

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ
СТІЙКОСТІ РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ
УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ
ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Інститут психології імені Г. С. Костюка



**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ
СТІЙКОСТІ РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ
УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ
ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ**

Практичний посібник

Київ

2024

УДК: 159.922 : 159.938
К 59

*Рекомендовано до друку вченою радою Інституту психології імені
Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 7 від 27 червня 2024 р.)*

Рецензенти:

Олександр БОНДАРЕНКО — завідувач кафедри психології та туризму Київського національного лінгвістичного університету, дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор;

Олександр МУЗИКА — завідувач лабораторії психології обдарованості Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, професор.

Кокун О. М.

К 59 **Забезпечення психофізіологічної стійкості різних верств населення України в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення :** практичний посібник / О. М. Кокун, Л. М. Бахмутова, Т. В. Кружева та ін.; за ред. О. М. Кокуна. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 110 с.

ISBN 978-617-7745-50-0

Цей посібник має на меті надати теоретичні знання та практичні рекомендації щодо забезпечення і підвищення психофізіологічної стійкості різних верств населення України в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення. У ньому розглядаються сучасні підходи до діагностики, методи підвищення рівня резильєнтності, а також шляхи надання психологічної підтримки.

Посібник може стати важливим інструментом для фахівців, що працюють у сфері психологічної допомоги та реабілітації, надаючи їм знання та навички для ефективної роботи в умовах війни та післявоєнного відновлення.

Номер державної реєстрації наукового дослідження 0122U000300

ISBN 978-617-7745-50-0

© Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024

ЗМІСТ

Вступ (Олег Кокун).....	5
Розділ 1. Діагностична характеристика психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення України під час війни (Олег Кокун)	8
1.1. Характеристика психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення в червні-липні 2022 р.	8
1.2. Динаміка змін показників психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення під час війни ...	27
1.3. Характеристика психофізіологічної стійкості населення під час відключень електроенергії	30
1.4. Узагальнена характеристика психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення України під час війни	36
Розділ 2. Загальні підходи до забезпечення психофізіологічної стійкості людини під час війни (Олег Кокун)	39
2.1. Значення психофізіологічної стійкості для життєдіяльності людини	39
2.2. Загальні чинники психофізіологічної стійкості людини ...	40
2.3. Основні способи та стратегії підвищення рівня психофізіологічної стійкості цивільного населення в умовах війни	42
2.4. Технологія забезпечення психофізіологічної стійкості різних верств населення України в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення	44
Розділ 3. Психологічна підтримка українських біженців: теоретико-методологічні та практичні підходи (Лариса Бахмутова)	46
3.1. Розуміння особливостей психологічного стану біженців кризь призму соціально-психологічних проблем	46
3.2. Синдром Улісса – переважаюче психологічне порушення характерне для біженців	49
3.3. Практичні методи індивідуальної та сімейної допомоги біженцям для запобігання розвитку ускладнень синдрому Улісса	55
3.4. Групова психологічна робота з біженцями	68
Розділ 4. Психофізіологічне забезпечення життєстійкості українців під час війни та повоєнного відновлення (Марія Войтович, Оксана Лупанець)	75
4.1. Окремі практичні підходи до психофізіологічного забезпечення життєстійкості українців	78

4.2.	Перспективи подальших досліджень у розрізі психофізіологічного забезпечення життєстійкості українців ...	84
Розділ 5.	Психофізіологічна (ресурсна) стійкість в контексті вирішення проблем сьогодення (Тетяна Кружева)	86
Розділ 6.	Окремі підходи щодо забезпечення психофізіологічної стійкості населення України під час війни (Тетяна Савченко)	92
Розділ 7.	Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в українських елітних спортсменів, які постраждали від війни (Іванна Коробейнікова)	98
	Література	103
	Відомості про авторів	109

Вступ

Одним із виражених негативних наслідків повномасштабної збройної агресії РФ, що почалася в лютому 2022 р., стало стрімке погіршення психологічного здоров'я українців (Кокун, 2022; Rizzi et al., 2022). Це, зокрема, виявилось у посттравматичних стресових розладах (ПТСР), зростанні рівня тривоги, страху, депресивних проявів та психосоматичних розладів тощо. Відповідно, значно підвищилася актуальність відновлення психофізіологічних ресурсів різних верств наших співвітчизників (від учнів загальноосвітніх навчальних закладів до військовослужбовців Збройних Сил України), необхідних для успішного подолання стресових ситуацій, захисту від їх травмівного впливу та уникнення негативних психологічних наслідків, які вони можуть спричинити (Кокун & Мельничук, 2023; Kokun, 2023b).

Одним із таких важливих ресурсів вважається психофізіологічна стійкість. Поняття *психофізіологічної стійкості* в цьому посібнику використовується як україномовний еквівалент англійського терміну *resiliency* і є ідентичним до достатньо широко використовуваного в останні роки в україномовній науковій літературі терміну *резильєнтність*. Різні наукові підходи до розуміння змісту психофізіологічної стійкості нами були достатньо докладно проаналізовані у попередніх працях (Кокун, 2024; Кокун & Мельничук, 2023). Тому наведемо лише визначення цього поняття, яким будемо послуговуватися надалі. *Психофізіологічна стійкість (резильєнтність, resiliency)* є розумовою, фізичною, емоційною та поведінковою здатністю людини адаптуватися, відновлюватися та процвітати в ситуаціях ризику, викликів, небезпеки, складності та негараздів, а також вчитися та рости після невдач (Кокун, 2022; Кокун та ін., 2022).

Також зазначимо, що термін «*психологічне здоров'я*» у посібнику розуміється як еквівалент «*mental health*» у змісті, наданому йому World Health Organization (2022): «*mental health / психологічне здоров'я* — це стан психологічного благополуччя, який дозволяє людям долати життєві стреси, реалізувати свої здібності, добре вчитися та добре працювати, а також робити свій внесок у життя суспільства. Це інтегральний компонент здоров'я та психологічного благополуччя, який лежить в основі нашої індивідуальної та колективної здатності приймати рішення, будувати стосунки та формувати світ, у якому ми живемо».

З огляду на вищезазначене, даний посібник має на меті надати як теоретичні знання, так і практичні рекомендації щодо забезпечення та підвищення психофізіологічної стійкості різних верств населення України в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення. Розглядаються сучасні підходи до діагностики, методи підвищення рівня резильєнтності, а також шляхи надання психологічної підтримки, що є критично важливими в умовах сьогодення.

Одним із виражених негативних наслідків повномасштабної збройної агресії РФ, що почалася в лютому 2022 року, стало стрімке погіршення

психологічного здоров'я українців (Кокун, 2022; Rizzi et al., 2022). Це, зокрема, виявилось у посттравматичних стресових розладах (ПТСР), зростанні рівня тривоги, страху, депресивних проявів та психосоматичних розладів. Відповідно, значно підвищилася актуальність відновлення психофізіологічних ресурсів різних верств наших співвітчизників (від учнів загальноосвітніх навчальних закладів до військовослужбовців Збройних Сил України), необхідних для успішного подолання стресових ситуацій, захисту від їх травматичного впливу та уникнення негативних психологічних наслідків, які вони можуть спричинити (Кокун & Мельничук, 2023; Kokun, 2023b).

Одним із таких важливих ресурсів вважається психофізіологічна стійкість. Поняття психофізіологічної стійкості в цьому посібнику використовується як україномовний еквівалент англійського терміну "resiliency" і є ідентичним до достатньо широко використовуваного в останні роки в україномовній науковій літературі терміну "резильєнтність". Різні наукові підходи до розуміння змісту психофізіологічної стійкості нами були достатньо докладно проаналізовані у попередніх працях (Кокун, 2024; Кокун & Мельничук, 2023). Тому наведемо лише визначення цього поняття, яким будемо послуговуватися надалі. Психофізіологічна стійкість (резильєнтність, resiliency) є розумовою, фізичною, емоційною та поведінковою здатністю людини адаптуватися, відновлюватися та процвітати в ситуаціях ризику, викликів, небезпеки, складності та негараздів, а також вчитися та рости після невдач (Кокун, 2022; Кокун та ін., 2022).

Також зазначимо, що термін "психологічне здоров'я" у посібнику розуміється як еквівалент "mental health" у змісті, наданому йому World Health Organization (2022): «mental health / психологічне здоров'я — це стан психологічного благополуччя, який дозволяє людям долати життєві стреси, реалізувати свої здібності, добре вчитися та добре працювати, а також робити свій внесок у життя суспільства. Це інтегральний компонент здоров'я та психологічного благополуччя, який лежить в основі нашої індивідуальної та колективної здатності приймати рішення, будувати стосунки та формувати світ, у якому ми живемо».

У першому розділі посібника наведено діагностичні характеристики психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення України під час війни. Цей розділ містить аналіз змін у психофізіологічних показниках та психологічному стані людей в період від червня до липня 2022 року, а також розглядає вплив екстремальних умов, таких як відключення електроенергії.

Другий розділ присвячено загальним підходам до забезпечення психофізіологічної стійкості людини під час війни. Розглядаються основні чинники, що впливають на резильєнтність, та пропонуються способи і стратегії підвищення рівня стійкості цивільного населення.

Третій розділ зосереджений на психологічній підтримці українських біженців. Описуються особливості їх психологічного стану, соціально-психологічні проблеми, з якими вони стикаються, та практичні методи індивідуальної і групової допомоги для запобігання розвитку синдрому Улісса.

У четвертому розділі розглядаються практичні підходи до психофізіологічного забезпечення життєстійкості українців під час війни та післявоєнного відновлення, а також перспективи подальших досліджень у цій сфері.

П'ятий розділ акцентує увагу на психофізіологічній стійкості як ресурсі для вирішення сучасних проблем, зокрема в умовах війни та післявоєнного відновлення.

Шостий розділ пропонує окремі підходи щодо забезпечення психофізіологічної стійкості населення України під час війни, зокрема методи та технології, що можуть бути використані в практичній роботі психологів, медиків та інших фахівців.

Сьомий розділ розглядає особливості прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у українських елітних спортсменів, які постраждали від війни, та пропонує шляхи підтримки і відновлення їх психічного здоров'я.

Цей посібник є важливим інструментом для фахівців, які працюють у сфері психологічної допомоги та реабілітації, надаючи їм знання та навички, необхідні для ефективної роботи в умовах війни та післявоєнного відновлення.

Розділ 1.

Діагностична характеристика психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення України під час війни

Перед тим як розглянути підходи щодо забезпечення психофізіологічної стійкості різних верств населення України, наведемо отримані нами діагностичні дані, що різнобічно характеризують психофізіологічну стійкість та психологічне здоров'я різних верств населення України під час війни.

1.1. Характеристика психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення в червні-липні 2022 р.

Дані, що характеризують особливості психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення були отримані під час Всеукраїнського опитування *«Твоя життєстійкість в умовах війни»*, проведеного у червні-липні 2022 р., тобто, на п'ятому-шостому місяці після початку повномасштабної війни. Дослідження було проведено із використанням Google Forms. В ньому взяло участь 1257 респондентів (67,7% жінок і 32,3% чоловіків) віком від 18 років зі всіх регіонів України. Залучення респондентів здійснювалося за допомогою інструментів Facebook.

