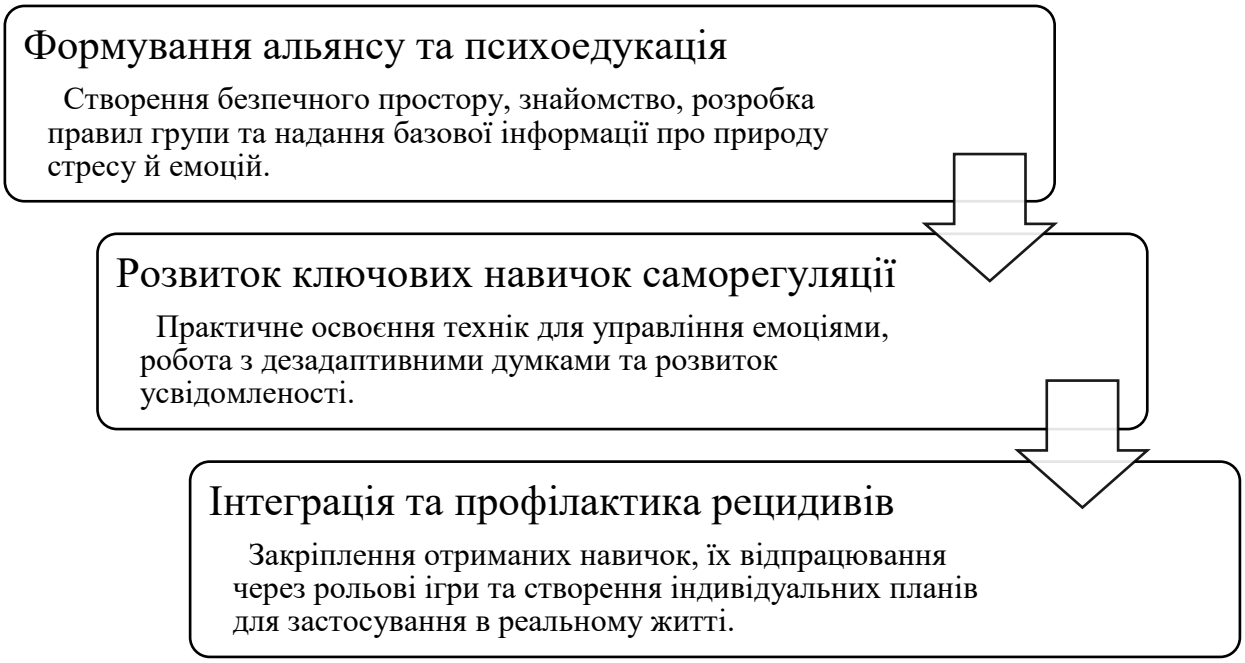


Рисунок 3.1 – Структурно-логічна схема програми психологічної підтримки

Джерело: розроблено автором

Другий блок, «Розвиток ключових навичок саморегуляції» (4-7 сесії), був практичним ядром програми. Його мета – озброїти учасниць конкретними, науково обґрунтованими інструментами для управління емоційними станами. Цей блок базувався на техніках когнітивно-

поведінкової терапії (КПТ) та терапії прийняття та відповідальності (АСТ). Учасниці вчилися ідентифікувати та оскаржувати свої дезадаптивні автоматичні думки, що лежать в основі тривоги та пригніченого настрою. Окрема увага приділялася розвитку навичок усвідомленості (майндфулнес), що дозволяло перейти від боротьби з негативними емоціями до їх прийняття та спостереження за ними без залучення. Практикувалися техніки емоційної регуляції, такі як діафрагмальне дихання, та навички міжособистісної ефективності для конструктивного вираження потреб та встановлення здорових кордонів у стосунках.

Третій, завершальний блок, «Інтеграція та профілактика рецидивів» (8-10 сесії), був присвячений закріпленню набутих навичок та їх перенесенню у реальне життя поза групою. Основна мета полягала в тому, щоб перетворити отримані знання та вміння на стійку внутрішню властивість особистості. На цьому етапі активно використовувалися рольові ігри, в яких учасниці могли відпрацювати нові моделі поведінки у типових для них стресових ситуаціях (наприклад, конфлікт на роботі чи непорозуміння з партнером). Учасниці створювали індивідуальні «плани емоційної безпеки», що включали перелік власних тригерів, ефективних копінг-стратегій та контактів для отримання підтримки. Завершальні сесії були присвячені підбиттю підсумків, осмисленню особистісних трансформацій та роботі з почуттями, пов'язаними із закінченням групи.

Зведемо основні характеристики кожного з етапів програми до табл. 3.4.

Таблиця 3.4 – Зміст та завдання блоків формувальної програми

Блок програми	Ключові завдання	Основні методи та техніки
1. Формування альянсу та психоедукація	– Створення психологічної безпеки – Формування групової згуртованості – Депатологізація досвіду – Надання базових знань про емоції	– Вправи на знайомство – Спільне створення правил – Психоедукаційні міні-лекції – Техніки активного слухання

Продовження таблиці 3.4

2. Розвиток ключових навичок саморегуляції	– Навчання когнітивній реструктуризації – Розвиток навичок усвідомленості – Опанування технік емоційної регуляції – Формування асертивної поведінки	– Ведення щоденника думок – Майндфулнес-медитації – Вправи на релаксацію – Тренінг асертивності
3. Інтеграція та профілактика рецидивів	– Перенесення навичок у реальне життя – Закріплення нових патернів поведінки – Підготовка до самостійного подолання стресу – Завершення роботи групи	– Рольові ігри – Складання індивідуальних планів – Аналіз кейсів – Рефлексія групового досвіду

Джерело: розроблено автором

Роль терапевта протягом реалізації програми була динамічною та адаптувалася до стадії розвитку групи. На початковому етапі він виступав як активний лідер та модератор, що структурує процес, встановлює норми та моделює безпечну поведінку. Його завданням було створення того самого «контейнера», в якому учасниці могли б почуватися достатньо захищеними для саморозкриття. У міру зростання згуртованості та довіри роль терапевта зміщувалася в бік фасилітації. Він менше структурував, а більше спостерігав за груповою динамікою, допомагаючи учасницям усвідомлювати процеси, що відбуваються «тут-і-тепер». Особлива увага приділялася моніторингу та корекції потенційно деструктивних патернів, характерних для жіночих груп, таких як ко-румінація чи реляційна агресія, скеровуючи групову енергію в конструктивне русло.

Важливо наголосити, що протягом усього десятитижневого періоду реалізації програми для експериментальної групи, учасниці контрольної групи не отримували жодного цілеспрямованого психологічного втручання з боку дослідників. Вони продовжували своє звичайне життя, навчаючись та працюючи. Ця умова є наріжним каменем експериментального дизайну, оскільки дозволяє ізолювати ефект саме терапевтичної програми. Порівнюючи динаміку показників емоційної стійкості в ЕГ (де був вплив) та КГ (де його не було), ми можемо зробити обґрунтований висновок про те, чи

є виявлені зміни результатом нашої роботи, чи вони могли б статися самі по собі під впливом інших життєвих обставин. Відсутність втручання в контрольній групі слугує тим фоном, на якому ефективність програми стає видимою та доказовою.

Проведений констатувальний етап дослідження дозволив встановити вихідний рівень емоційної стійкості та її компонентів, підтвердивши за допомогою t-критерію Стьюдента відсутність статистично значущих відмінностей між експериментальною та контрольною групами. Виявлено, що учасниці характеризуються помірно підвищеною тривожністю та схильністю до екстернального локусу контролю, що обґрунтовує доцільність втручання. Наступний, формувальний етап полягав у реалізації цілеспрямованої 10-тижневої програми психологічної підтримки для експериментальної групи. Програма була структурована на три логічні блоки: створення альянсу та психоедукація, розвиток ключових навичок саморегуляції на основі технік КПТ та АСТ, та інтеграція здобутих умінь. Чітке дотримання експериментального плану із залученням контрольної групи створює надійне підґрунтя для об’єктивної оцінки ефективності програми на завершальному етапі дослідження.

3.3 Аналіз динаміки емоційної стійкості учасниць груп після психологічного впливу

Після завершення десятитижневої програми психологічної підтримки для експериментальної групи, дослідження перейшло до завершального етапу збору даних – повторної діагностики (констатувальний етап 2). Мета цього етапу полягала у фіксації кінцевих показників емоційної стійкості та її компонентів в обох групах, що дозволило б отримати емпіричний матеріал для порівняльного аналізу. Проведення цього заміру є критично важливим, оскільки саме порівняння даних первинної та повторної діагностики дає змогу оцінити динаміку змін, що відбулися за час експерименту. Це дозволяє

не лише констатувати наявність чи відсутність змін, а й визначити їхній напрямок та величину, що є основою для подальших висновків про ефективність застосованого психологічного втручання.

Процедура повторної діагностики була повністю ідентичною до первинної. Учасниці як експериментальної, так і контрольної груп були протестовані за допомогою того ж комплексу методик: опитувальників Т. Елерса, Дж. Роттера та Ч. Спілбергера. Дотримання стандартизованих умов (аналогічні інструкції, час та місце проведення) було необхідною умовою для забезпечення надійності та порівнянності отриманих даних. Для експериментальної групи тестування проводилося одразу після завершення останньої, десятої сесії програми, щоб зафіксувати максимальний ефект від втручання. Учасниці контрольної групи були протестовані в той самий часовий проміжок. Отримані індивідуальні результати були систематизовані та піддані первинній статистичній обробці для розрахунку узагальнених середніх показників по кожній групі.

Первинний аналіз результатів мотиваційного компонента виявив суттєву позитивну динаміку в експериментальній групі. Якщо на старті дослідження середній показник мотивації до досягнення успіху в ЕГ становив 15,2 бала (середній рівень), то після завершення програми він зріс до 20,5 бала, що відповідає високому рівню мотивації. Це свідчить про те, що учасниці групи стали більш орієнтованими на досягнення мети, активний пошук рішень та сприйняття труднощів як викликів, а не загроз. На противагу цьому, показники контрольної групи залишилися практично незмінними: середній бал змінився з 14,8 до 15,0, залишаючись у межах середнього рівня. Така разюча відмінність у динаміці вказує на те, що саме участь у програмі психологічної підтримки сприяла зміцненню внутрішньої мотивації та віри у власні сили в учасниць ЕГ.