Для дослідження психофізіологічної стійкості було використано Шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона-10 та Опитувальник професійної життєстійкості О. Кокуна. Для дослідження пов'язаних з психологічним здоров'ям показників використовувалися Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау та ін., Гіссенський опитувальник соматичних скарг, Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема та Опитувальник посттравматичного зростання-розширений Р. Тедеші зі співавт. Також використано авторський опитувальник, спрямований на отримання всебічної інформації про демографічні характеристики респондентів та вплив на них подій воєнного часу (14 запитань).

Дані щодо демографічних характеристик учасників дослідження, їх особистого досвіду, а також професійних та матеріальних втрат внаслідок війни, подано в таблиці 1. Найбільшу представленість у вибірці мали респонденти 31–40 років (29,0%) та 41–50 років (33,1%). Інші вікові групи також були представлені у репрезентативній кількості (від 98 до 234 осіб), що складає 7,8–18,6% вибірки.

Демографічні характеристики, особистий досвід, професійні та матеріальні втрати респондентів

№	Характеристика вибірки		n	%
1	Стать	Чоловіки	406	33,3%
		Жінки	851	67,7%
2	Вік (роки)	18–30	144	11,5%
		31–40	365	29,0%
		41–50	416	33,1%
		51–60	234	18,6%
		61+	98	7,8%
3	Освіта	Неповна середня	17	1,4%
		Середня або середня спеціальна	235	18,6%
		Вища	885	70,4%
		Науковий ступінь або аспірантура	120	9,5%
4	Особистий досвід під час війни	Особиста участь у бойових діях	31	2,5%
		Особиста участь у іншій діяльності в зоні бойових дій	48	3,8%
		Перебування на окупованих територіях	179	14,2%
		Несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур тощо	38	3,0%
		Волонтерська робота	234	18,6%
		Вимушений переїзд з постійного місця перебування за кордон	56	4,5%
		Вимушений переїзд з постійного місця перебування у межах України	211	16,8%
		Місце перебування не змінювалося	460	36,6%
5	Вимушені професійні зміни, що відбулися під час війни	Втрата місця роботи без наявної можливості знайти нову	330	26,3%
		Вимушений перехід на іншу роботу чи посаду	136	10,8%
		Втрата чи зміна місця навчання	14	1,1%
		Ніяких змін не відбулося	777	61,8%
6	Оцінка змін свого матеріального статусу під час війни	Матеріальне становище істотно погіршилося	468	37,2%
		Матеріальне становище погіршилося	552	43,9%
		Матеріальне становище не змінилося	193	15,4%
		Матеріальне становище покращилося	44	3,5%
7	Ступінь ушкодження під час війни житла	Житло повністю втрачене або зруйноване	59	4,7%
		Житло серйозно пошкоджене	27	2,1%
		Житло зазнало часткових ушкоджень	118	9,4%
		Житло не постраждало	1053	83,8%

Преважна більшість досліджуваних мала вищу освіту (70,4%), з яких 9,5% мали науковий ступінь або навчалися в аспірантурі. Ще 18,6% мали середню або середню спеціальну освіту. Майже 80% учасників дослідження мали пов'язаний із війною особистий життєвий досвід (від вимушеного переїзду з постійного місця перебування у межах України до особистої участі у бойових діях). У 37,2% відбулися вимушені негативні професійні зміни. При цьому, 26,3% зазначили, що вони втратили місце роботи без наявної можливості знайти нову. У 81,1% погіршилося або істотно погіршилося матеріальне становище. А 16,2% зазнали різного ступеню ушкодження під час війни власного житла.

В таблиці 2 наведено дані щодо спричинених війною шкоди здоров'ю та життю досліджуваних та їхніх близьких.

Таблиця 2

Спричинена війною шкода здоров'ю та життю респондентів та їхніх близьких

№	Характеристика вибірки		n	%
1	Чи отримав внаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження	Так	26	2,1%
		Ні	2131	97,9%
2	Чи отримав внаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження хтось із близьких	Так	173	13,8%
		Ні	1084	86,2%
3	Чи загинув внаслідок війни хтось із близьких	Так	128	10,2%
		Ні	1129	89,8%
4	Чи зазнав під час війни небезпеки для власного життя	Зазнав надзвичайно сильної небезпеки для життя	114	9,1%
		Зазнав сильної небезпеки для життя	171	13,6%
		Зазнав епізодичної небезпеки для життя	416	33,1%
		Зазнав незначної небезпеки для життя	276	22,0%
		Не зазнав небезпеки для життя	280	22,3%

У 13,8% респондентів отримали поранення чи інші фізичні ушкодження внаслідок війни хтось із близьких. А 2,1% такі поранення чи ушкодження отримали самі. Більше половини (55,7%) зазначили, що вони зазнали різного ступеню небезпеки для власного життя (від епізодичної до надзвичайно сильної). Слід зауважити, що надзвичайно сильної небезпеки зазнали 9,1%.

За результатами самооцінки змін стану власного здоров'я за час війни, він погіршився або істотно погіршився у 58,8% досліджуваних. Емоційний стан погіршився або істотно погіршився ще у більшій кількості – 86,7%. Також 57,2% відзначили погіршення або суттєве погіршення власних життєвих перспектив.

Негативні зміни стану здоров'я, емоційного стану та життєвих перспектив респондентів

№	Характеристика вибірки		n	%
1	Оцінка змін стану власного здоров'я за час війни	Стан здоров'я істотно погіршився	130	10,3%
		Стан здоров'я погіршився	609	48,5%
		Стан здоров'я не змінився	490	39,0%
		Стан здоров'я покращився	25	2,0%
		Стан здоров'я істотно покращився	3	0,2%
2	Оцінка змін емоційного стану за час війни	Емоційний стан істотно погіршився	433	34,4%
		Емоційний стан погіршився	657	52,3%
		Емоційний стан не змінився	137	10,9%
		Емоційний стан покращився	28	2,2%
		Емоційний стан істотно покращився	2	0,2%
3	Оцінка власних життєвих перспектив на момент опитування	Внаслідок війни життєві перспективи суттєво погіршилися	296	23,5%
		Внаслідок війни життєві перспективи погіршилися	423	33,7%
		Вважаю, що після певного періоду утруднень життя відновиться на попередньому рівні, або близькому до нього	333	26,5%
		Оцінюю свої життєві перспективи переважно оптимістично	178	14,2%
		Оцінюю свої життєві перспективи безумовно оптимістично	27	2,1%

Переходячи до викладення результатів психодіагностики, зауважимо що між чоловіками та жінками було виявлено достовірні відмінності ($p < 0,05-0,001$) за 19 з 22 діагностичних показників. Для чоловіків властивим став вищий рівень психофізіологічної стійкості, менша вираженість симптомів ПТСР та соматичних скарг (крім шлункових). У жінок вищим є загальний рівень професійної життєстійкості та шість з семи його складових/компонентів (крім прийняття виклику), а також загальний показник та п'ять складових посттравматичного зростання. Відповідно, викладені далі результати наведено з урахуванням статевих відмінностей.

В таблиці 4 наведено результати за *Шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона-10* (Campbell-Sills & Stein, 2007). Шкала складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4). Кількісний показник резильєнтності за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40).

Наведені результати свідчать, що середні показники за цією методикою є найближчими до варіанту відповіді «вірно час від часу». При цьому, високий рівень резильєнтності (30–40 балів), що відповідає діапазону відповідей від «часто вірно» до «вірно майже у всіх випадках», властивий лише для 22,6% досліджуваних. Знижений рівень резильєнтності досліджуваних вибірки також

підверджує порівняння наших результатів з даними Школіної та ін. (2020), отриманими за цією методикою у довоєнний період. Так у вибірці практично здорових осіб ($n = 43$) цими авторами біло зафіксовано суттєво вищий ніж у нас ($p < ,001$) рівень резильєнтності ($M = 28,8$). А близький до нашого показник ($M=23,8$) виявився властивим для групи хворих на анкілозивний спондиліт.

Таблиця 4

**Результати за Шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона-10
(жінки $n = 851$, чоловіки $n = 406$)**

Показник	Можливий кількісний діапазон	Стать	M	SD
Психофізіологічна стійкість	0 – 40 балів	чол.	23,91	8,21
		жін.	22,36	7,75
		разом	22,86	7,93

Результати за Опитувальником професійної життєстійкості О. Кокуна (Кокур, 2021; Кокур, 2021) подано в таблиці 5.

Таблиця 5

**Результати за Опитувальником професійної життєстійкості О. Кокуна
(жінки $n = 851$, чоловіки $n = 406$)**

Показник	Можливий кількісний діапазон	Стать	M	SD
Загальний рівень професійної життєстійкості	0 – 96 балів	чол.	62,32	13,70
		жін.	64,04	12,44
		разом	63,48	12,88
Професійна включеність	0 – 36 балів	чол.	19,84	5,37
		жін.	21,17	4,96
		разом	20,74	5,13
Професійний контроль	0 – 36 балів	чол.	20,75	5,03
		жін.	21,33	4,95
		разом	21,14	4,98
Прийняття виклику	0 – 36 балів	разом	21,60	4,93
Емоційний компонент	0 – 24 бали	чол.	15,93	4,09
		жін.	16,79	3,67
		разом	16,52	3,83
Мотиваційний компонент	0 – 24 бали	чол.	16,72	4,10
		жін.	17,18	3,92
		разом	17,03	3,98
Соціальний компонент	0 – 24 бали	чол.	14,31	4,50
		жін.	14,87	4,21
		разом	14,69	4,31
Професійний компонент	0 – 24 бали	разом	15,24	3,83

Опитувальник містить 24 запитання і дозволяє визначити загальний рівень професійної життєстійкості а також рівень вираженості трьох його складових (контроль, включеність і прийняття виклику) та чотирьох компонентів (емоційний, мотиваційний, соціальний і власне професійний). Відповіді даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «ні» = 0 до «так» = 4).

На відміну від результатів попередньої методики, показники професійної життєстійкості, у цілому, є близькими до отриманих на різних вибірках українських фахівців у мирний час (Психофізіологічні закономірності..., 2021). Слід лише відзначити певне переважання такої складової як прийняття виклику над контролем і включеністю, що у мирний час було властиво лише для вибірки військовослужбовців.

Таблиця 6 містить результати за *Шкалю самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема* (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Ця шкала складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за чотирьохбальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 1 до «повністю вірно» = 4). Кількісний показник самоефективності складає сума балів за 10 твердженнями (від 10 до 40). Як і випадку з першою методикою, рівень самоефективності досліджуваних виявився достовірно нижчим ($p < ,001$), ніж той, що було зафіксовано на вибірці 1027 фахівців у довоєнний період ($M = 31,34$; Кокун, 2012).

Таблиця 6

Результати за Шкалю самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема

Показник	Можливий кількісний діапазон	<i>M</i>	<i>SD</i>
Самоефективність	10 – 40 балів	29,08	5,82

Далі розглянемо дані, отримані за *Опитувальником для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау та ін.* (Breslau та ін., 1999). Опитувальник містить 7 запитань, чотири та більше позитивні відповіді на які вказують на ймовірність у респондента діагнозу ПТСР. Як видно з таблиці 7, середній показник симптомів ПТСР за вибіркою склав 3,55. Це виявилось суттєво більшим ($p < ,001$), ніж у військовослужбовців ($n = 43$), які мали досвід участі в АТО/ООС, серед яких показник кількості симптомів ПТСР склав 1,50 (Кокун та ін., 2023). У інших наших дослідженнях з військовослужбовцями ($n = 188$), які брали активну участь в АТО терміном від 4 до 16 місяців у період з травня 2014 р. по лютий 2016 р (Кокун та ін., 2020), лише 20.2% мали 4 та більше позитивні відповіді на показники опитувальника. В цьому дослідженні кількість таких осіб виявилася суттєво більшою, склавши 50,4%.