Подібна позитивна тенденція спостерігалася і в показниках регулятивно-вольового компонента. На початку дослідження обидві групи демонстрували схильність до екстернального локусу контролю (середні бали

4,8 для ЕГ та 4,9 для КГ). Після завершення формувального етапу середній бал за шкалою інтернальності в експериментальній групі зріс до 7,5, що свідчить про значний зсув у бік інтернального локусу контролю. Учасниці ЕГ почали сприймати себе як активних суб'єктів власного життя, які несуть відповідальність за свої рішення та здатні впливати на події. Водночас у контрольній групі середній показник залишився майже на тому ж рівні, склавши 5,0 балів. Це свідчить про те, що програма ефективно сприяла розвитку навичок свідомої саморегуляції та зміцненню почуття особистої відповідальності.

Аналіз емоційного компонента, зокрема рівня особистісної тривожності, продемонстрував найбільш виражений терапевтичний ефект. В експериментальній групі середній показник особистісної тривожності, який на початку був на помірно підвищеному рівні (48,5 бала), після завершення програми суттєво знизився до 39,0 бала, що відповідає нормативним значенням. Це вказує на значне зменшення внутрішньої напруги, емоційної вразливості та схильності до катастрофізації подій. Учасниці навчилися ефективніше керувати своїми емоційними реакціями та зберігати рівновагу в стресових ситуаціях. У контрольній групі, навпаки, показник тривожності залишився на попередньому високому рівні (зміна з 47,6 до 47,8 бала), що ще раз підкреслює цілеспрямований вплив саме терапевтичної програми на покращення емоційного стану.

Результати діагностики інтелектуального компонента також підтвердили позитивну динаміку в експериментальній групі. Середній бал за шкалою пізнавальної активності в ЕГ зріс з 29,1 до 35,5, що свідчить про підвищення зацікавленості до нової інформації, гнучкості мислення та прагнення до когнітивного опрацювання проблемних ситуацій. Психоедукаційний блок програми та вправи на когнітивну реструктуризацію, ймовірно, стимулювали учасниць до більш активного та усвідомленого аналізу подій, що дозволило їм знаходити конструктивні шляхи вирішення проблем замість пасивного переживання. У контрольній групі цей показник

залишився стабільним (зміна з 28,8 до 29,0), що вказує на відсутність спонтанного зростання пізнавальної активності без цілеспрямованого впливу.

Для наочності, узагальнені результати первинної та повторної діагностики для обох груп представлено у зведеній таблиці 3.5. Вже на рівні порівняння середніх значень чітко простежується ключова тенденція: в експериментальній групі спостерігається стійка позитивна динаміка за всіма чотирма компонентами емоційної стійкості, тоді як у контрольній групі показники залишаються стабільними, без статистично значущих змін. Ці дані створюють міцне підґрунтя для подальшого статистичного аналізу, спрямованого на підтвердження ефективності програми.

Таблиця 3.5 – Порівняльна динаміка середніх показників компонентів емоційної стійкості в ЕГ та КГ

Компонент	Група	N	Середнє значення (M) ДО	Середнє значення (M) ПІСЛЯ	Динаміка (Δ)
Мотиваційний	ЕГ	30	15,2	20,5	+5,3
	КГ	30	14,8	15,0	+0,2
Регулятивно-вольовий	ЕГ	30	4,8	7,5	+2,7
	КГ	30	4,9	5,0	+0,1
Емоційний	ЕГ	30	48,5	39,0	-9,5
	КГ	30	47,6	47,8	+0,2
Інтелектуальний	ЕГ	30	29,1	35,5	+6,4
	КГ	30	28,8	29,0	+0,2

Джерело: розроблено автором

Завершальним етапом емпіричного дослідження став глибокий порівняльний аналіз отриманих даних, спрямований на статистичне підтвердження висунутої гіпотези. Цей аналіз проводився у двох ключових напрямках: по-перше, ми оцінювали внутрішньогрупову динаміку, порівнюючи показники «до» та «після» всередині кожної з груп (ЕГ та КГ) для виявлення значущості змін. По-друге, ми здійснили міжгруповий аналіз, порівнюючи кінцеві показники експериментальної та контрольної груп, щоб остаточно довести, що виявлені позитивні зміни є результатом саме цілеспрямованого психологічного впливу, а не інших чинників. Для цього

було застосовано відповідні методи математичної статистики, зокрема парний t-критерій Стьюдента для залежних вибірок та t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок.

Аналіз внутрішньогрупової динаміки в експериментальній групі засвідчив наявність статистично значущих позитивних змін за всіма чотирма компонентами емоційної стійкості. Як видно з таблиці 3.6, середні показники мотиваційного, регулятивно-вольового та інтелектуального компонентів суттєво зросли, а показник емоційного компонента (рівень тривожності) – значуще знизився. Застосування парного t-критерію Стьюдента підтвердило, що всі ці зміни є статистично значущими на високому рівні ($p<0,05$). Це дозволяє стверджувати, що участь у програмі психологічної підтримки мала глибокий та комплексний трансформуючий вплив на особистість учасниць, сприяючи не лише поверхневим, а й стійким структурним змінам у їхній здатності до саморегуляції, мотивації та когнітивної переробки стресових ситуацій.

На противагу цьому, аналіз внутрішньогрупової динаміки в контрольній групі не виявив жодних статистично значущих змін протягом періоду дослідження. Середні показники за всіма чотирма компонентами емоційної стійкості на початку та в кінці експерименту залишилися практично ідентичними. Незначні коливання, зафіксовані в межах 0,1-0,2 бала, є статистично незначущими ($p>0,05$), що підтверджено результатами парного t-критерію Стьюдента. Цей результат є надзвичайно важливим для валідності всього дослідження, оскільки він підтверджує, що без цілеспрямованого психологічного втручання не відбувається спонтанного покращення емоційної стійкості. Стабільність показників у КГ слугує тим самим фоном, на якому позитивна динаміка в ЕГ виглядає особливо переконливою та доказовою.

Ключовим доказом ефективності програми є результати міжгрупового порівняльного аналізу кінцевих показників (після експерименту). Якщо на старті дослідження між ЕГ та КГ не було статистично значущих

відмінностей, то після завершення програми ситуація кардинально змінилася. Порівняння середніх значень за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок показало наявність високо значущої різниці між групами за всіма чотирма досліджуваними компонентами ($p<0,05$). Експериментальна група продемонструвала значно вищі показники мотивації, саморегуляції та пізнавальної активності, а також суттєво нижчий рівень тривожності порівняно з контрольною групою. Це дозволяє нам відкинути альтернативні пояснення отриманих результатів та з високим ступенем впевненості стверджувати, що саме розроблена та впроваджена програма психологічної підтримки стала причиною зафіксованих позитивних змін.

Таблиця 3.6 – Зведений статистичний аналіз динаміки показників емоційної стійкості

Компонент	Група	M (до)	M (після)	t (до/після)	p (до/після)	t (ЕГ/КГ після)	p (ЕГ/КГ після)
Мотиваційний	ЕГ	15,2	20,5	-6,81	<0,01	5,93	<0,01
	КГ	14,8	15,0	-0,29	>0,05		
Регулятивно-вольовий	ЕГ	4,8	7,5	-4,52	<0,01	3,11	<0,01
	КГ	4,9	5,0	-0,18	>0,05		
Емоційний	ЕГ	48,5	39,0	8,15	<0,01	-6,47	<0,01
	КГ	47,6	47,8	-0,21	>0,05		
Інтелектуальний	ЕГ	29,1	35,5	-7,24	<0,01	6,02	<0,01
	КГ	28,8	29,0	-0,25	>0,05		

Джерело: розроблено автором

Інтерпретуючи отримані результати, варто зазначити, що значне зростання мотиваційного компонента в ЕГ є логічним наслідком терапевтичних факторів, таких як «вселяння надії» та «альтруїзм». Спостерігаючи за успіхами інших та надаючи їм підтримку, учасниці зміцнювали віру у власні сили та відчуття власної значущості. Практична робота з когнітивними техніками дозволила їм перейти від патерну «уникнення невдач» до проактивної позиції «досягнення успіху», що трансформувало їхнє ставлення до життєвих викликів. Зростання регулятивно-вольового компонента та зміщення локусу контролю в бік інтернальності безпосередньо пов'язане з ядром програми – навчанням

навичкам саморегуляції. Опановуючи техніки управління емоціями та поведінкою, учасниці отримували реальний досвід контролю над власними станами, що руйнувало переконання про залежність від зовнішніх обставин.

Найбільш виражена динаміка емоційного компонента, що проявилася у зниженні тривожності, є результатом комплексного впливу. Створення атмосфери психологічної безпеки та переживання «універсальності страждань» знизили почуття ізоляції та сорому. Техніки усвідомленості (майндфулнес) дозволили змінити ставлення до тривожних думок, переходячи від боротьби з ними до спостереження. Водночас зростання інтелектуального компонента свідчить про те, що учасниці не просто заспокоїлись, а навчились мислити більш конструктивно. Психоедукація та когнітивна реструктуризація надали їм інструменти для аналізу та переоцінки стресових ситуацій, що дозволило знижувати емоційну напругу ще на етапі її виникнення.

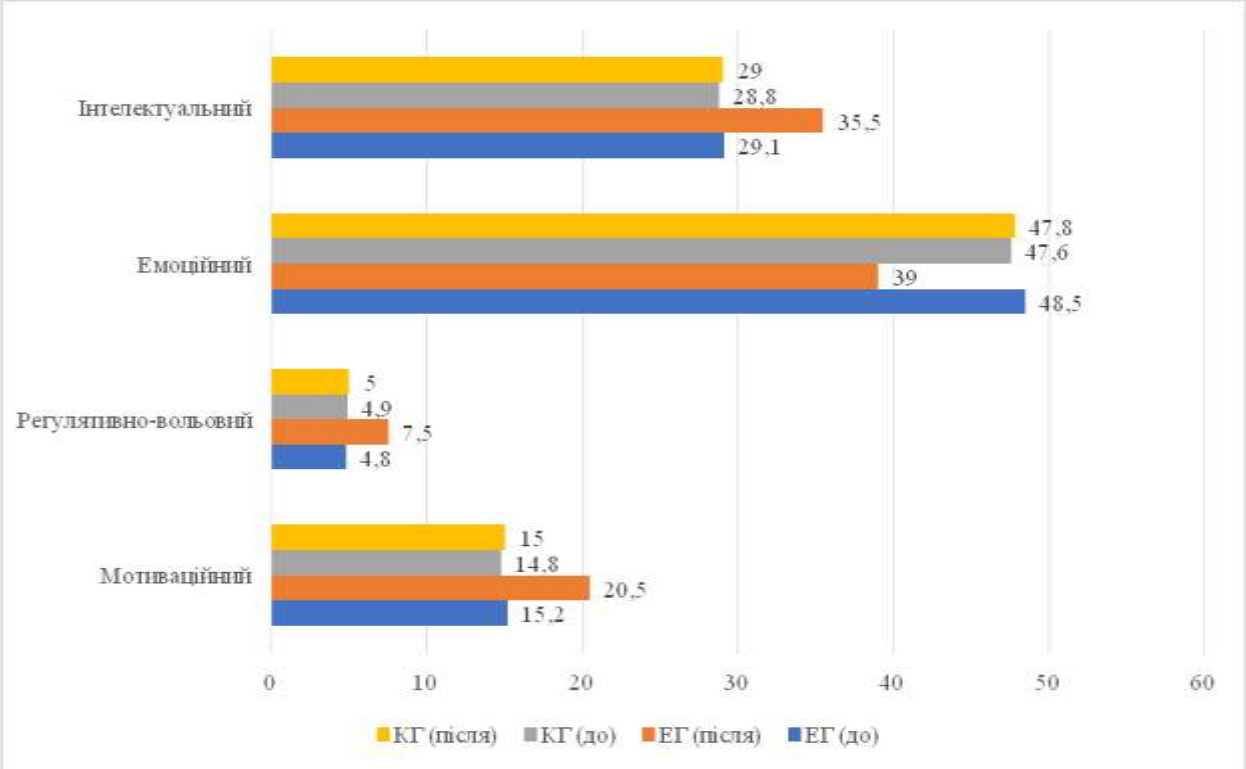


Рисунок 3.2 – Динаміка середніх показників компонентів емоційної стійкості в експериментальній та контрольній групах

Джерело: розроблено автором

Таким чином, узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна з упевненістю констатувати підтвердження висунутої гіпотези. Розроблена та впроваджена програма психологічної підтримки виявилася ефективним інструментом для підвищення рівня емоційної стійкості жінок. Статистично значуща позитивна динаміка за всіма чотирма компонентами в експериментальній групі на тлі повної відсутності змін у контрольній групі є переконливим доказом дієвості застосованого підходу. Отримані дані свідчать, що цілеспрямована робота в умовах безпечної та підтримуючої гомогенної терапевтичної групи дозволяє не лише досягти тимчасового симптоматичного полегшення, а й сприяє глибоким структурним змінам особистості, формуючи стійкий фундамент для подолання життєвих викликів.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних умов та механізмів підвищення рівня емоційної стійкості жінок у процесі участі в терапевтичних групах підтримки. В результаті виконання поставлених у вступі завдань отримано наступні висновки.

Визначено, що емоційна стійкість є інтегративною, динамічною властивістю особистості, а не статичною рисою. Попри відсутність єдиної дефініції, аналіз наукових підходів виявляє консенсус щодо її багатокомпонентної структури, яка синергетично поєднує когнітивні, мотиваційні, емоційні та вольові складові психіки. Ключовою функцією цієї властивості є не лише опірність дестабілізуючим факторам, а й здатність до ефективного відновлення психологічної рівноваги після емоційних навантажень. Таке розуміння дозволяє розглядати емоційну стійкість як процес активної саморегуляції, що забезпечує як продуктивність діяльності в стресових умовах, так і довготривале психологічне благополуччя.

Встановлено, що емоційна стійкість жінок є складним конструктом, який формується на перетині біологічної схильності до підвищеної стресової реактивності та еволюційно закріпленої афіліативної моделі поведінки. Ця біопсихосоціальна взаємодія створює парадокс: з одного боку, підвищена нейроендокринна чутливість у поєднанні із соціалізаційними патернами, що сприяють румінації, створює зони ризику для розвитку афективних розладів. З іншого боку, еволюційна модель «піклуйся і дружи», підкріплена окситоциновою системою, перетворює соціальні зв’язки на фундаментальний фізіологічний механізм буферування стресу, створюючи унікальний потенціал для стійкості та посттравматичного зростання.

Виявлено, що психологічна підтримка виступає ключовим зовнішнім ресурсом, що каталізує внутрішні механізми емоційної стійкості. Її вплив реалізується через підвищення самоефективності, сприяння розвитку

адаптивних стратегій емоційної регуляції, зокрема когнітивної переоцінки, та протидію руйнівному впливу соціальної ізоляції. Ефективність підтримки пояснюється як її здатністю пом'якшувати дію гострих стресорів («буферний ефект»), так і її роллю у створенні стабільного відчуття безпеки та приналежності («прямий ефект»). Системна допомога, що надається через науково обґрунтовані методи, дозволяє інтерналізувати навички саморегуляції, перетворюючи зовнішній ресурс на стійку внутрішню властивість особистості.

Визначено, що групова психотерапія є унікальним інструментом для зміцнення емоційної рівноваги, оскільки функціонує як соціальний мікрокосм, де дезадаптивні міжособистісні патерни проявляються та опрацьовуються в режимі «тут-і-тепер». Її трансформаційна сила полягає в синергетичній дії одинадцяти терапевтичних факторів І. Ялома, які комплексно впливають на когнітивний, емоційний, мотиваційний та вольовий компоненти стійкості. Фактори, від усвідомлення універсальності переживань та вселяння надії до глибокого міжособистісного навчання та катарсису, створюють багаторівневу систему підтримки, що сприяє не лише симптоматичному полегшенню, а й формуванню зрілої та гнучкої емоційної саморегуляції.

Встановлено, що взаємодія в жіночих терапевтичних групах характеризується дуалізмом, що походить від біологічно зумовленої стратегії «піклуйся і дружи». З одного боку, ця динаміка сприяє швидкому формуванню згуртованості та психологічної безпеки, що є фундаментом для терапії. З іншого – вона створює специфічні ризики, такі як ко-румінація, патологічне злиття та реляційна агресія як прихована форма конфлікту. Ключовим терапевтичним завданням стає свідоме управління цією амбівалентністю, зокрема трансформація деструктивних патернів через роботу з особистими кордонами. Це дозволяє групі еволюціонувати в «коративну сестринську спільноту» для зцілення минулих травм.

Виявлено, що ефективність групової підтримки для жінок є результатом ретельно спроєктованої системи умов, а не спонтанного процесу. Структурні параметри (гомогенний склад, оптимальний розмір) та компетенції терапевта (гендерна чутливість, виконавчі функції) закладають фундамент психологічної безпеки, необхідної для саморозкриття та протидії сорому. Саме в такому свідомо створеному «контейнері» активізуються найпотужніші механізми змін: функціонування групи як «соціального мікрокосму» для міжособистісного навчання та створення глибокого корективного емоційного досвіду, що веде до формування стійкої емоційної рівноваги.

Методологічний дизайн емпіричного дослідження був організований для експериментальної перевірки ефективності програми психологічної підтримки жінок. В основу роботи покладено структурно-компонентну модель емоційної стійкості, що дозволило здійснити багатовимірну діагностику за допомогою комплексу валідизованих методик. Сформована вибірка з 60 жінок віком 20–25 років була випадковим чином розподілена на експериментальну та контрольну групи, що забезпечило високу доказовість результатів. Ретельне планування, що включало чітко визначені етапи та дотримання етичних стандартів, створило надійне підґрунтя для об’єктивної та обґрунтованої оцінки дієвості психологічного втручання.

Встановлено, що проведений констатувальний етап дослідження успішно виконав два ключові завдання. По-перше, було зафіксовано вихідний рівень емоційної стійкості учасниць, який характеризувався помірно підвищеною тривожністю та схильністю до екстернального локусу контролю, що підтвердило доцільність формувальної програми. По-друге, за допомогою t-критерію Стьюдента було доведено відсутність статистично значущих початкових відмінностей між експериментальною та контрольною групами, що є критично важливим для валідності експерименту. Наступний, формувальний етап полягав у реалізації 10-тижневої програми, структурованої на три логічні блоки, для цілеспрямованого впливу на експериментальну групу.

Виявлено, що результати порівняльного аналізу переконливо підтверджують ефективність розробленої програми та основну гіпотезу дослідження. В експериментальній групі зафіксовано статистично значущу позитивну динаміку за всіма чотирма компонентами емоційної стійкості: зростання мотивації досягнення успіху, зміщення локусу контролю в бік інтернальності, суттєве зниження рівня тривожності та підвищення пізнавальної активності. Водночас у контрольній групі жодних значущих змін не відбулося. Наявність високо значущої різниці між кінцевими показниками груп дозволяє стверджувати, що зафіксовані позитивні трансформації є прямим результатом цілеспрямованого психологічного впливу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрусик О. О. Емоційна стійкість особистості: теоретичний аспект. *Габітус*. 2020. № 19. С. 76–81.

2. Андрусик О. Проблема емоційної стійкості особистості як психологічний феномен. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського.* Психологія. 2022. № 2. С. 1–6.

3. Андрусик О. Розвиток емоційної стійкості майбутніх вчителів – кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису : lисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії (спеціальність 053 Психологія). Умань, 2024. 240 с.

4. Андрусик О. Структурно-функціональна модель розвитку емоційної стійкості майбутнього вчителя. *Перспективи та інновації науки.* Серія Психологія. 2023. Т. 15, № 33. С. 614–624.

5. Андрушко Я. С. Теорія та практика діалектико-поведінкової терапії. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2022. № 8. С. 11–23. DOI : https://doi.org/10.32999/2663-970X/2022-8-2 (дата звернення: 11.09.2025).

6. Аршава І. Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика. Дніпропетровськ : ДНУ, 2006. 336 с.

7. Афанасьєва Н., Перелигіна Л. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу. Харків : НУЦЗУ, 2015. 251 с.

8. Бусел В. Т. Великий тлумачний словник сучасної української мови. Київ : Ірпінь : Перун, 2005. 1728 с.

9. Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні / І. Франкова та ін. *E-Med Journal*. 2019. № 4 (3). URL : https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/214 (дата звернення: 11.09.2025).