Таблиця 7

Результати за Опитувальником для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау та ін. (n = 1257)

Показник	Можливий кількісний діапазон	<i>M</i>	<i>SD</i>
Кількість симптомів ПТСР	0 – 10 балів	3,55	1,89

Результати, отримані за *Гіссенським опитувальником соматичних скарг* (Brähler et. all., 2008) наведено в таблиці 8. Цей опитувальник містить 24 симптоми, розподілені за чотирма шкалами (по 6 на кожному): виснаження, шлункові скарги, болі в різних частинах тіла та серцеві скарги. Сума симптомів складає загальну кількість соматичних скарг (інтенсивність скарг). Вираженість кожного симптому оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «ні» = 0 до «сильно» = 4).

Таблиця 8

**Результати за Гіссенським опитувальником соматичних скарг
(n = 1257, жінки n = 851, чоловіки n = 406)**

Показник	Можливий кількісний діапазон	Стать	M	SD
Виснаження	0 – 96 балів	чол.	10,14	6,12
		жін.	12,50	6,27
		разом	11,74	6,31
Шлункові скарги	0 – 36 балів	чол.	4,09	4,08
		жін.	4,23	4,13
		разом	4,19	4,11
Болі в різних частинах тіла	0 – 36 балів	чол.	9,61	5,91
		жін.	11,95	6,31
		разом	11,19	6,28
Серцеві скарги	0 – 24 бали	чол.	4,78	4,91
		жін.	6,54	5,38
		разом	5,97	5,29
Загальна кількість соматичних скарг	0 – 96 балів	чол.	28,62	17,64
		жін.	35,22	18,64
		разом	33,09	18,58

Порівняння отриманих за цим опитувальником даних з результатами 192 військовослужбовців, які у 2017-2018 рр. виконували завдання в зоні АТО/ООС (Кокун & Пішко, 2019) показує суттєво більшу кількість соматичних скарг в учасників даного дослідження ($p < ,001$). Так, зокрема, якщо після шести місяців виконання завдань в зоні АТО/ООС середній показник скарг складав, у залежності від підвибірки військовослужбовців, від 11,06 до 17,38, то у нашому дослідженні він досяг рівня 28,62 у чоловіків і 35,22 у жінок.

Данні за останньою з використаних в нашому дослідженні методик *Опитувальником посттравматичного зростання-розширеним Р. Тедесхі та ін.* (Tedeschi та ін., 2017) наведено в таблиці 9. Цей опитувальник складається з 25 тверджень, щодо яких респондентам пропонувалося за п'ятибальною шкалою Лайкерта вказати, в якій мірі та чи інша зміна відбулася у їхньому житті після 24 лютого 2022 р. (від «я не відчув цієї зміни» = 0 до «я пережив цю зміну в дуже великому ступені» = 4). Ці 25 тверджень відповідають п'ятьом шкалам (по 5 на кожному): стосунки з оточуючими, нові можливості, особистісне зміцнення,

духовні та екзистенційні зміни, поцінування життя. Сума балів за всіма твердженнями складає загальний показник зростання.

Таблиця 9

Результати за Опитувальником посттравматичного зростання-розширеним Р. Тедеші та ін. (n = 1257, жінки n = 851, чоловіки n = 406)

Показник	Можливий кількісний діапазон	Стать	M	SD
Загальний показник зростання	0 – 125 балів	чол.	53,69	31,32
		жін.	61,43	29,12
		разом	58,93	30,05
Стосунки з оточуючими	0 – 25 балів	чол.	10,73	7,10
		жін.	12,09	6,60
		разом	11,65	6,79
Нові можливості	0 – 25 балів	чол.	10,44	6,31
		жін.	11,66	5,80
		разом	11,27	5,99
Особистісне зміцнення	0 – 25 балів	чол.	9,92	6,86
		жін.	11,04	6,80
		разом	10,68	6,84
Духовні та екзистенційні зміни	0 – 25 балів	чол.	10,96	7,39
		жін.	12,71	7,24
		разом	12,15	7,33
Поцінування життя	0 – 25 балів	чол.	11,63	7,03
		жін.	13,93	6,30
		разом	13,19	6,63

Як свідчать отримані результати, найбільш виражені зміни у респондентів відбулися за шкалою поцінування життя ($M = 13,19$). Вони є достовірно вищими ($p < ,001$) у порівнянні з величиною змін за іншими чотирма шкалами. Якщо порівнювати наші дані з даними, що були на різних вибірках отримані в зарубіжних дослідженнях (Blight & Norris, 2018), то зафіксований на вибірці наших співвітчизників рівень посттравматичного зростання приблизно відповідає рівню зростання учасників Антарктичних експедицій, є вищим за показник діючих космонавтів, і нижчим за показник космонавтів, які вже завершили свою професійну діяльність.

Далі розглянемо результати психодіагностики у підгрупах досліджуваних, виділених у залежності від ступеню впливу різних негативних обставин та подій воєнного часу, а також залежно від їх віку та рівня освіти. В аналізі використано основні показники шести психодіагностичних методик

В таблиці 10 наведено психодіагностичні результати у підгрупах, виділених відповідно до ступеню особистого досвіду під час війни. Якщо респондент одночасно входив до декількох підгруп, його було віднесено до тієї,

що є вищою за списоком, який умовно характеризує ступінь стресового впливу негативних обставин та подій.

Таблиця 10

Психодіагностичні результати у залежності від ступеню негативного особистого досвіду під час війни

Особистий досвід під час війни	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Особиста участь у бойових діях (<i>n</i> =31)	27,9	7,1	63,8	11,3	30,8	4,0	3,1	2,1	31,8	21,2	48,8	27,6
2. Особиста участь у іншій діяльності в зоні бойових дій (<i>n</i> =48)	24,4	8,0	65,0	12,1	29,7	6,0	3,2	1,9	30,8	20,8	61,1	26,0
3. Перебування на окупованих територіях (<i>n</i> =179)	22,3	7,9	65,6	12,9	29,6	5,9	3,8	1,8	35,6	17,9	60,0	29,2
4. Несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур тощо (<i>n</i> =38)	27,0	6,2	66,6	11,4	30,3	5,8	2,5	2,0	22,1	17,4	68,5	29,5
5. Волонтерська робота (<i>n</i> =234)	25,4	7,1	65,0	11,8	30,3	5,4	3,3	1,9	31,6	18,6	64,0	30,9
6. Вимушений переїзд за кордон (<i>n</i> =56)	21,1	8,3	63,1	14,3	28,4	5,4	3,7	1,8	34,6	17,7	60,6	31,
7. Вимушений переїзд у межах України (<i>n</i> =211)	20,5	7,6	63,0	13,2	28,0	5,8	3,9	1,8	35,0	19,3	58,5	27,9
8. Місце перебування не змінювалося (<i>n</i> =460)	22,2	8,0	61,7	13,1	28,5	6,0	3,5	1,9	33,1	17,9	55,6	30,9

За показником резильєнтності досліджувані досить чітко диференціюються на дві групи по чотири підгрупи в кожній. Перша група характеризується «діяльним» досвідом під час війни (особиста участь у бойових діях та іншій діяльності в зоні бойових дій, несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур, та волонтерська робота). У цих підгруп *M* резильєнтності знаходиться в межах 24,4–27,9. Найвищий показник (*M* = 27,9) мають респонденти з досвідом особистої участі у бойових діях.

Для другої групи властивий відносно «пасивний» досвід під час війни, хоча від цього він міг бути не менш стресогенним (перебування на окупованих територіях, вимушений переїзд за кордон чи у межах України, місце перебування залишилося без змін). У цих підгруп *M* резильєнтності виявилось істотно меншим за попередні ($p < ,001$) і знаходиться в межах 20,5–22,3.

Такий результат, на нашу думку, може бути зумовлений одночасно двома чинниками. Перший, це те, що респонденти з «діяльнісним» досвідом початково вже мали вищий рівень резильєнтності. Тому їх участь у подіях війни й стала більш активною. Характерним прикладом є підгрупа, яка добровільно займається волонтерською роботою. Другим чинником є те, що саме такий активний «діяльнісний» досвід під час війни сприяв підвищенню резильєнтності.

Найнижчий рівень професійної життєстійкості ($M = 61,7-63,1$) також виявився у трьох найбільш «пасивних» підгрупах (вимушений переїзд за кордон чи у межах України, місце перебування залишилося без змін), суттєво поступаючись ($p < ,001$) іншим підгрупам ($M = 63,8-66,6$). Такі самі тенденції виявилися характерними й для показника самоефективності.

У чотирьох підгрупах з «пасивним» досвідом кількість симптомів ПТСР, навпаки, виявилася вже найвищою ($M = 3,5-3,9$), порівняно з підгрупами з «діяльнісним» досвідом ($p < ,001$), де M таких симптомів знаходиться в межах 2,5–3,3. На такий результат, безумовно, вплинуло те, що незалежно від виділеної підгрупи, досліджувані могли зазнавати під час війни сильної небезпеки для власного життя. Ступінь впливу цього негативного чинника ми докладніше ще проаналізуємо далі.

Така сама диференціація між підгрупами з «діяльнісним» та «пасивним» досвідом, як і у випадку з кількістю симптомів ПТСР, виникла й щодо показника кількості соматичних скарг. Якщо у підгруп з «діяльнісним» досвідом ця кількість знаходиться у межах $M = 22,1-31,8$, то у підгруп з «пасивним» досвідом – у межах $M = 33,1-35,6$ ($p < ,001$).

Найвищий рівень посттравматичного зростання ($M = 68,5$) зафіксовано у підгрупі респондентів з досвідом несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур тощо. До речі, у цієї підгрупи виявився й суттєво нижчий за інші ($p < ,001$) рівень вираженості ПТСР та соматичних скарг. На другому місці за посттравматичним зростанням ($M = 64,0$) знаходиться підгрупа з досвідом волонтерської роботи. Суттєво нижчий ($p < ,001$) за інші групи показник має підгрупа з досвідом особистої участі у бойових діях. Ми припускаємо зумовленість цього продовжуваною вираженою інтенсивністю та специфікою такого досвіду, що унеможлиблює швидке усвідомлення свого посттравматичного зростання, потребуючи для цього припинення дії основного стресового чинника і порівняно більшого часу.

Таблиця 11 містить результати психодіагностики у підгрупах, виділених відповідно до вимушених професійних змін, що відбулися у респондентів під час війни.