10. Ігумнова О., Джигун Л., Грібова Ю. Техніки когнітивно-поведінкової терапії як інструмент підтримки психологічної стійкості майбутніх психологів. *Psychology travelogs*. 2025. № 1. С. 6–15. DOI : https://doi.org/10.31891/pt-2025-1-1 (дата звернення: 11.09.2025).

11. Казанжи М. Й. Проблеми дослідження мотивації допомоги. *Наука і освіта*. 2009. № 8. С. 112–115.

12. Карпенко О. Соціально-педагогічна підтримка студентів в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 12(30). DOI : https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12(30)-267-276 (дата звернення: 11.09.2025).

13. Каряка І. В., Вишпольська А. О. Гендерні особливості прояву емоційності в осіб юнацького віку. *Психологічні науки*. 2020. № 1. С. 86–100.

14. Кихтюк О., Федотова Т. Психологічна підтримка особистості: методи та особливості роботи клінічного психолога. *Psychological Prospects Journal*. 2021. Т. 38. С. 63–75.

15. Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О. Теоретичні основи застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 3, № 16. С. 6–50.

16. Кожедуб О., Левенець А. Визначення змісту понятть “групова психотерапія” та “психотерапевтична група”. *Theoretical and practical aspects of modern scientific research*. 2023. DOI : https://doi.org/10.36074/logos-28.04.2023.67 (дата звернення: 21.09.2025).

17. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології*. 2016. Т. 1, № 45. С. 120–128.

18. Лиманкіна А. І. Сучасні підходи до розуміння дефініції феномена «співзалежність». *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія : Психологія. 2022. Т. 3. С. 62–65.

19. Ліпінська Н. Ф. Самоефективність особистості як джерело її активності. *Вісник Одеського національного університету*. Серія : Психологія. 2014. Т. 19, № 1. С. 180–185.

20. Логвіна О. Психотерапія: теорія і практика. *Наукові праці Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка :* збірник за підсумками звітної наукової конференції викладачів, докторантів і аспірантів. 2025. Т. 24. С. 600–601.

21. Лунченко Н., Сахарова К., Стрілюк О. Особливості психологічної підтримки жінок, які постраждали від насильства під час війни. *Наукові інновації та передові технології*. 2025. № 1(41). DOI : https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-1(41)-1220-1235 (дата звернення: 22.09.2025).

22. Малхазов О. Розвиток емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 215 с.

23. Молчанова Д., Грицук О. Психологічні особливості розвитку емоційної регуляції особистості в умовах війни. *Universum*. 2025. № 19. С. 208–217. URL : https://surl.li/yyuvbm (дата звернення: 11.09.2025).

24. Наконечна В. С. Майндфулнес-практики як інструмент підтримки психологічного здоров'я жінок, які проживають у прифронтових регіонах. *Наука сьогодення: сталий розвиток, технології та інновації :* матеріали науково-практичної конференції. Дніпро, 2025. С. 136–139.

25. Неурова А. Вплив наявних психолого-педагогічних умов на забезпечення емоційної стійкості фахівців державної служби України з надзвичайних ситуацій. *Проблеми гуманітарних наук.* Серія : Психологія. 2015. № 35. С. 62–72.

26. Омельченко Г. Ю., Коробкіна Т. В., Моісєєва Н. І. Ґендерна компетентність як базовий компонент знань психолога. *STUDIA SLOBOZHANICA. «Слобожанський гуманітарій – 2015» :* матеріали міжнародної науково-методичної конференції. Харків, 2015. Т. 2. С. 131–135.

27. Побірченко Н. А. Психологічний словник. Київ : Наук. світ, 2007. 336 с.

28. Потапчук Є., Міщенко О. Стратегії подолання стресу жінками та їх стресостійкість в умовах воєнного стану в Україні. *Psychology travelogs*. 2023. № 3. С. 90–99. DOI : https://doi.org/10.31891/pt-2023-3-9 (дата звернення: 11.09.2025).

29. П’янківська Л. В. Особливості прояву резильєнтності у студентів в умовах воєнного часу. *Перспективи та інновації науки.* Серія : Психологія. 2023. № 10 (28). С. 623–633.

30. Семенів Н. М. Визначення емоційної стійкості в студентському середовищі як необхідної риси майбутніх фахівців. *Молодий вчений. Психологічні науки*. 2022. № 5 (105). С. 73–77.

31. Тарасевич І. Групова психотерапія та психокорекція: глосарій основних термінів та методів групової роботи (психокорекційної, психотерапевтичної). Дніпро : ВНПЗ «Дніпр. гуманітар. ун-т», 2024. 57 с.

32. Ткачук Т. А., Мягких А. А. Гендерні особливості копінг-поведінки. *Молодий вчений*. 2017. № 4. С. 259–262.

33. Товариство Червоного Хреста України. Довідник менеджера програми розвитку емоційної стійкості дітей. Київ, 2017. 38 с.

34. Уварова С. Г. Теоретичні та практичні аспекти групової психологічної допомоги в кризових ситуаціях. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.* Серія : Психологія. 2016. Т. 59. С. 89–93.

35. Чайка Г. Взаємозв’язок емоційної стійкості та міжособистісних взаємин: статево-віковий аспект. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом.* Серія : Психологія. 2022. № 1 (54). С. 84–90.

36. Шевчишена О. В. Проблема емоційної стійкості в контексті професійного здоров’я вчителя. *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України.* Серія : Педагогічні та психологічні науки. 2014. № 4(73). С. 531–540.

37. Шиліна Н. Є. Копінг-стратегії в робочих конфліктах: ґендерні відмінності. *Науковий вісник ужгородського національного університету. серія: психологія*. 2024. № 1. С. 60–64.

38. Штифурак В., Бурлака Н. Корекційні чинники групової роботи в процесі психологічної допомоги: теоретичний аналіз і практичні аспекти. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені*

Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія. 2025. С. 69–75. DOI : https://doi.org/10.31652/2415-7872-2025-82-69-75 (дата звернення: 21.09.2025).

39. Alexander F., French T. Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications. New York : Ronald Press, 1946. 370 p. URL : https://surl.li/ufsmod (date of access: 21.09.2025).

40. APA guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychological Association*. URL : https://surl.li/rotepp (date of access: 22.09.2025).

41. Balhara Y. S., Verma R., Gupta C. Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Industrial Psychiatry Journal*. 2012. Vol. 20, no. 1. P. 4. DOI : https://doi.org/10.4103/0972-6748.98407 (date of access: 11.09.2025).

42. Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. / S. E. Taylor et al. *Psychological Review*. 2000. Vol. 107, no. 3. P. 411–429. DOI : https://doi.org/10.1037/0033-295x.107.3.411 (date of access: 11.09.2025).

43. Branitsky A. Yalom's therapeutic factors in hearing Voices Groups: a facilitator's perspective. *Psychosis*. 2023. P. 1–7. DOI : https://doi.org/10.1080/17522439.2023.2258594 (date of access: 21.09.2025).

44. Brown-Smythe C., Sultana S. Examining Social Self-Efficacy as a Mediator for Insecure Attachment and Loneliness. *Professional Counselor*. 2023. Vol. 13, no. 1. P. 39–54.

45. Bryngeirsdottir H. S., Halldorsdottir S. "I'm a Winner, Not a Victim": The Facilitating Factors of Post-Traumatic Growth among Women Who Have Suffered Intimate Partner Violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, no. 3. P. 1342. DOI : https://doi.org/10.3390/ijerph19031342 (date of access: 11.09.2025).

46. Calmes C. A., Roberts J. E. Rumination in Interpersonal Relationships: Does Co-rumination Explain Gender Differences in Emotional

Distress and Relationship Satisfaction Among College Students?. *Cognitive Therapy and Research*. 2008. Vol. 32, no. 4. P. 577–590. DOI : https://doi.org/10.1007/s10608-008-9200-3 (date of access: 21.09.2025).

47. Cattell R. B. The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1943. Vol. 38, no. 4. P. 476.

48. Chaplin T. M., Aldao A. Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2013. Vol. 139, no. 4. P. 735–765. DOI : https://doi.org/10.1037/a0030737 (date of access: 11.09.2025).

49. Chaplin T. M. Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion Review*. 2014. Vol. 7, no. 1. P. 14–21. DOI : https://doi.org/10.1177/1754073914544408 (date of access: 11.09.2025).

50. Cherry K. How Catharsis Can Bring About Great Insight and Positive Change. *Verywell Mind*. URL : https://www.verywellmind.com/what-is-catharsis-2794968 (date of access: 21.09.2025).

51. Choudhury S., Sahoo S., Dash S. R. Coping Mechanisms Used by Women with Major Depression. *Indian Journal of Public Health Research \& Development*. 2020. Vol. 11, no. 10. P. 170–175.

52. Chuyko H., Chaplak Y., Komisaryk M. An individual's psychological safety in the unstable world. *Psychological journal*. 2021. Vol. 7, no. 1. P. 65–81. DOI : https://doi.org/10.31108/1.2021.7.1.6 (date of access: 22.09.2025).

53. Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Mechanisms and outcomes / M. G. Craske et al. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2017. Vol. 19, no. 4. P. 533–546.

54. Cohen S. L., Rice C. A. Maximizing the therapeutic effectiveness of small psychotherapy groups. *Group*. 1985. Vol. 9, no. 4. P. 3–9. DOI : https://doi.org/10.1007/bf01458260 (date of access: 21.09.2025).

55. Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. Vol. 98, no. 2. P. 310. URL : https://surl.li/vlanrt (date of access: 11.09.2025).

56. Emotional stability. *APA Dictionary of Psychology*. URL : https://dictionary.apa.org/emotional-stability (date of access: 11.09.2025).

57. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy / E. Fassbinder et al. *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 7. DOI : https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373 (date of access: 11.09.2025).

58. Enhancing Emotional Resilience with Cognitive Behavior Therapy Coping Skills. *Expert-Led Online Group Therapy*. URL : https://www.grouporttherapy.com/blog/cbt-coping-skills (date of access: 11.09.2025).

59. Gender and Psychosocial Differences in Psychological Resilience among a Community of Older Adults during the COVID-19 Pandemic / A. Sardella et al. *Journal of Personalized Medicine*. 2022. Vol. 12, no. 9. P. 1414. DOI : https://doi.org/10.3390/jpm12091414 (date of access: 11.09.2025).

60. Gender differences in functional connectivity during emotion regulation / T. Stoica et al. *Neuropsychologia*. 2021. Vol. 156. P. 107829. DOI : https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107829 (date of access: 11.09.2025).

61. Goldberg S. B., Hoyt W. T. Group as social microcosm: Within-group interpersonal style is congruent with outside group relational tendencies. *Psychotherapy*. 2015. Vol. 52, no. 2. P. 195–204. DOI : https://doi.org/10.1037/a0038808 (date of access: 21.09.2025).

62. Hajek K. Interpersonal group therapy on acute inpatient wards. *Groupwork*. 2007. Vol. 17, no. 1. P. 7–19.

63. Hankin B. L., Stone L., Ann Wright P. Corumination, interpersonal stress generation, and internalizing symptoms: Accumulating effects and transactional influences in a multiwave study of adolescents. *Development and Psychopathology*. 2010. Vol. 22, no. 1. P. 217–235. DOI : https://doi.org/10.1017/s0954579409990368 (date of access: 21.09.2025).

64. Heck A. L., Handa R. J. Sex differences in the hypothalamic–pituitary–adrenal axis' response to stress: an important role for gonadal hormones. *Neuropsychopharmacology*. 2018. Vol. 44, no. 1. P. 45–58. DOI : https://doi.org/10.1038/s41386-018-0167-9 (date of access: 11.09.2025).

65. How Group Therapy Can Strengthen Social Skills. *Heartwise Support - ABA Therapy and Related Services*. URL : https://surl.lt/oetmay (date of access: 21.09.2025).

66. Identifying Yalom's group therapeutic factors in anonymous mental health discussions on Reddit: a mixed-methods analysis using large language models, topic modeling and human supervision / D. Ferizaj et al. *Frontiers in Psychiatry*. 2025. Vol. 16. DOI : https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1503427 (date of access: 21.09.2025).

67. Interpersonal Learning. *Psychology Definition*. URL : https://surl.li/yxlxhf (date of access: 21.09.2025).

68. Jagannarayan N., Jayachitra T. A., Hegde I. An empirical study of emotional resilience and positive self management among mumbaikars during financial distress. *International Journal of Advance and Innovative Research*. 2020. Vol. 7, №. 3. P. 59–70.

69. Jamil A. Beyond the Physical: Understanding the Emotional, Psychological, and Social Factors Affecting Women's Health Today. *Cureus*. 2025. DOI : https://doi.org/10.7759/cureus.81874 (date of access: 11.09.2025).

70. Li H., Yuan J., Lin C. The neural mechanism underlying the female advantage in identifying negative emotions: An event-related potential study. *NeuroImage*. 2008. Vol. 40, no. 4. P. 1921–1929. DOI : https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2008.01.033 (date of access: 11.09.2025).

71. Li Y. Construct of emotional stability and its moderating effects between proximal organizational conflicts and individual outcomes. *AOM Conference*. 2005. P. 134.

72. Lytvynchuk A. Psychological safety of the personality as an actual problem of modern psychology. *Lviv University Herald. Series: Psychological sciences*. 2021. No. 9. P. 154–161. DOI : https://doi.org/10.30970/ps.2021.9.20 (date of access: 21.09.2025).

73. Marano H. E. The art of resilience. *Psychology Today*. 2003. Vol. 1. URL : https://www.psychologytoday.com/us/articles/200305/the-art-of-resilience (date of access: 11.09.2025).

74. Melrose K. L., Brown G. D., Wood A. M. When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual Differences*. 2015. Vol. 77. P. 97–105.

75. Metts A. V., Craske M. G. Influence of social support on cognitive reappraisal in young adults elevated on neuroticism. *Behaviour Research and Therapy*. 2023. DOI : https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104355 (date of access: 11.09.2025).

76. Naumenko G., Zhuk A., Yanchuk T. Important skills in a period of stress. experience of teaching a group stress management course for adults self-help+ (self-help+). *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2023. Vol. 8, no. 2. DOI : https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i2.427 (date of access: 11.09.2025).

77. Neural correlates of the females' susceptibility to negative emotions: An insight into gender-related prevalence of affective disturbances / J. Yuan et al. *Human Brain Mapping*. 2009. Vol. 30, no. 11. P. 3676–3686. DOI : https://doi.org/10.1002/hbm.20796 (date of access: 11.09.2025).

78. Nina W. Brown. Facilitating a Corrective Emotional Experience in Group Therapy. *Group*. 2016. Vol. 40, no. 3. P. 223–232. DOI : https://doi.org/10.13186/group.40.3.0223 (date of access: 22.09.2025).

79. Oxytocin facilitates social approach behavior in women / K. Preckel et al. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2014. Vol. 8. DOI : https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00191 (date of access: 21.09.2025).

80. Oxytocin – The key to social bonds? - Department of Psychology. *Stockholms universitet*. URL : https://surl.lu/xoxlaz (date of access: 21.09.2025).

81. Pelletier A. Yalom's Group Psychotherapy Work and Its Implication for Group Music Therapy Practice : Master's thesis. 2014. URL : https://digitalcommons.montclair.edu/etd/571 (date of access: 21.09.2025).

82. Rahayu D., Hamidah H., Hendriani W. Post-traumatic Growth Among Domestic Violence Survivors: A Systematic Review. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*. 2019. Vol. 8, no. 2. P. 138. DOI : https://doi.org/10.12928/jehcp.v8i2.10022 (date of access: 11.09.2025).

83. Romanenko O. Organizational and methodological principles of providing psychological assistance to combatants. *Ûridična psihologìâ*. 2024. Vol. 34, no. 1. P. 18–25. DOI : https://doi.org/10.33270/03243401.18 (date of access: 21.09.2025).

84. Sansone R. A., Sansone L. A. Rumination: Relationships with physical health. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2012. Vol. 9, no. 2. P. 29.

85. Sex Differences in the HPA Axis / N. Goel et al. *Comprehensive Physiology*. 2014. Vol. 4, no. 3. P. 1121–1155. DOI : https://doi.org/10.1002/j.2040-4603.2014.tb00575.x (date of access: 11.09.2025).

86. Shydelko A. V. Emotional stability of an individual: research into the topic. *Science and Education. Psychology*. 2017. No. 3. P. 85–89.

87. Solarz M. Relational aggression: an overview of the complicated behaviors of girls. 2008. 36 p. URL : https://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2008/2008solarzm.pdf (date of access: 22.09.2025).

88. Taylor S. E. Tend and Befriend Theory. *Handbook of Theories of Social Psychology*. 2011. P. 1–43. URL : https://surl.li/ralzeh (date of access: 11.09.2025).

89. Tuckman B. W. Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*. 1965. Vol. 63, no. 6. P. 384–399. DOI : https://doi.org/10.1037/h0022100 (date of access: 21.09.2025).

90. Twomey C., Dowling C. Associations of Group Size with Cohesion and Clinical Outcomes in Group Psychotherapy: A Systematic Review. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2025. P. 1–20. DOI : https://doi.org/10.1080/00207284.2025.2456020 (date of access: 21.09.2025).

91. Yalom I. D., Leszcz M. Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books, 2020. URL : https://surl.li/luuxhm (date of access: 21.09.2025).

92. Zhang X., Dong S. The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychologica*. 2022. Vol. 227. URL : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001691822001317 (date of access: 11.09.2025).

93. Zhyvotovska A., Isakov P. Effectiveness of the application of acceptance and commitment group therapy in the complex treatment of patients with anxiety disorders and sleep disturbances. *PMGP*. 2024. Vol. 9, no. 1. URL : https://www.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/474 (date of access: 11.09.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А
Методика діагностики особистості на мотивацію до досягнення успіху Т. Елерса

На кожне з нижчезазначених запитань відповідайте «Так» або «Ні»:

1. Коли є вибір між двома варіантами, його краще зробити швидше, ніж відкласти на певний час.

2. Я легко дратуюся, коли помічаю, що не можу на всі 100% виконати завдання.

3. Коли я працюю, це виглядає так, ніби я все ставлю на карту.

4. Коли виникає проблемна ситуація, я найчастіше приймаю рішення одним з останніх.

5. Коли в мене два дні поспіль немає роботи, я втрачаю спокій.

6. У деякі дні мої успіхи нижче середніх.

7. По відношенню до себе я більш строгий, ніж по відношенню до інших.

8. Я більш доброзичливий, ніж інші.

9. Коли я відмовляюся від важкого завдання, то потім суворо засуджую себе, бо знаю, що в ньому я домігся б успіху.

10. У процесі роботи я потребую невеликих перерв для відпочинку.

11. Старанність – це не основна моя риса.

12. Мої досягнення в праці не завжди однакові.

13. Мене більше приваблює інша робота, ніж та, якою я зайнятий.

14. Осуд стимулює мене сильніше, ніж похвала.

15. Я знаю, що мої колеги вважають мене діловою людиною.

16. Перешкоди роблять мої рішення більш твердими.

17. У мене легко викликати честолюбство.

18. Коли я працюю без натхнення, це зазвичай помітно.

19. При виконанні роботи я не розраховую на допомогу інших.

20. Іноді я відкладаю те, що повинен був зробити зараз.

21. Треба покладатися тільки на самого себе.

22. У житті мало речей більш важливих, ніж гроші.

23. Завжди, коли мені треба виконати важливе завдання, я ні про що інше не думаю.

24. Я менш честолюбний, ніж багато інших.

25. У кінці відпустки я зазвичай радію, що скоро вийду на роботу.

26. Коли я налаштований на роботу, я роблю це краще і кваліфікованіше, ніж інші.

27. Мені простіше і легше спілкуватися з людьми, які можуть завзято працювати.

28. Коли у мене немає справ, я відчуваю, що мені не по собі.

29. Мені доводиться виконувати відповідальну роботу частіше, ніж іншим.

30. Коли мені доводиться приймати рішення, я намагаюся робити це якомога краще.

31. Мої друзі іноді вважають мене ледачим.

32. Мої успіхи в якійсь мірі залежать від моїх колег.

33. Безглуздо протидіяти волі керівника.

34. Іноді не знаєш, яку роботу доведеться виконувати.

35. Коли щось не ладиться, я нетерплячий.

36. Я зазвичай звертаю мало уваги на свої досягнення.