Психодіагностичні результати у залежності від вимушених професійних змін, що відбулися під час війни

Вимушені професійні зміни, що відбулися під час війни	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Втрата місця роботи без наявної можливості знайти нову (<i>n</i> =330)	21,3	8,2	64,4	13,8	28,4	6,2	4,0	1,8	36,8	19,7	57,4	29,8
2. Вимушений перехід на іншу роботу чи посаду (<i>n</i> =136)	22,7	8,3	60,8	13,3	28,8	5,7	3,7	1,9	31,6	18,4	56,6	29,9
3. Втрата чи зміна місця навчання (<i>n</i> =14)	20,6	9,7	60,4	19,6	26,5	8,3	4,5	2,4	35,6	21,6	61,6	22,0
4. Ніяких змін не відбулося (<i>n</i> =777)	23,6	7,6	63,6	12,2	29,5	5,6	3,3	1,9	31,7	17,9	59,9	30,3
<i>p</i> <	,001 ₁₋₄		,01 ₁₋₂		,01 ₁₋₄		,001 ₁₋₄ ,05 ₄₋₂₃		,001 ₁₋₄ ,01 ₁₋₂		—	

Як свідчать вищенаведені результати, в підгрупі досліджуваних з відсутністю вимушених професійних змін під час війни достовірно вищими ($p < ,01 - ,001$) є показники резильєнтності ($M = 23,6$) та самоефективності ($M = 29,5$) порівняно з підгрупою, яка втратила місце своєї роботи без можливості знайти нову ($M = 21,3$ та $28,4$). А показник професійної життєстійкості, навпаки, в останньої підгрупі виявився найвищим серед чотирьох ($M = 64,4$), досягши рівня статистичної достовірності ($p < ,01$) порівняно з підгрупою, в якій відбувся вимушений перехід на іншу роботу чи посаду ($M = 60,8$).

Підгрупа досліджуваних з відсутністю вимушених професійних змін під час війни має й достовірно нижчу за інші три підгрупи ($p < ,05 - ,001$) кількість симптомів ПТСР. В свою чергу, для підгрупи, яка втратила місце своєї роботи, властивою є достовірно вища кількість соматичних скарг ($p < ,01 - ,001$), порівняно з тими, в кого вимушених професійних змін не відбулося, або які вимушено перешли на іншу роботу чи посаду. За показником посттравматичного зростання підгрупи досліджуваних, виділені за ознакою наявності/відсутності вимушених професійних змін під час війни між собою достовірно не відрізняються.

Далі розглянемо психодіагностичні результати, залежно від змін матеріального статусу респондентів під час війни (таблиця 12).

Психодіагностичні результати у залежності від змін матеріального статусу під час війни

Зміни матеріального статусу під час війни	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Матеріальне становище істотно погіршилося (<i>n</i> =468)	21,3	8,4	63,1	14,2	28,4	6,4	4,2	1,9	38,8	19,8	57,8	29,8
2. Матеріальне становище погіршилося (<i>n</i> =552)	23,4	7,5	63,7	12,1	29,3	5,6	3,3	1,8	30,8	16,6	58,6	29,4
3. Матеріальне становище не змінилося (<i>n</i> =193)	24,4	7,5	63,6	12,2	29,7	5,0	2,8	1,9	28,5	17,5	61,7	32,2
4. Матеріальне становище покращилося (<i>n</i> =44)	26,5	6,0	63,9	11,8	30,5	5,4	3,0	1,8	21,3	16,7	62,9	31,0
<i>p</i> <	,001 _{1-2,3,4} ,01 ₂₋₄		–		,01 _{1-2,3} ,05 ₁₋₄		,001 _{1-2,3,4} ,001 ₂₋₃		,001 _{1-2,3,5} ,001 ₂₋₄ ,05 ₃₋₄		–	

Отримані дані засвідчують наявність досить очевидної тенденції, яка виявляється у здебільшого достовірному ($p < ,05–,001$) погіршенні, разом із ступенем погіршення матеріального статусу досліджуваних під час війни, резильєнтності та самоефективності, а також зростанні кількості симптомів ПТСР та соматичних скарг ($p < ,05–,001$). Показники професійної життєстійкості та посттравматичного зростання у підгрупах, виділених за ознакою характеру змін матеріального статусу респондентів під час війни достовірно не відрізняються.

Також, як можна побачити з таблиці 13, для підгрупи респондентів, житло яких під час війни ушкоджень не зазнало, властивим є вищий за підгрупи з різним ступенем ушкодження житла рівень резильєнтності а також нижчий прояв симптомів ПТСР та соматичних скарг. У значній кількості випадків ці відмінності досягають рівня достовірності $p < ,05–,001$.

Психодіагностичні результати у залежності від ступеню ушкодження під час війни житла

Ступінь ушкодження під час війни житла	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Житло повністю втрачене або зруйноване (<i>n</i> =59)	21,5	8,2	63,6	14,7	28,3	6,1	3,9	1,6	36,5	20,6	62,8	27,8
2. Житло серйозно пошкоджене (<i>n</i> =27)	21,3	6,0	62,3	18,5	29,2	5,8	4,4	1,6	40,3	20,7	65,4	29,4
3. Житло зазнало часткових ушкоджень (<i>n</i> =118)	21,3	8,7	64,3	15,6	28,9	6,0	3,8	1,9	37,4	19,4	59,1	29,8
4. Житло не постраждало (<i>n</i> =1053)	23,2	7,8	63,4	12,3	29,2	5,8	3,5	1,9	32,2	18,2	58,5	30,2
<i>p</i> <	,05 ₃₋₄		–		–		,05 _{1,2-4}		,01 ₃₋₄ ,05 ₂₋₄		–	

Далі наведемо порівняння психодіагностичних результатів досліджуваних поділених на групи у залежності від наявності/відсутності поранень чи інших фізичних ушкоджень (власних або у близьких), а також загибелі близьких (таблиця 14). Згідно до отриманих результатів, відмінності між групами респондентів, які мають чи не мають внаслідок війни поранення чи інші фізичні ушкодження, не досягають рівня статистичної значущості, що пояснюється відносною нечисленністю першої групи (*n* = 26). Група, у якої поранення чи інші фізичні ушкодження отримав хтось із близьких (*n* = 173) має достовірно вищі рівні професійної життєстійкості, самоефективності, посттравматичного зростання, як і кількість симптомів ПТСР (*p* < ,05). У групи досліджуваних, в яких внаслідок війни загинув хтось із близьких (*n* = 128), досить закономірно, як на наш погляд, більшою є кількість симптомів ПТСР та соматичних скарг (*p* < ,05).

Психодіагностичні результати у залежності від наявності поранень чи інших фізичних ушкоджень власних або близьких, а також загибелі близьких

Показники		Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоофективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Чи отримав поранення чи інші фізичні ушкодження	Так (n=26)	24,8	9,0	67,9	10,7	30,0	5,5	4,0	2,1	39,0	21,7	58,5	33,1
	Ні (n=2131)	22,8	7,9	63,4	12,9	29,1	5,8	3,5	1,9	33,0	18,5	58,9	30,0
<i>p</i> <		–		–		–		–		–		–	
Чи отримав поранення чи інші фізичні ушкодження хтось із близьких	Так (n=173)	23,9	8,1	65,6	12,8	30,0	5,7	3,8	1,9	35,5	19,0	63,5	30,8
	Ні (n=1081)	22,7	7,9	63,1	12,9	28,9	5,8	3,5	1,9	32,7	18,5	58,2	29,9
<i>p</i> <		–		,05		,05		,05		–		,05	
Чи загинув внаслідок війни хтось із близьких	Так (n=128)	22,8	8,1	63,6	12,6	29,1	5,7	4,0	2,0	36,2	19,3	57,9	29,0
	Ні (n=1121)	22,9	7,9	63,5	12,9	29,1	5,8	3,5	1,9	32,7	18,5	59,1	30,2
<i>p</i> <		–		–		–		,05		,05		–	

Наведені у таблиці 15 дані засвідчують наявність прямої залежності між ступенем небезпеки для власного життя, що зазнали досліджувані під час війни, та кількістю в них симптомів ПТСР та соматичних скарг – ця кількість збільшується у кожній наступній підгрупі разом із збільшенням самооцінки ступеню небезпеки. Між більшістю таких підгруп наявні статистично достовірні відмінності ($p < ,05 - ,001$). Відмінності за іншими психодіагностичними показниками між підгрупами, виділеними за критерієм небезпеки для життя, є істотно менш вираженими і на мають такої лінійної залежності.

**Психодіагностичні результати у залежності від досвіду небезпеки для
власного життя**

Ступінь небезпеки для власного життя	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Зазнав надзвичайно сильної небезпеки для життя (n=114)	21,6	8,9	65,6	14,2	29,6	5,9	4,0	1,8	39,3	20,6	62,4	30,3
2. Зазнав сильної небезпеки для життя (n=171)	21,6	8,0	63,6	14,0	28,6	5,6	3,9	1,8	37,4	19,9	61,4	28,4
3. Зазнав епізодичної небезпеки для життя (n=416)	23,1	7,9	63,5	12,7	29,1	5,9	3,8	1,9	33,5	17,9	57,9	28,9
4. Зазнав незначної небезпеки для життя (n=276)	22,8	7,4	62,7	12,1	28,3	5,3	3,3	1,9	30,4	17,1	59,4	31,7
5. Не зазнав небезпеки для життя (n=280)	23,8	7,9	63,2	12,6	29,8	6,2	3,1	1,9	30,1	18,2	57,1	31,0
<i>p</i> <	,01 ₂₋₅ ,05 ₁₋₅		,05 ₁₋₄		,01 ₄₋₅ ,05 _{1,3-4} ,05 ₂₋₅		,001 _{1-4,5} ,001 _{2-4,5} ,001 _{3-4,5}		,001 _{1-4,5} ,001 _{2-4,5} ,01 ₁₋₃ ,05 _{3-2,4,5}		—	

Така сама, як і у попередньому випадку, виражена пряма та статистично підтверджена залежність ($p < ,01 - ,001$) наявна й між самооцінкою респондентів ступеню погіршення під час війни стану власного здоров'я та емоційного стану, з одного боку, та кількістю в них симптомів ПТСР та соматичних скарг – з іншого (таблиці 16 та 17).

Також разом з погіршенням стану здоров'я та емоційного стану зменшується й рівень резильєнтності ($p < ,01 - ,001$). Можна ще відзначити достовірно вищий рівень самоефективності ($p < ,05 - ,001$) у підгрупах зі стабільним та позитивним емоційним станом.