37. Коли я працюю разом з іншими, моя робота дає великі результати, ніж роботи інших.

38. Багато чого, за що я беруся, я не доводжу до кінця.

39. Я заздрю людям, які не завантажені роботою.

40. Я не заздрю тим, хто прагне влади і положення.

41. Коли я впевнений, що стою на правильному шляху, для доведення своєї правоти я йду аж до крайніх заходів.

Ключ. Ви отримали по 1 балу за відповіді «Так» на наступні питання: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9,10, 14,15, 16,17, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 37, 41.

Ви також отримали по 1 балу за відповіді «Ні» на питання 6, 13, 18, 20, 24, 31, 36, 38, 39.

Відповіді на питання 1, 11, 12, 19, 23, 33, 34, 35, 40 не враховуються.

Підрахуйте суму набраних балів.

Результат:

- Від 1 до 10 балів: низька мотивація до успіху;
- Від 11 до 16 балів: середній рівень мотивації до успіху;
- Від 17 до 20 балів: помірковано високий рівень мотивації;
- Понад 21 бали: занадто високий рівень мотивації до успіху.

Додаток Б

Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера

Шкала локусу контролю Дж. Роттера (вихідні положення):

1. Люди відрізняються тим, де і як вони локалізують контроль значущих для них подій. Є два полярні типи локалізації – екстернальний та інтернальний. З інтернальним локусом контролю, людина оцінює події як такі, що залежать від її особистісних якостей (компетентності, цілеспрямованості тощо), з екстернальним локусом контролю успіхи й невдачі розглядаються як результат зовнішніх сил (везіння, випадок, вплив оточення тощо), а від себе – не залежать. Кожній особистості властива певна позиція в континуумі, який знаходиться в межах від інтернального до екстернального типу.

2. Локус контролю є універсальним стосовно будь-яких подій та життєвих ситуацій. Один тип контролю характеризує поведінку людини в ситуаціях невдач, сфері досягнень і по-різному впливає на сфери соціального життя. Експериментально встановлений зв'язок різних форм поведінки і параметрів особистості з екстернальністю-інтернальністю. Екстерналам більше властива конформна, поступлива поведінка. Інтернали менше схильні підкорюватися тиску оточення, протидіють, якщо ними маніпулюють, сильніше реагують, якщо оточення зазіхає на свободу. Люди з інтернальним локусом контролю, на відміну від екстерналів, краще працюють на самоті. Вони, як правило, відповідальніші, соціально активніші, послідовніші у вчинках, когнітивно активні. Послідовні і продуктивні в прийнятті рішень та в ризикованих ситуаціях. Можуть відмовитися від легкого задоволення для досягнення іншого цінного блага. Упевнені, що наполегливість сприяє високій продуктивності й отриманню нагороди. Більше задоволені працею вцілому, успішніші в навчанні. У стилі керівництва надають перевагу заохоченню.

Особистісні кореляти, локусу контролю інтерналів характеризуються позитивними зв'язками із соціальною відповідальністю, усвідомленням сенсу життя. Як правило, вони домінантні в міжособистісній взаємодії, толерантні у всіх сферах суспільного життя, соціабельні, розумово підготовлені до існування та доцільної адаптації в соціумі, відповідальні. Позитивно приймають своє «Я», водночас розуміючи його недосконаліть, тому прагнуть до самовдосконалення. Екстернали підозрілі, тривожні, депресивні, агресивні, догматики, авторитарні, непринципові, цинічні, схильні обманювати. Екстернальність корелює з тривожністю, депресією, психічними хворобами.

Методика РСК складається з 44 пунктів, які дозволяють вивчати екстернальністьінтернальність у міжособистісних і сімейних стосунках. Також у ній є пункти, які вимірюють ставлення до здоров'я і хвороби. Для збільшення спектру можливого застосування опитувальник сконструйований у двох різних форматах відповідей. Варіант А призначений для дослідницьких цілей, вимагає відповіді за шестибальною шкалою (-3, -2, -1, +1, +2, +3), де відповідь «+3» означає «повністю згоден», «-3» – «повністю не згоден». Варіант Б призначений для проведення діагностики, вимагає відповіді за бінарною шкалою «згоден – не згоден».

Матеріали та обладнання: бланк опитувальника, олівець/ручка.

Інструкція досліджуваному: вам буде запропоновано 44 твердження, що стосуються різних сторін життя і ставлення до них. Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди або незгоди з наведеними твердженнями за 6-бальною шкалою: -3, -2, -,1 +1, +2, +3, від повного заперечення (-3) до повної згоди (+3). Іншими словами, поставте навпроти кожного твердження бал від одиниці до трійки з відповідним знаком «+» (згода) або «–» (незгода).

Тестовий бланк

1. Просування по службі (кар'єра) більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей і зусиль людини. -2

2. Більшість розлучень відбувається тому, що люди не захотіли пристосуватися одне до одного. +1

3. Хвороба – справа випадку; якщо вже судилося захворіти, то нічого не вдієш. -2

4. Люди виявляються самотніми через те, що самі не виявляють інтересу і дружелюбності до оточуючих. +1

5. Здійснення моїх бажань часто залежить від везіння. +1

6. Марно докладати зусилля для того, щоб завоювати симпатії інших людей. +1

7. Зовнішні обставини, батьки і добробут впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя. -1

8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною. -1

9. Як правило, керівництво виявляється більш ефективним, коли керівник повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність. -1

10. Мої оцінки в школі, в університеті часто залежали від випадкових обставин (наприклад, настрою викладача) більше, ніж від моїх власних зусиль. -2

11. Коли я будую плани, то, загалом, вірю, що зможу здійснити їх. +2

12. Те, що багатьом людям здається удачею чи везінням, насправді є результатом довгих цілеспрямованих зусиль. +2

13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі та ліки. +2

14. Якщо люди не підходять один одному, то, як би вони не намагалися, налагодити сімейне життя все одно не зможуть. +2

15. Те хороше, що я роблю, зазвичай буває гідно оцінено іншими. +1

16. Люди виростають такими, якими їх виховують батьки. +1

17. Думаю, що випадок чи доля не грають важливої ролі в моєму житті. -1

18. Я не намагаюся планувати далеко вперед, оскільки багато залежить від того, як складуться обставини. +1

19. Мої оцінки в школі найбільше залежали від моїх зусиль і рівня підготовленості. +1

20. У сімейних конфліктах я вважаю винним себе, а не партнера. -1

21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин. -2

22. Я надаю перевагу такому керівництву, яке сприяє підлеглим у самостійному розв'язанні проблем. +1

23. Думаю, що мій спосіб життя жодною мірою не є причиною моїх хвороб. -2

24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям досягти успіху у своїх справах. -1

25. За погану роботу організації мають відповідати ті люди, які в ній працюють. +2

26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в сформованих обставинах. +1

27. Якщо я дуже захочу, то зможу привернути до себе увагу майже кожного.+1

28. На підростаюче покоління впливає так багато обставин, що зусилля батьків щодо його виховання часто виявляються марними. -2

29. Те, що зі мною трапляється, це справа моїх власних рук. +2

30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять саме так, а не інакше. +1

31. Людина, яка не досягла успіхів у роботі, швидше, не доклала до цього достатніх зусиль. +2

32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, що хочу. +1

33. У неприємностях і невдачах, які були в моєму житті, частіше були винні інші люди, ніж я сам. -1

34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити і правильно одягати. +1

35. У складних ситуаціях я вичікую, коли проблема розв’яжеться сама собою. -1

36. Успіх є результатом наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння. +2

37. Я відчуваю, що від мене більше, ніж від інших, залежить щастя моєї сім’ї. +2

38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я подобаюся одним людям і не подобаюсь іншим. +1

39. Я завжди віддаю перевагу приймати рішення і діяти самостійно, а не сподіватися на допомогу інших людей чи на долю. +1

40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, незважаючи на всі його старання. -2

41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити навіть при самому сильному бажанні. -2

42. Здібні люди, які не зуміли реалізувати свої можливості, мають звинувачувати в цьому тільки самих себе. +1

43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей. +2

44. Більшість невдач у моєму житті були через невміння, незнання або лінощі і мало залежали від везіння чи невезіння. +2

Обробка та аналіз результатів

Мета оброблення результатів: отримання показника локусу суб'єктивного контролю, тобто показника загальної інтернальності Іо. Це – сума збігів відповідей досліджуваного з відповідями, які наведено в ключі.

Ключ	
Відповідь	Номери запитань
+ (згоден)	2, 4, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 44
- (не згоден)	1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 18, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 33, 35, 38, 40, 41, 43

Аналіз результатів

Локус контроль – це характеристика вольової сфери людини, яка відображає її нахил приписувати відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім силам або власним здібностям і зусиллям. Приписування відповідальності за результати своєї діяльності зовнішнім силам називається екстернальним, або зовнішнім, локусом контролю, а приписування відповідальності власним здібностям і зусиллям – інтернальним, або внутрішнім локусом контролю. Таким чином, можливі два полярних типи особистостей залежно від локалізації контролю: екстернальний та інтернальний. Будь-якій людині властива певна позиція на континіумі від екстернального до інтернального типу.

Отриманий у процесі оброблення результатів показник локусу контролю (Іо) розшифровується так:

Величина І*о*	Локус контролю
0 – 21	Екстернальний
22 – 44	Інтернальний

У цілому, чим більша величина інтернальності, тим менша екстернальність.

Локус контроль, характерний для людини, є універсальним стосовно будь-яких типів подій і ситуацій, з якими їй доводиться стикатися. Один і той же тип контролю проявляється як у разі невдач, так і в разі успіхів, причому це спостерігається в різний сферах життєдіяльності суб'єкта. Для певного рівня локусу контролю користуються такими межами шкали інтернальності:

Показник інтернальності (То)	Рівень локусу контролю
0 – 11	Низький рівень інтернальності
12 – 32	Середній рівень інтернальності
33 – 44	Високий рівень інтернальності

При низькому рівні інтернальності люди майже не бачать зв'язку між своїми діями і важливими для них подіями життя. Вони не вважають себе здатними контролювати розвиток таких подій і гадають, що більшість їх є результатом випадку чи вчинків інших людей. Тому „екстернали" емоційно нестійкі, схильні до неформального спілкування і поведінки, слабкокомунікабельні, у них поганий самоконтроль і висока напруженість.

Високий рівень інтернальності відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими подіями. Люди, які мають такий локус контролю, вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті – результат власних дій, що вони можуть ними керувати і відчувають відповідальність і за ці події, і за те, як складається їхнє життя в цілому. «Інтернали» з високими показниками суб'єктивного контролю мають емоційну стабільність, вони вперті, рішучі, відрізняються комунікабельністю, значним самоконтролем і стриманістю.

Середній рівень інтернальності властивий більшості людей. Особливості їхнього суб'єктивного контролю можуть дещо змінюватися залежно від того, чи здається людині ситуація складною чи простою, приємною чи неприємною тощо. Хоча їхня поведінка і психологічне почуття відповідальності за неї залежать від конкретних соціальних ситуацій, усе ж можна і в них встановити перевагу того чи іншого локусу контролю.

Таким чином, суб'єктивний локус контроль пов'язаний з відчуттям людиною своєї сили, відповідальності за те, що відбувається в її житті, із самоповагою, із соціальною зрілістю і самостійністю особистості. Тому, складаючи рекомендації для самовдосконалення, потрібно враховувати, що:

- конформна, поступлива поведінка більшою мірою притаманна людям з екстернальним локусом контролю; інтернали менш схильні підкорятися тискові (думкам, емоціям та іншим людям);
- людина з інтернальним локусом контролю краще працює на самоті;
- інтернали більш активно шукають інформацію, як правило, більше ознайомлені із ситуацією, ніж екстернали;
- у інтервалів більш активна, ніж в екстерналів, позиція щодо свого здоров'я.

Дослідження показало: інтернали більш популярні, займають сприятливу позицію в системі міжособистісних стосунків. Вони більш бажані для суспільства, впевненіші в собі й терпиміші.

Особистості з інтернальним локусом контролю надають перевагу недирективним методам виховання і психокорекції. А в роботі з екстерналами важливо звертати увагу на тривожність та депресію.

Додаток В

Методика діагностики емоційного ставлення Ч. Спілбергера

Призначення тесту

Визначення рівня особистісної та ситуаційної тривожності.

Опис тесту

У рамках цього тесту створені 2 підшкали. Перша, шкала стану тривоги (ситуативної тривожності), оцінює поточний стан тривоги, вимірюючи, як респонденти відчувають себе «прямо зараз», використовуючи суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи. Друга, шкала особистої тривожності, оцінює відносно стабільні аспекти особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює відчуття/стан спокою, впевненості та безпеки.

Дослідження може бути проведено як індивідуально, так і в колективі. Експериментатор пропонує респондентам відповісти на питання відповідно до інструкції, що розміщена в опитувачі, і нагадує, що респонденти повинні працювати самостійно. На кожне питання існує 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності.

Шкала ситуативної тривожності

Інструкція до тесту.

Прочитайте уважно кожне із наведених нижче висловів і позначте цифру у відповідній графі справа в залежності від того, як ви себе почуваєте на даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Тестовий матеріал

Шкала ситуативної тривожності

№	Висловлення	Відповіді			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Саме так
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я напружений	1	2	3	4
4	Я внутрішньо замкнутий	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я в розпачі	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервуюся	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я роздратований	1	2	3	4
15	Я не відчуваю напруженості та замкнутості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я стурбований	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Шкала особитстісної тривожності

Інструкція до тесту.

Прочитайте уважно кожне із наведених нижче висловів і позначте цифру у відповідній графі справа в залежності від того, як ви себе почуваєте

зазвичай. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

Шкала особистісної тривожності

№	Висловлення	Відповіді			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Саме так
21	У мене буває веселий настрій	1	2	3	4
22	Я буваю роздратований	1	2	3	4
23	Я часто буваю в розпачі	1	2	3	4
24	Я хотів би, щоб мені таланило так, як і іншим	1	2	3	4
25	Я сильно хвилююсь через неприємності	1	2	3	4
26	Я відчуваю приплив сил та бажання працювати	1	2	3	4
27	Я спокійний та холоднокровний	1	2	3	4
28	Мене хвилюють можливі труднощі	1	2	3	4
29	Мене занадто хвилюють дрібниці	1	2	3	4
30	Я буваю досить щасливим	1	2	3	4
31	Я все сприймаю близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Я відчуваю себе беззахисним	1	2	3	4
34	Я намагаюсь уникати критичних ситуацій та труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває “хандра”	1	2	3	4
36	Я буваю задоволеним	1	2	3	4
37	Будь -які дрібниці відволікають мене	1	2	3	4
38	Буває, що я почуваю себе невдахою	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює хвилювання, коли я думаю про свої турботи	1	2	3	4

Ключі до тесту:

Ключ до анкет

Ситуативна тривожність					**Особистісна тривожність**				
№	**Відповіді**				**№**	**Відповіді**			
1	4	3	2	1	**21**	4	3	2	1
2	4	3	2	1	**22**	1	2	3	4
3	1	2	3	4	**23**	1	2	3	4
4	1	2	3	4	**24**	1	2	3	4
5	4	3	2	1	**25**	1	2	3	4
6	1	2	3	4	**26**	4	3	2	1
7	1	2	3	4	**27**	4	3	2	1
8	4	3	2	1	**28**	1	2	3	4
9	1	2	3	4	**29**	1	2	3	4
10	4	3	2	1	**30**	4	3	2	1
11	4	3	2	1	**31**	1	2	3	4
12	1	2	3	4	**32**	1	2	3	4
13	1	2	3	4	**33**	1	2	3	4
14	1	2	3	4	**34**	1	2	3	4
15	4	3	2	1	**35**	1	2	3	4
16	4	3	2	1	**36**	4	3	2	1
17	1	2	3	4	**37**	1	2	3	4
18	1	2	3	4	**38**	1	2	3	4
19	4	3	2	1	**39**	4	3	2	1
20	4	3	2	1	**40**	1	2	3	4
$\sum$ ст					$\sum$ ст				

Таким чином, для кожного учасника ми отримуємо дані про загальний рівень основних емоційних процесів тривожності, пізнавальної активності, негативних емоційних переживаннях – і характер їх прояву в процесі навчальної діяльності.

Додаток Г

Програма психологічної підтримки «Джерело стійкості»

Програма психологічної підтримки «Джерело стійкості» є цілісною, науково обґрунтованою системою групової роботи, розробленою спеціально для підвищення рівня емоційної стійкості у жінок. Загальна мета програми полягає у формуванні та зміцненні внутрішніх ресурсів особистості для ефективного подолання стресових ситуацій, конструктивної регуляції емоційних станів та підвищення загального рівня психологічного благополуччя. Програма орієнтована на жінок, які прагнуть до глибшого саморозуміння, бажають розвинути навички управління стресом та тривогою, а також прагнуть побудувати більш здорові та гармонійні стосунки з собою та оточенням. Формат роботи передбачає проведення 10 щотижневих групових сесій тривалістю 120 хвилин кожна, що створює оптимальні умови для поступового засвоєння матеріалу та формування стійких терапевтичних зв'язків у групі з 8-10 учасниць.

Теоретичне підґрунтя програми є інтегративним та спирається на синтез кількох провідних психотерапевтичних підходів. Фундаментом слугують принципи гуманістичної психології, що наголошують на важливості створення атмосфери безумовного прийняття, емпатії та психологічної безпеки як необхідної умови для особистісного зростання. Практичний інструментарій програми значною мірою запозичений з когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), зокрема технік для роботи з дезадаптивними думками та когнітивними викривленнями. Разом з тим, програма збагачена методами «третьої хвилі» КПТ, а саме терапії прийняття та відповідальності (ACT), що зміщує акцент з боротьби з негативними переживаннями на розвиток психологічної гнучкості та усвідомленості. Весь терапевтичний процес організований з урахуванням ключових терапевтичних факторів групової динаміки за І. Яломом, що дозволяє максимально використовувати потенціал групи як соціального мікрокосму для зцілення та розвитку.

Структура програми є послідовною та логічною, вона складається з трьох основних блоків, кожен з яких вирішує специфічні завдання та готує учасниць до наступного етапу роботи. Перший блок присвячений формуванню безпечного середовища та наданню базових знань. Другий блок є ядром програми, де відбувається інтенсивне навчання практичним навичкам саморегуляції. Третій блок спрямований на інтеграцію отриманого досвіду в реальне життя та профілактику майбутніх емоційних труднощів. Така поетапність забезпечує плавне занурення в терапевтичний процес, дозволяючи учасницям рухатися від простого до складного, від усвідомлення проблеми до оволодіння конкретними інструментами для її вирішення, що створює міцний фундамент для довготривалих позитивних змін.

Блок 1: Формування альянсу та психоедукація (Сесії 1–3)

Загальна мета блоку – створити міцний терапевтичний альянс та безпечний, довірливий простір, що є абсолютною передумовою для будь-якої подальшої психологічної роботи. На цьому етапі ключовим завданням є формування високого рівня групової згуртованості, де кожна учасниця відчуває себе прийнятою та зрозумілою. Важливою складовою є психоедукація, яка спрямована на надання учасницям базової теоретичної рамки для розуміння природи власних емоцій та стресових реакцій. Це дозволяє депатологізувати їхній досвід, знизити почуття сорому та ізоляції, і закласти спільну мову для подальшої комунікації в групі. Таким чином, цей блок активізує такі фундаментальні терапевтичні фактори, як універсальність, вселяння надії та групова згуртованість, створюючи надійну основу для більш глибокої та трансформаційної роботи на наступних етапах програми.

Сесія 1. Тема: «Створення безпечного простору: знайомство та правила групи»

Метою першої сесії є закладання фундаменту для всього терапевтичного процесу – створення атмосфери психологічної безпеки та

довіри. Це досягається через знайомство учасниць одна з одною та з ведучим, а також через спільну розробку та прийняття групових правил. Процес спільного створення «контракту» (конфіденційність, повага, право говорити «стоп», безоціночність) є не просто формальністю, а першою терапевтичною інтервенцією, що передає учасницям відповідальність за спільний простір. Ключовими вправами є активності, спрямовані на знайомство, такі як «Ім'я та очікування», де кожна учасниця ділиться своїми сподіваннями від роботи в групі. Центральним елементом є групова дискусія «Наш спільний договір», що фасилітує встановлення норм. На завершення проводиться вправа «Коло спільного досвіду», де учасниці анонімно діляться однією проблемою, що їх турбує, що дозволяє миттєво активізувати фактор універсальності. Очікуваним результатом є суттєве зниження початкової тривоги, формування почуття приналежності до групи та готовність до подальшої відкритої роботи.