Таблиця 16

Психодіагностичні результати у залежності від зміни стану здоров'я за час війни

Самооцінка зміни стану здоров'я за час війни	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Стан здоров'я істотно погіршився (<i>n</i> =130)	18,6	8,9	61,6	16,8	28,1	6,8	4,7	1,6	53,5	18,7	61,0	31,4
2. Стан здоров'я погіршився (<i>n</i> =609)	22,1	7,5	64,2	12,0	28,7	5,6	3,9	1,8	37,0	15,7	59,6	28,9
3. Стан здоров'я не змінився (<i>n</i> =490)	24,8	7,5	63,4	12,6	29,8	5,7	2,9	1,8	23,5	15,4	57,9	30,7
4. Стан здоров'я покращився/істотно покращився (<i>n</i> =28)	23,6	8,3	59,4	15,5	27,9	6,8	3,0	1,7	21,3	18,3	52,6	37,8
<i>p</i> <	,001 _{1-2,3} ,001 ₂₋₃ ,01 ₁₋₄		,05 _{1-2;2-4}		,001 ₂₋₃ ,01 ₁₋₃		,001 _{1-2,3,4} ,001 ₂₋₃		,001 _{1-2,3,4} ,001 _{2-3,4}		—	

Таблиця 17

Психодіагностичні результати у залежності від зміни емоційного стану за час війни

Самооцінка зміни емоційного стану за час війни	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Емоційний стан істотно погіршився (<i>n</i> =433)	18,9	8,1	63,4	14,0	27,7	6,3	4,7	1,6	42,5	18,7	57,7	29,3
2. Емоційний стан погіршився (<i>n</i> =657)	24,2	6,8	64,0	12,1	29,5	5,4	3,2	1,8	30,3	16,3	61,2	29,3
3. Емоційний стан не змінився (<i>n</i> =137)	27,7	6,9	61,1	12,6	30,8	5,3	1,8	1,4	20,0	14,4	49,8	33,0
4. Емоційний стан покращився/істотно покращився (<i>n</i> =130)	29,4	7,4	65,0	12,8	31,6	6,0	2,4	1,4	18,5	14,9	68,5	35,0
<i>p</i> <	,001 _{1-2,3,4} ,001 _{2-3,4}		,05 ₂₋₃		,001 _{1-2,3,4} ,01 ₂₋₃ ,05 ₂₋₄		,001 _{1-2,3,4} ,001 ₂₋₃ ,01 ₂₋₄ ,05 ₃₋₄		,001 _{1-2,3,4} ,001 _{2-3,4}		,001 ₂₋₃ ,01 _{1-3;3-4} ,05 ₁₋₄	

Однак, у найбільш тісно психодіагностичні результати виявилися взаємопов'язаними з оцінкою досліджуваними характеру змін власних життєвих перспектив внаслідок війни (таблиця 18).

Таблиця 16

Психодіагностичні результати залежно від оцінки зміни внаслідок війни життєвих перспектив

Оцінка власних життєвих перспектив на момент опитування	Психологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Життєві перспективи суттєво погіршилися (<i>n</i> =296)	18,6	8,0	62,2	14,8	26,9	6,5	4,6	1,7	41,9	20,0	53,6	30,2
2. Життєві перспективи погіршилися (<i>n</i> =423)	21,7	7,4	63,1	12,7	28,5	5,8	3,8	1,7	34,2	17,1	57,2	28,4
3. Життя відновиться на попередньому рівні, або близькому до нього (<i>n</i> =333)	25,0	7,1	64,0	12,0	30,2	5,1	3,0	1,8	28,7	16,8	60,7	29,6
4. Оцінюю свої життєві перспективи переважно оптимістично (<i>n</i> =178)	27,6	6,0	65,3	11,8	31,3	4,4	2,5	1,7	26,1	16,3	67,4	31,7
5. Оцінюю свої життєві перспективи безумовно оптимістично (<i>n</i> =27)	27,6	6,0	65,3	11,8	31,3	4,4	2,5	1,7	26,1	16,3	67,4	31,7
<i>p</i> <	,001 _{1-2,3,4,5} ,001 _{2-3,4,5} ,001 _{3-4,5} ,05 ₄₋₅		,05 _{1,2-4}		,001 _{1-2,3,4,5} ,001 _{2-3,4,5} ,001 ₃₋₅ ,01 ₄₋₅ ,05 ₃₋₄		,001 _{1-2,3,4,5} ,001 _{2-3,4,5} ,001 ₃₋₅ ,01 ₃₋₄ ,01 ₄₋₅		,001 _{1-2,3,4,5} ,001 _{2-3,4,5} ,01 ₃₋₅ ,05 ₄₋₅		,001 _{1,2-4} ,01 ₁₋₃ ,05 ₁₋₅ ,05 ₃₋₄	

Вищенаведені у таблиці результати свідчать про наявність чіткої тенденції – разом із збільшенням оптимістичності оцінки респондентами своїх життєвих перспектив в них відбувається виражене підвищення рівнів резильєнтності, професійної життєстійкості, самоефективності, посттравматичного зростання, а також різко знижується кількість симптомів ПТСР та соматичних скарг (*p* < ,05–,001).

Завершимо наш розгляд аналізом результатів психодіагностики у залежності від віку (таблиця 19) та освіти (таблиця 20) респондентів.

Психодіагностичні результати залежно від віку респондентів

Вікова група	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. 18–30 років	22,9	7,8	61,5	12,2	29,4	5,8	3,7	2,0	31,2	18,5	62,3	29,7
2. 31–40 років	22,3	7,6	62,7	13,6	28,6	6,0	3,7	1,9	34,1	19,4	57,8	30,9
3. 41–50 років	22,8	8,1	63,4	12,7	29,0	5,8	3,6	1,9	34,1	18,1	60,0	29,4
4. 51–60 років	23,1	8,2	65,2	12,4	29,2	5,5	3,4	1,8	32,1	18,4	56,9	29,1
5. 61+ років	24,4	8,4	65,7	12,5	30,5	5,9	2,9	1,7	30,4	17,4	58,3	32,3
<i>p</i> <	,05 ₂₋₅		,01 _{1-4,5} ,05 _{2-4,5}		,01 _{2,3-5}		,001 _{2,3-5} ,01 _{1-4;4-5} ,05 ₂₋₄		,05 _{2,3-5}		–	

Отже, у віковому аспекті також можна спостерігати певне підвищення з віком резильентності, професійної життєстійкості та самоефективності респондентів, а також зниження в них кількості симптомів ПТСР та соматичних скарг. Відмінності між віковими групами, що підтверджують цю тенденцію, у багатьох випадках є статистично достовірними ($p < ,05$ – $,001$).

Психодіагностичні результати залежно від рівня освіти респондентів

Освіта	Психофізіологічна стійкість		Професійна життєстійкість		Самоефективність		Кількість симптомів ПТСР		Кількість соматичних скарг		Посттравматичне зростання	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Неповна середня	23,2	10,1	57,7	20,1	27,2	7,3	3,9	2,2	41,9	27,6	59,7	37,4
2. Середня або середня спеціальна	23,0	8,5	62,7	13,8	29,2	6,3	3,8	2,0	35,3	19,2	63,4	31,0
3. Вища	22,7	7,7	64,2	12,6	29,1	5,7	3,5	1,9	32,9	18,3	58,7	29,4
4. Науковий ступінь або аспірантура	23,7	7,9	60,6	11,1	29,1	5,6	3,2	1,9	29,4	17,4	51,6	30,6
<i>p</i> <	–		,01 ₃₋₄		–		,01 ₂₋₄ ,05 ₂₋₃		,01 ₂₋₄ ,05 ₃₋₄		,01 ₂₋₄ ,05 ₂₋₃	

У групах, виділених за критерієм освіти, можна відзначити лише зниження кількості симптомів ПТСР та соматичних скарг разом із підвищенням освітнього

рівня респондентів ($p < ,05$ – $,01$), а також істотно вищий у групі респондентів з середньою або середньою спеціальною освітою рівень посттравматичного зростання ($p < ,05$ – $,001$).

За допомогою процедури множинного лінійного регресійного аналізу (forward method) для показників резильєнтності та загального рівня професійної життєстійкості було визначено найбільш тісно взаємопов'язані з ними сукупності діагностичних показників (таблиці 21 та 22).

Таблиця 21

Повна прогностична модель резильєнтності

Предиктори	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Константа)	<i>F</i> = 259,9 <i>p</i> < ,001	,56	5,64		5,66	< ,001
Самоефективність			0,71	0,52	23,70	< ,001
Кількість симптомів ПТСР			-0,79	-0,19	-8,26	< ,001
Особистісне зміцнення			0,32	0,27	8,04	< ,001
Стосунки з оточуючими			0,12	0,11	3,40	,001
Виснаження			-0,13	-0,10	-4,54	< ,001
Поцінування життя			0,09	0,09	2,52	,012

Примітка: Forward method; критерій: ймовірність *F* для включення < ,05.

Прогностична модель із резильєнтністю виявилася високоінформативною ($R = ,75$, $R^2 = ,56$). До неї ввійшли шість психодіагностичних показників, що пояснюють 56% дисперсії психофізіологічної стійкості: самоефективність, як найбільш інформативний показник, кількість симптомів ПТСР та виснаження (обидва зі зворотним знаком), а також такі три характеристики посттравматичного зростання як особистісне зміцнення, стосунки з оточуючими та поцінування життя.

Таблиця 22

Повна прогностична модель професійної життєстійкості

Предиктори	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Константа)	<i>F</i> = 188,8 <i>p</i> < ,001	,23	34,75		21,28	< ,001
Самоефективність			0,81	0,37	14,31	< ,001
Стосунки з оточуючими			0,45	0,24	9,28	< ,001

Примітка: Forward method; критерій: ймовірність *F* для включення < ,05.

Також інформативною виявилася й прогностична модель із загальним рівнем професійної життєстійкості в якості залежної змінної ($R = ,48$, $R^2 = ,23$), пояснюючи 23% дисперсії останньої. До цієї моделі, як і в попередньому випадку, на першому місці ввійшла самоефективність, а також одна з характеристик посттравматичного зростання – стосунки з оточуючими.

Змістовне наповнення двох моделей наочно засвідчують переважну важливість резильєнтності як для збереження психічного здоров'я, так і для

ефективної життєдіяльності в цілому, а професійної життєстійкості – для збереження професійного здоров'я та ефективної професійної діяльності.

1.2. Динаміка змін показників психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення під час війни

Розглянувши встановлені тенденції у показниках психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я населення через три-чотири місяці після початку війни, і які, як ми побачили можна закономірно схарактеризувати як вкрай несприятливі, розглянемо те, які зміни відбулися у вибірці респондентів, що брали участь у дослідженні в червні-липні 2022 р., ще через 7 місяців війни.

Другий етап дослідження відбувся у січні-лютому 2023 р. Тим 1224 досліджуваним, які виявили бажання отримати свої результати психодіагностики на першому етапі, і зазначили з цією метою свої електронні адреси, було надіслано запрошення взяти участь у повторному дослідженні з посиланням на відповідну Google Form. І 358 з них це зробили (258 жінок і 100 чоловіків), що становить дещо більше третини від початкової кількості.

Природне зменшення кількості респондентів, що завжди відбувається при проведенні повторних досліджень, у нашому випадку, було посилене продовженням інтенсивної дії на респондентів факторів війни у період між дослідженнями, регулярні та тривалі відключення електропостачання, в умовах яких проводився другий етап дослідження, а також те, що приблизно 10% електронних адрес за 7 місяців стали вже недійсними.

Порівняння результатів першої та другої серії досліджень досить очікувано показало, що жоден із 22 діагностичних показників, що реєструвалися, не покращився. Рівно половина з них – 11, погіршилися, і ще 11 достовірних змін не зазнали. Із основних показників, що змін не зазнали – це психофізіологічна стійкість, кількість симптомів ПТСР та соматичних скарг.

У таблиці 23 наведені показники, що достовірно погіршилися. Так знизилися шість з восьми показників професійної життєстійкості, включаючи її загальний рівень, рівень самоефективності, та три з шести показників посттравматичного зростання, включаючи загальний показник зростання. Також зріс один із чотирьох показників соматичних скарг – шлункові скарги.

Тобто можна констатувати закономірне продовження тенденції до погіршення психологічного здоров'я наших співгромадян і у другій половині першого року війни.