Сесія 2. Тема: «Що таке емоції та стрес? Карта мого емоційного світу»

Мета другої сесії полягає у наданні учасницям базових психоедукаційних знань, що дозволяють краще розуміти власні внутрішні процеси. Головне завдання – навчити розрізняти та ідентифікувати свої емоційні стани, а також усвідомити фундаментальний зв'язок між подіями, думками та емоційними реакціями. Це дозволяє перейти від пасивного переживання емоцій до їх активного аналізу. Ключовою технікою є представлення когнітивної моделі ABC з КПТ (Activating event – Belief – Consequence), яка в доступній формі пояснює, як наші інтерпретації подій, а не самі події, визначають наші почуття. Для практичного засвоєння проводиться вправа «Карта моїх емоцій», під час якої кожна учасниця створює індивідуальний спектр власних переживань, вчиться давати їм назви та визначати їх інтенсивність. Також проводиться групове обговорення типових стресових тригерів, що продовжує активізувати фактор універсальності. Очікуваним результатом є формування у учасниць навичок

самоспостереження та базового розуміння механізмів виникнення власних емоційних реакцій, що є першим кроком до управління ними.

Сесія 3. Тема: «Наші внутрішні ресурси: визначення сильних сторін»

Метою третьої сесії є свідоме зміщення фокусу уваги з проблематики та дефіцитів на наявні внутрішні ресурси та сильні сторони особистості. Часто жінки, що звертаються по допомогу, схильні до самокритики та фіксації на власних недоліках, що виснажує їхню енергію та підриває віру у можливість змін. Тому ця сесія спрямована на підвищення самооцінки та актуалізацію досвіду успішного подолання труднощів. Ключовими вправами є візуалізація «Дерево моїх сильних сторін», де кожна учасниця метафорично зображує власні якості, досягнення та навички, що є її опорою. Також проводиться групова активність «Історії подолання», де жінки діляться досвідом вирішення складних життєвих ситуацій, що активізує фактор вселяння надії. Важливим елементом є введення в практику самоспівчуття як альтернативи жорсткій самокритиці. Очікуваним результатом є зміцнення самооцінки, формування більш цілісного та позитивного образу «Я» та посилення мотивації до подальших змін, заснованої на вірі у власні сили.

Блок 2: Розвиток ключових навичок саморегуляції (Сесії 4–7)

Цей блок є практичним ядром усієї програми, де відбувається перехід від теоретичного усвідомлення до активного оволодіння конкретними інструментами емоційної саморегуляції. Якщо перший етап був спрямований на створення безпечного фундаменту, то цей – на побудову самої структури стійкості. Основна мета полягає в тому, щоб озброїти учасниць науково обґрунтованими навичками для управління власними думками, тілесними реакціями та міжособистісними взаємодіями, які є основними джерелами емоційного дистресу. Робота в цьому блоці є інтенсивною та вимагає активного залучення, оскільки фокус зміщується з обговорення проблем на систематичне відпрацювання нових, більш адаптивних способів реагування. Учасниці вчаться бути не пасивними спостерігачами власних емоцій, а

активними архітекторами свого внутрішнього стану, що є ключовим для формування автономної та зрілої особистості.

Сесія 4. Тема: «Управління тривожними думками: техніки КПТ»

Метою четвертої сесії є розвиток навичок когнітивної реструктуризації, що є центральним елементом когнітивно-поведінкової терапії. Учасниці вчаться відстежувати та ідентифікувати власні автоматичні негативні думки, які часто є неусвідомленим «фоновим шумом», що підживлює тривогу та пригнічений настрій. Ключовою технікою є робота з концепцією когнітивних викривлень (таких як катастрофізація, чорно-біле мислення, надмірне узагальнення), що дозволяє учасницям побачити, як їхній розум систематично спотворює реальність. Практична частина сесії присвячена вправі «Детектив думок», де жінки на власних прикладах вчаться ставити під сумнів свої негативні думки, шукати докази «за» і «проти» них та формулювати більш збалансовані, реалістичні альтернативи. Очікуваним результатом є формування у учасниць здатності не приймати свої тривожні думки за абсолютну істину, а ставитися до них критично, що значно знижує їхній емоційний вплив.

Сесія 5. Тема: «Тіло як союзник: навички релаксації та усвідомленості (майндфулнес)»

Мета п’ятої сесії – налагодити зв'язок між розумом та тілом, навчивши учасниць впливати на свій емоційний стан через тілесні практики. Часто стрес та тривога проявляються саме на фізіологічному рівні (м'язова напруга, прискорене серцебиття, поверхневе дихання), і робота з цими проявами є найшвидшим шляхом до самозаспокоєння. Ключовими техніками є освоєння навичок глибокого діафрагмального дихання як інструменту для активації парасимпатичної нервової системи, а також прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном для зняття хронічної напруги. Окрема увага приділяється практиці усвідомленості (майндфулнес), зокрема медитації «Сканування тіла», яка розвиває здатність спостерігати за тілесними відчуттями без засудження та опору. Очікуваним результатом є опанування учасницями

конкретних технік для швидкого зниження рівня стресу та тривоги, а також розвиток більш уважного та дбайливого ставлення до власного тіла.

Сесія 6. Тема: «Здорові кордони у стосунках: тренінг асертивності»

Мета шостої сесії – розвиток навичок міжособистісної ефективності, що є критично важливим для жінок, чий емоційний стан часто залежить від якості стосунків. Сесія спрямована на формування здатності встановлювати та підтримувати здорові особистісні кордони, що дозволяє захищати власні потреби та цінності, не руйнуючи при цьому зв'язок з іншими. Ключовими техніками є аналіз трьох основних стилів поведінки (пасивного, агресивного та асертивного) та тренування навичок асертивної комунікації. Учасниці вчаться використовувати «Я-висловлювання» для вираження своїх почуттів та потреб без звинувачення партнера. Значна частина часу приділяється рольовим іграм, де в безпечній обстановці відпрацьовуються складні ситуації, такі як асертивна відмова на незручне прохання або конструктивне вираження невдоволення. Очікуваним результатом є підвищення впевненості у собі, зниження міжособистісної тривоги та здатність будувати більш рівноправні та взаємоповажні стосунки.

Сесія 7. Тема: «Прийняття недосконалості: робота з внутрішнім критиком»

Метою сьомої сесії є поглиблення когнітивної роботи через фокусування на одній з найпоширеніших причин емоційного дистресу – внутрішній самокритиці. Ця сесія допомагає учасницям усвідомити та послабити вплив свого «внутрішнього критика», який часто є інтерналізованим голосом значущих фігур з минулого. Ключовими техніками є методи з терапії прийняття та відповідальності, що пропонують не боротися з критичними думками, а змінювати ставлення до них. Застосовується техніка когнітивного розділення (наприклад, вправа «Думки на хмаринках»), яка дозволяє спостерігати за думками як за тимчасовими ментальними подіями, а не як за об'єктивною реальністю. Центральною практикою є розвиток самоспівчуття (self-compassion) через вправу «Лист до себе від

друга, сповненого співчуття», що навчає ставитися до себе з такою ж добротою та розумінням, як до близької людини. Очікуваним результатом є зниження інтенсивності самокритики та формування більш підтримуючого внутрішнього діалогу.

Блок 3: Інтеграція та профілактика рецидивів (Сесії 8–10)

Цей завершальний етап програми спрямований на забезпечення довготривалості досягнутих терапевтичних ефектів. Його головне завдання – допомогти учасницям перенести навички, засвоєні в безпечному та структурованому середовищі групи, у складний та непередбачуваний контекст їхнього реального життя. Акцент зміщується з навчання новим технікам на їх глибоку інтеграцію в поведінкові патерни та спосіб мислення. Мета полягає в тому, щоб перетворити отримані знання та вміння з набору зовнішніх інструментів на стійку внутрішню властивість особистості. Також цей блок присвячений підготовці до самостійного життя після завершення групи, формуванню індивідуальних стратегій профілактики емоційних зривів та конструктивному завершенню терапевтичного процесу.

Сесія 8 та 9. Тема: «Інтеграція навичок та створення плану особистої стійкості»

Метою цих двох сесій є закріплення та інтеграція всього засвоєного матеріалу. Учасниці переходять від відпрацювання окремих навичок до їх комплексного застосування у моделюванні реальних життєвих ситуацій. Ключовими техніками є інтенсивні рольові ігри, де жінки на основі власних кейсів (наприклад, майбутня складна розмова з керівником або родичем) мають можливість експериментувати з новими асертивними, когнітивними та емоційно-регулятивними стратегіями. Важливою частиною роботи є створення індивідуальних «Планів емоційної безпеки». Це конкретний, записаний алгоритм дій, що включає перелік особистих ранніх ознак стресу, список ефективних копінг-стратегій (від дихальних вправ до звернення по підтримку) та контакти людей, до яких можна звернутися у кризовий момент.

Очікуваним результатом є значне підвищення впевненості у власній здатності впоратися з майбутніми викликами та наявність у кожної учасниці чіткого плану для самостійної підтримки свого психологічного благополуччя.

Сесія 10. Тема: «Завершення шляху: підбиття підсумків та прощання»

Мета фінальної сесії – забезпечити психологічно грамотне та емоційно значуще завершення роботи групи. Це критично важливий етап, що дозволяє уникнути знецінення отриманого досвіду та допомагає впоратися з почуттями, пов'язаними із закінченням інтенсивних та довірливих стосунків. Ключовими техніками є вправи, спрямовані на рефлексію та асиміляцію досвіду, такі як «Лист собі на початку шляху», де учасниці можуть наочно побачити власний прогрес. Центральним елементом є «Коло подяки та зворотного зв'язку», де кожна жінка має можливість висловити вдячність іншим учасницям та отримати фінальні слова підтримки. Окремий час приділяється обговоренню почуттів суму, тривоги та надії, пов'язаних із прощанням, що нормалізує ці переживання. Очікуваним результатом є відчуття завершеності та цілісності отриманого досвіду, усвідомлення особистісних трансформацій та емоційна готовність до самостійного застосування набутих навичок у подальшому житті.