**Порівняння психодіагностичних результатів, отриманих у I та II
серіях дослідження**

Назва методики	Показники	Серія дослідж.	M	SD	t	p	
Опитувальник професійної життєстійкості О. Кокуна	Загальний рівень професійної життєстійкості	I	63,48	12,20	3,78	<,001	
		II	61,12	13,81			
	Професійна включеність	I	21,03	5,12	3,04	,002	
		II	20,23	5,38			
	Прийняття виклику	I	21,57	4,53	5,02	<,001	
		II	20,39	5,23			
	Емоційний компонент	I	16,50	3,79	3,25	,001	
		II	15,84	3,96			
	Мотиваційний компонент	I	17,09	3,86	3,38	,001	
		II	16,34	4,48			
	Соціальний компонент	I	14,51	3,95	3,01	,003	
		II	13,89	4,32			
	Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема	Самоефективність	I	29,03	5,87	3,65	<,001
			II	28,20	5,99		
Гісенський опитувальник соматичних скарг	Шлункові скарги	I	3,93	3,91	-2,81	,005	
		II	4,44	4,09			
Опитувальник посттравматичного зростання Тедеші та ін.	Загальний показник зростання	I	57,42	28,87	2,31	,021	
		II	54,96	28,53			
	Стосунки з оточуючими	I	11,17	6,66	4,32	<,001	
		II	10,05	6,49			
	Поцінування життя	I	12,86	6,44	2,46	,014	
		II	12,24	6,34			

Але, насправді, як ми припускаємо, результати повторного дослідження, цілком могли стати ще гіршими, оскільки причиною не участі в ньому для значної кількості респондентів могло стало як раз істотне зниження в них психічних та фізичних сил. Також слід зазначити, що названі нами тенденції є загальними, оскільки, як у першому дослідженні була частина респондентів із загалом високими показниками показників психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я, так і такі, в яких ці показники мали виражену позитивну динаміку між першою та другою серіями.

Проілюструємо це наочно у графічній формі на прикладі індивідуальних змін основних показників шести використаних в дослідженні методик (рис. 1).

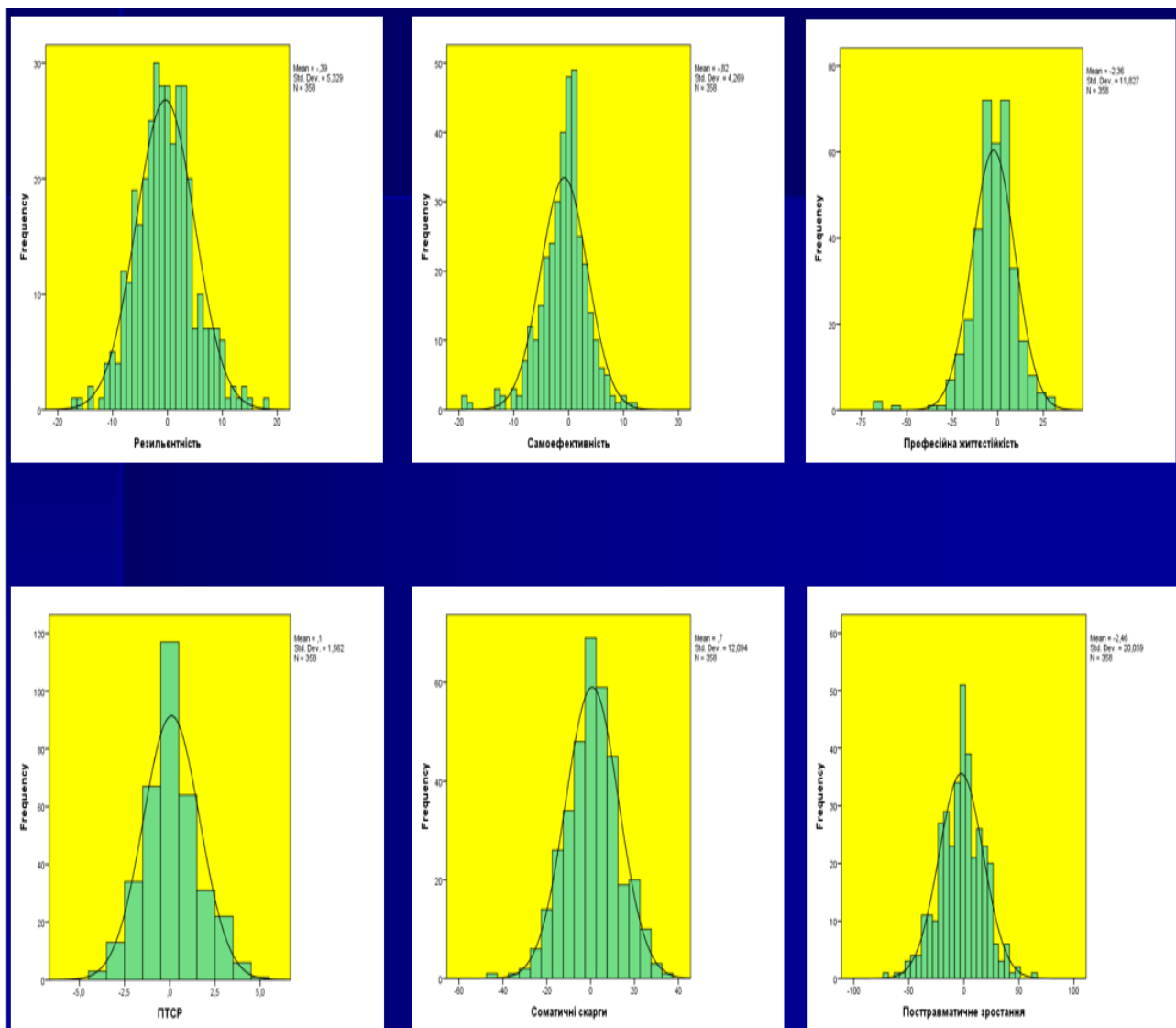


Рис. 1. Індивідуальні зміни основних психодіагностичних показників між I та II серіями дослідження

Таким чином, можна лише ще раз наголосити на пріоритетності індивідуалізованого підходу у наданні психологічної допомоги, необхідності врахування особистісних ресурсів психологічного здоров'я, зокрема таких як психофізіологічна стійкість, життєстійкість та самоефективність.

1.3. Характеристика психофізіологічної стійкості населення під час відключень електроенергії

Відмітною особливістю Російського збройного вторгнення в Україну, що почалося 24 лютого 2022 року, стало цілеспрямоване руйнування агресором енергетичної інфраструктури України через масовані ракетні обстріли та атаки дронів. Особливої активності це набуло з жовтня 2022 р., що призвело до руйнування близько 50% енергетичної системи країни. Наслідком цього стали регулярні відключення електропостачання для населення, тривалість яких складала до декількох діб.

У зв'язку з цим було проведено Всеукраїнське опитування «Як Ви адаптуєтесь до відключень електроенергії». Воно проводилося 23 – 30 листопада 2022 р., впродовж сьомого тижня після початку (з 10 жовтня 2022 р.) масованих ракетних обстрілів та атак дронами енергетичної інфраструктури України. Метою дослідження стало визначення особливостей адаптаційних реакцій населення України до регулярних відключень електропостачання.

Опитування було проведено із використанням Google Forms. В ньому взяло участь 1659 респондентів (92% жінок і 8% чоловіків) віком від 18 років зі всіх регіонів України. Залучення респондентів здійснювалося за допомогою інструментів Facebook.

Загальну інформацію про вибірку учасників дослідження наведено в таблиці 1. Слід відзначити, що жінки мають суттєве превалювання у досліджуваній вибірці, що можна пояснити їх загально більшою активністю у соціальних мережах, більшою чутливістю до теми опитування, а також значно більшою залученістю чоловіків до безпосереднього збройного протистояння ворогу далеко від своїх домівок. Однак, у даному випадку, статеві пропорційності для достовірності отриманих результатів суттєвого значення не відігравала, оскільки відповіді досліджуваних, відповідно до змісту поставлених запитань, значною мірою розповсюджувалися на всю їхню сім'ю.

Таблиця 24

Загальна характеристика вибірки учасників дослідження

№	Характеристика вибірки		n	%
1	Стать	Чоловіки	132	8%
		Жінки	1527	92%
2	Вік (роки)	18–30	336	20,3%
		31–40	469	28,3%
		41–50	335	20,2%
		51–60	300	18,1%
		61+	219	13,2%

Використаний в дослідженні опитувальник складався з 12 питань, розподілених на п'ять частин. У першій, демографічній частині (три питання) респонденти зазначали свою стать, вік та регіон. Друга частина (два закриті питання) стосувалася середньої частоти і тривалості відключень

електропостачання. Третя (три закриті питання) була присвячена використаним організаційно-технічним способам адаптації до відключень електропостачання (зміни розпорядку дня та роботи, придбання обладнання для автономного електроживлення). Четверта присвячена негативним наслідкам відключень електропостачання – впливу на самопочуття (одне закриті питання) та загальним психологічним, побутовим, фінансовим та іншим наслідкам відключень електропостачання для респондента та його сім'ї (одне відкрите питання). П'ята (два відкриті питання), пов'язана з порадами, що респонденти можуть, спираючись на власний досвід, надати іншим щодо практичного та психологічного адаптування до відключень електропостачання.

Узагальнені дані щодо середньої частоти і тривалості відключень електропостачання, що зазнавали досліджувані, наведено у таблиці 25.

Таблиця 25

Середня частота і тривалість відключень електропостачання у вибірці

№	Характеристика частоти і тривалості відключень електропостачання		n	%
1	Середня кількість відключень електропостачання на добу	Не кожного дня, або відключень не буває	126	7,6%
		1 раз на добу	142	8,6%
		2-3 рази на добу	851	51,3%
		4 і більше разів на добу	540	32,5%
2	Середня сумарна тривалість відключень електропостачання на добу	до 2 годин	53	3,2%
		2-4 години	259	15,6%
		5-8 годин	492	29,6%
		9-12 годин	461	27,8%
		Більше 12 годин	383	23,1%
		Електропостачання відсутнє	12	0,7%

Згідно до вищенаведених щодо середньої частоти відключень електропостачання результатів, лише 126 (7,6%) респондентів зазначили, що таких відключень не буває, або вони бувають не кожного дня; 142 (8,6%) вказали, що відключення відбуваються один раз на добу; 851 (51,3%) мають відключення два-три рази на добу; та у 540 (32,5%) відключення відбуваються чотири і більше разів на добу.

Середня тривалість відключень електропостачання на добу у 53 (3,2%) респондентів складала до двох годин; у 259 (15,6%) вона знаходилася в межах двох-чотирьох годин; у 492 (29,6%) – в межах п'яти-восьми годин; у 461 (27,8%) – в межах дев'яти-дванадцяти годин; у 383 (23,1%) – більше дванадцяти годин; та 12 (0,7%) зазначили, що в них електропостачання відсутнє. Окремо слід прокоментувати те, що електропостачання виявилось повністю відсутнім у 0,7%. Насправді, цей відсоток по за сумнівом був суттєво вищим, оскільки респонденти з відсутнім електропостачанням, практично не мали змоги прийняти участь у дослідженні внаслідок відсутності Інтернет-зв'язку.

Далі наведено кількісні результати щодо організаційно-технічних способів адаптації до відключень електропостачання, які використовувалися досліджуваними (таблиця 26).

Таблиця 26

Організаційно-технічні способи адаптації до відключень електропостачання

<i>Способи адаптації</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Вимушена зміна звичного розпорядку дня	1275	76,9%
Вимушена зміна розпорядку роботи	910	54,9%
Придбання обладнання для автономного електроживлення (генератор, зарядна станція тощо)	312	18,7%

Отже, переважній частині респондентів довелося вимушено використати такі способи адаптації до відключень електропостачання як зміна звичного розпорядку дня та роботи – 1275 (76,9%) довелося вимушено змінити звичний розпорядок дня, ще 910 (54,9%) вимушено змінили розпорядок роботи.

Також 312 (18,7%) зазначили, що придбали обладнання для автономного електроживлення (електрогенератор, зарядну станцію тощо). Те, що лише 18,7% респондентів придбали обладнання для автономного електроживлення пояснюється, вважаємо, не тим, що воно їм не необхідне, а зумовленими війною фінансовими труднощами та відсутністю навичок у значної кількості населення користування подібним обладнанням.

Зокрема, у нашому попередньому дослідженні (Кокун, 2023; Кокун, 2022) було встановлено, що більш ніж у 80% населення України в результаті війни істотно погіршилося матеріальне становище. Також вважаємо, що цей відсоток (18,7%) у подальшому (з моменту проведення дослідження 23 – 30 листопада 2022 р.) продовжував зростати, оскільки необхідність для населення забезпечити себе джерелами автономного живлення лише посилювалася внаслідок продовжуваних російських обстрілів. Також цьому мало ефективно сприяти скасування Кабінетом Міністрів України мита та ПДВ на імпорт акумуляторів, генераторів, обігрівачів та інших товарів для енергетики.

У таблиці 27 наведено дані щодо поширеності і ступеню вияву серед населення такого найбільш розповсюдженого негативного наслідку відключень електропостачання як погіршення самопочуття.

Таблиця 27

Вплив на самопочуття населення відключень електропостачання

<i>Вплив на самопочуття</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Самопочуття не змінилося	530	31,9%
Самопочуття дещо погіршилося	554	33,4%
Самопочуття погіршилося	300	18,1%
Самопочуття істотно погіршилося	275	16,5%

Згідно до вищенаведених у таблиці результатів, самопочуття внаслідок відключень електропостачання не змінилося у 530 (31,9%) респондентів; 554

(33,4%) вказали, що самопочуття в них дещо погіршилося; 300 (18,1%) – що самопочуття погіршилося; та 275 (16,5%) – що самопочуття істотно погіршилося.

Кореляційні зв'язки (за Спірменом) показника погіршення самопочуття з частотою та тривалістю відключень електропостачання, а також з віком наведені у таблиці 28.

Таблиця 28

Кореляційні зв'язки показника погіршення самопочуття з частотою і тривалістю відключень електропостачання, та з віком

<i>Показники</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1. Погіршення самопочуття	–		
2. Частота відключень електропостачання	0.21***	–	
3. Тривалість відключень електропостачання	0.30***	0.28**	–
4. Вік	–0.06**	–0.05*	–0.01

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Отримані дані свідчать, що частота та тривалість відключень електропостачання достовірно пов'язані з погіршенням самопочуття внаслідок таких відключень ($r = .21-.30$; $p < .001$). З віком погіршення самопочуття виявилось пов'язано дуже слабо ($r = -.06$). Також зазначимо, що наведені в таблиці показники достовірно у респондентів-чоловіків та жінок не відрізняються ($p > .05$).

Узагальнення найчастіше названих наслідків відключень електропостачання для респондентів (траплялися у не менше, ніж у 30% відповідей), дозволило виділити **чотири групи негативних наслідків для респондентів та їхніх сімей**: побутові, професійні та навчальні, фінансові, а також психологічні.

Основними *побутовими* наслідками відключень електропостачання стали: відсутність опалення, водопостачання, псування продуктів в холодильнику, непрацюючі ліфти в багатоповерхівках, неможливість приготувати їжу у будинка з електроплитами, неможливість планування свого життєвого розпорядку, відсутність телефонного та Інтернет-зв'язку з близькими.

Професійні та навчальні наслідки полягають у неможливості працювати та вчитися для людей, які працюють та вчаться дистанційно.

Серед негативних *фінансових* наслідків можна назвати вимушені витрати на придбання приладів автономного електроживлення, освітлення та палива, вихід з ладу електроприладів.

В якості основних несприятливих *психологічних* наслідків відключень електропостачання відчутного прояву набули порушення сну, депресивні тенденції, підвищення дратівливості та агресивності.

Узагальнення порад респондентів співгромадянам з власного досвіду щодо **практичного адаптування** до відключень електропостачання дозволило до основних з них віднести: придбання приладів автономного електроживлення, опалення та освітлення, створення запасів води та їжі, що не

потребує термообробки, наявність продуманого плану дій, як на час відключення електропостачання, так і під час його включення.

Для прикладу нижче наведемо найбільш характерні практичні поради:

«Купити генератор».

«Автономні джерела електроенергії».

«Купити акумулятор та інвертор».

«Притягти додому автомобільний акумулятор і підключили перетворювач напруги. Можна заряджати телефони та підключити переносну або настільну лампу».

«Заряджені постійно всі пристрої. Як тільки світло вимикають, то вимкнути з мережі усі електроприлади, щоб вони пережили перепад електроструму, коли світло увімкнуть».

«Свічки, ліхтар».

«Термос для гарячої води, павербанки, батарейки, свічки, опорні свічки».

«Запастися акумуляторними кемпінговими ліхтарями».

«Термос з кип'ятком, теплий одяг, павербанк, свічки, ліхтарик».

«Підготуватися наперед. Запас води, їжі, яка не потребує приготування, теплий одяг, утеплення житла, ліхтарика (свічки не економно), термоси. Наготові теплі речі. Під рукою настільні ігри, книги».

«У нас ліхтар працює від автомобільного акумулятора. І думайте, думайте наперед. Продумуйте всі ситуації. Ми продумали все. Але забули що за відсутності світла не працюватиме зв'язок, інтернет. Потрібно радіо на батарейках».

«Нагрівайте на газу ємкість з водою – це допоможе зберегти тепло в оселі».

«Підлаштувати режим життя до відключень».

«План дій дуже виручає. У нас і по півтора дня не було електрики. У мене є завжди список дій з назвою «коли з'явиться світло» і «коли з'явиться інтернет». Бо такої роботи назбирується багато, потім важко згадати. Також відразу зробити наперед те, що можна».

Основними порадами респондентів щодо *психологічного адаптування* до відключень електропостачання стали: знайти цікаві та корисні заняття на час відключення електропостачання (саморозвиток, самоосвіта, хобі, господарська робота в домі, фізичні вправи).

Нижче наведемо приклади/цитати щодо порад психологічного плану:

«Сприймати як так і повинно бути, з розумінням».

«Терпіння, терпіння, терпіння».

«Не панікувати, спілкуватися з тими, хто поряд».

«Сприймати все спокійно, адже це не на завжди».

«Знайдіть собі яесьь заняття!».

«Знайти цікаві заняття на час відключення електропостачання».

«Прибирання, читання книг».

«Зайнятися саморозвитком».

«Книги та самоосвіта загалом; фізична робота на відкритому повітрі».

«Зайти яесьь хобі».

«Ходити в гості, читати і перечитувати улюблені книги, більше уваги близьким, прогулянки на свіжому повітрі, спілкування, зайнятися улюбленою справою».

«Пам'ятайте, завжди за чорною смугою іде біла. Колись світло з'явиться. Займіться справами, які довго відкладали, бо не було коли. Поспілкуйтесь із рідними, прогуляйтесь».

«Подумати про те, що є люди, яким набагато гірше».

«Відчуття найшвидшої ПЕРЕМОГИ».

«Вірити в перемогу!».

Окремо, на наш погляд, слід відзначити, що більш, ніж 50% респондентів при відповідях на відкриті питання висловили думки, що вони завжди пам'ятають, що українським військовослужбовцям, які їх захищають і знаходяться в зоні бойових дій, набагато важче, ніж їм, і що вони готові перетерпіти викликані війною труднощі заради перемоги України у цій війні.

Проілюструємо це найбільш типовими висловлюваннями опитаних:

«Розуміти, що нашим воїнам в 10000 разів важче там, на передових, ніж нам тут без світла. Потрібно адаптуватися до теперішньої ситуації».

«Завжди пам'ятати про хлопців в окопах».

«Все тече, все минеться. Головне – в мир в країні та родині».

«Побутові проблеми ми переживемо. Все нормально. Швидше б перемога».

«Згорить холодильник))) але то фігня, аби перемога скоріше настала».

«Ніяких проблем в мене, хлопцям на фронті набагато важче».

«Ніяких наслідків, ми готові і вистоїмо!».

«Жодних питань, є розуміння – це війна».

«Терпіти і пам'ятати, що воїнам набагато складніше».

«Думаю про те, що нашим воїнам важче».

«Я розумію що в країні війна, я розумію, що важливо, що електроенергію вмикають хоч щоб можна зарядити телефони, погрітися тощо. Дай Боже, щоб не гірше, добре що так є. Головне, щоб без раші».

«Все це тимчасово. Скоро перемога. Всі ми повернемося до звичного нам життя».

«Відключення можна пережити, а не окупацію України. Україна – вільна країна!».

«В данной ситуации верить в Победу, верить ЗСУ, верить Президенту, верить Залужному».

«Все буде добре! Ми переможемо!».

1.4. Узагальнена характеристика психофізіологічної стійкості та психологічного здоров'я дорослого населення України під час війни

Проведені під час війни дослідження показали, що переважна більшість населення має пов'язаний із війною особистий життєвий досвід, (від вимушеного переїзду з постійного місця перебування до особистої участі у бойових діях). У великій кількості відбулися під час війни вимушені негативні професійні зміни. У тому числі й втрата місця роботи без наявної можливості знайти нову. Також у переважній більшості населення погіршилося або істотно погіршилося матеріальне становище. Значна частина зазнала різного ступеню ушкодження під час війни власного житла. Переважна більшість відзначає суттєве погіршення стану здоров'я, емоційного стану та життєвих перспектив.

За результатами психодіагностики встановлено, що для чоловіків властивий достовірно вищий рівень резильєнтності, менша вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу та соматичних скарг (крім шлункових). У жінок вищим є загальний рівень професійної життєстійкості та шість з семи його складових/компонентів (крім прийняття виклику), а також загальний показник та п'ять складових /посттравматичного зростання.

Загальний аналіз результатів психодіагностики свідчить про суттєво знижений в досліджуваній вибірці рівень резильєнтності та самоефективності у порівнянні з результатами досліджень довоєнного часу. Також у респондентів наявний виражений прояв ознак ПТСР та соматичних скарг. Зокрема, близько 50% мають результати, які вказують на ймовірність у них діагнозу ПТСР. Серед показників посттравматичного зростання найбільш виражені зміни у респондентів відбулися за шкалою поцінування життя. А серед трьох складових професійної життєстійкості зафіксоване переважання прийняття виклику над контролем і включеністю, що у мирний час було властиво лише для військовослужбовців.

Аналіз результатів психодіагностики у підгрупах, виділених у залежності від ступеню впливу різних негативних обставин та подій воєнного часу показав, що група респондентів з «діяльним» досвідом під час війни (особиста участь у бойових діях та іншій діяльності в зоні бойових дій, несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур, та волонтерська робота) має істотно вищий рівень резильєнтності, професійної життєстійкості та самоефективності, порівняно з групою з «пасивним» досвідом (перебування на окупованих територіях, вимушений переїзд за кордон чи у межах України, місце перебування залишилося без змін). І навпаки, у другій групі, порівняно з першою, наявні істотно більш виражені симптоми ПТСР та соматичні скарги.

Найвищий рівень посттравматичного зростання зафіксовано у підгрупі респондентів з досвідом несення служби під час війни в складі ЗСУ, ТрО, силових структур тощо. На другому місці за посттравматичним зростанням знаходиться підгрупа з досвідом волонтерської роботи.

Для підгрупи з відсутністю вимушених професійних змін під час війни властивими є істотно вищі показники резильєнтності та самоефективності порівняно з підгрупою, яка втратила місце своєї роботи без можливості знайти

нову. Також досліджувані з відсутністю вимушених професійних змін мають й достовірно нижчу, ніж інші, кількість симптомів ПТСР. А підгрупа, яка втратила місце своєї роботи, характеризується істотно вищою кількістю соматичних скарг, порівняно з тими, в кого вимушених професійних змін не відбулося, або з тими, які вимушено перешли на іншу роботу чи посаду.

Встановлено, що кількість симптомів ПТСР та соматичних скарг респондентів знаходиться у прямій залежності від ступеню небезпеки для життя, що зазнали вони під час війни, а також погіршення у них стану здоров'я та емоційного стану. Також встановлено наявність стійкої тенденції, яка полягає у суттєвому погіршенні, разом із ступенем погіршення матеріального статусу респондентів, резильєнтності та самоефективності, а також у зростанні в них кількості симптомів ПТСР та соматичних скарг. Рівень резильєнтності досліджуваних також погіршується пропорційно до погіршення в них стану здоров'я та емоційного стану.

З іншого боку, встановлено і стійку позитивну тенденцію, яка полягає у тому, що підвищення оптимістичності оцінки респондентами своїх життєвих перспектив тісно взаємопов'язане з підвищенням в них рівнів резильєнтності, професійної життєстійкості, самоефективності, посттравматичного зростання, а також різкого зниження кількості симптомів ПТСР та соматичних скарг. Також слід відзначити, що у досліджуваних, житло яких під час війни ушкоджень не зазнало, властивим є вищий за підгрупи з різним ступенем ушкодження житла рівень резильєнтності, а також нижчий прояв симптомів ПТСР та соматичних скарг.

Визначено, що група респондентів, у яких хтось із близьких отримав поранення чи інші фізичні ушкодження, з одного боку має достовірно вищі рівні професійної життєстійкості, самоефективності та посттравматичного зростання, а з іншого – також і порівняно вищу кількість симптомів ПТСР. Група досліджуваних, в яких внаслідок війни загинув хтось із близьких, досить закономірно вирізняється більшою кількістю симптомів ПТСР та соматичних скарг. У віковому аспекті спостерігається певне підвищення, зі збільшенням віку, резильєнтності, професійної життєстійкості та самоефективності респондентів, а також зниження в них кількості симптомів ПТСР та соматичних скарг. У групах, виділених за критерієм освіти, можна відзначити зниження кількості симптомів ПТСР та соматичних скарг разом із підвищенням освітнього рівня респондентів.

Отримані результати засвідчили виключну важливість психофізіологічної стійкості/резильєнтності, як для збереження психічного здоров'я наших співгромадян, так і для їх ефективної життєдіяльності в цілому, а професійної життєстійкості – для збереження професійного здоров'я та ефективної професійної діяльності.

У повторному дослідженні, що проводилося через рік після початку війни, встановлено продовження існування вираженої тенденції до погіршення психологічного здоров'я наших співгромадян.

Поза сумнівом, одним із потужних чинників цього стало цілеспрямоване руйнування агресором енергетичної інфраструктури України масованими

ракетними обстрілами та атаками дронів. Найбільш активно ця терористична тактика застосовувалася з жовтня 2022 р. по лютий 2023 р., що призвело до руйнування близько 50% енергетичної системи країни та регулярних відключень електропостачання для населення.

Проведене у зв'язку з цим Всеукраїнське опитування «*Як Ви адаптуєтесь до відключень електроенергії*» було спрямоване на визначення особливостей адаптаційних реакцій населення України до регулярних та тривалих відключень електропостачання. Отримані нами у ході всеукраїнського опитування дані показали, що переважна частина респондентів була вимушена використати такі способи адаптації до відключень електропостачання як зміна звичного розпорядку дня та роботи, а також придбання обладнання для автономного електроживлення. У переважній більшості такі відключення призводили до погіршення самопочуття. При цьому, ступінь цього погіршення самопочуття мало пряму залежність від частоти та тривалості відключень. Крім погіршення самопочуття, відключення електропостачання також призвели до широкого спектру негативних побутових, професійних, навчальних, фінансових та психологічних наслідків для респондентів та членів їхніх сімей.

Респонденти, спираючись на власний досвід, надали співгромадянам широкий спектр рекомендацій щодо практичного та психологічного адаптування до відключень електропостачання. Основними порадами щодо *практичного адаптування* до відключень електропостачання стали: придбання приладів автономного електроживлення, опалення та освітлення, створення запасів води та їжі, що не потребує термообробки, наявність продуманого плану дій, як на час відключення електропостачання, так і під час його включення. Основні поради щодо *психологічного адаптування* зосереджені на винайденні цікавих та корисних занять на час відключення електропостачання (саморозвиток, самоосвіта, хобі, господарська робота в домі, фізичні вправи).

Одним із найважливіших способів психологічного адаптування, на думку більшості респондентів, має бути віра в Перемогу України над ворогом. А загалом, важливою складовою висловлених респондентами психологічних порад можна вважати ствердження необхідності зважати на те, що військовослужбовцям, які їх захищають і знаходяться в зоні бойових дій, набагато важче, ніж ним, і що вони готові перетерпіти викликані війною труднощі заради перемоги України у цій війні.

Розділ 2.

Загальні підходи до забезпечення психофізіологічної стійкості людини під час війни

2.1. Значення психофізіологічної стійкості для життєдіяльності людини

Проведений нами аналіз сучасної наукової та науково-методичної літератури засвідчив виключно важливе значення психофізіологічної стійкості для різних сфер життєдіяльності людини. Нижче наведемо основні позиції, щодо яких психофізіологічна стійкість справляє виражений сприятливий ефект.

Опірність до стресу. Психофізіологічна стійкість дозволяє людині ефективно протистояти стресовим ситуаціям. Люди з високим рівнем стійкості можуть краще управляти своїми емоціями та приймати обґрунтовані рішення у складних ситуаціях.

Сприяння психологічному здоров'ю. Психофізіологічна стійкість безпосередньо пов'язана з психологічним здоров'ям, адже люди, які можуть ефективно управляти стресом, мають меншу ймовірність розвитку депресії, тривожності, ПТСР та інших психічних порушень.

Підтримка фізичного здоров'я. Позитивний вплив психофізіологічної стійкості на фізичне здоров'я зумовлюється тим, що краща здатність людини до долання стресу позитивно впливає на функціонування організму.

Ефективна адаптація до змін. Психофізіологічна стійкість дозволяє людині ефективніше адаптуватися до змін в навколишньому середовищі. Люди з високою стійкістю здатні швидше знаходити нові шляхи розвитку та пристосовуватися до нових умов.

Пришвидшення відновлення після травм. Психофізіологічна стійкість сприяє відновленню після травмивних подій чи втрат. Люди з високим рівнем стійкості можуть краще адаптуватися до нових умов і швидше відновлювати своє психологічне благополуччя та фізичне здоров'я.

Зниження ризику емоційного вигорання. Високий рівень психофізіологічної стійкості слугує природним захистом від емоційного вигорання та виснаження. Люди, які здатні ефективно керувати стресом, менше схильні до вигорання на роботі та в особистому житті.

Підвищення продуктивності діяльності. Психофізіологічна стійкість сприяє підвищенню продуктивності роботи та навчання, адже люди з гарною стійкістю краще справляються з викликами та концентруються на досягненні поставлених цілей.

Покращення якості прийняття рішень. Люди з високим рівнем психофізіологічної стійкості здатні до розгляду більшої кількості альтернативних варіантів та знаходження оптимальних шляхів вирішення проблем у складних ситуаціях.

Підвищення рівня самосвідомості. Встановлено, що стійкі люди мають вищий рівень самосвідомості, що дозволяє їм краще розуміти свої емоції та реакції на стресові ситуації. Це сприяє кращій саморегуляції та управлінню емоціями.

Стимулювання творчості. Стимулювання здатності людини до творчості та інновацій засновується на тому, що люди, які дивляться на труднощі як на можливість для свого зростання та навчання, часто розвивають нові ідеї та знаходять ефективні шляхи вирішення проблем.

Сприяння саморозвитку. Люди із високою стійкістю більш наполегливо працюють над саморозвитком та самовдосконаленням (навчання на основі набутого досвіду, аналіз труднощів та пошук нових можливостей для особистісного зростання).

Прояв лідерських якостей. Стійкі люди часто стають сильними лідерами. Їхня здатність ефективно реагувати на стресові ситуації та мотивувати інших допомагає будувати ефективні команди та сприяє розвитку лідерства.

Підтримка відносин. Важливість психофізіологічної стійкості для міцних міжособистісних відносин зумовлюється тим, що люди, які можуть адаптуватися до труднощів, краще розуміють і сприймають інших.

Стабільність в особистому житті. Психофізіологічна стійкість сприяє стабільності в особистому житті, оскільки забезпечує кращі можливості для знаходження оптимальних рішень для вирішення проблем, що виникають в родині чи особистих відносинах.

2.2. Загальні чинники психофізіологічної стійкості людини

Загалом, рівень психофізіологічної стійкості особистості зумовлюється такими психосоціальними чинниками, як позитивні емоції, моральна мужність, цілеспрямоване подолання, когнітивна гнучкість, здатність регулювати емоції, мету або місію, увага до фізичного здоров'я, високий рівень позитивної соціальної підтримки (Кокун & Мельничук, 2023).

Серед дій, що є першочергово необхідними для збереження та посилення психофізіологічної стійкості, виділяються наступні: прийняти, що зміни є частиною життя; дивитися на все в перспективі; пам'ятати про хороші речі в житті; проводити практику усвідомленості; піклуватись про фізичне здоров'я; зосередитися на позитивних очікуваннях; визначити ресурси; підтримувати зв'язки; допомагати іншим; шукати можливості та помічників (Чернобровкін та Морозова, 2021).

Специфічно психологічними чинниками розвитку психофізіологічної стійкості є націленість життя на певну мету, почуття узгодженості життя, перевага позитивних емоцій, оптимізм, висока адекватна самооцінка, активний копінг, самоефективність, наявність соціальної підтримки та спроможність звертатись за підтримкою до інших, когнітивна гнучкість, висока духовність особистості (Грішин, 2021).

Зарубіжними фахівцями виділяються такі основні чинники психофізіологічної стійкості:

- турботливі стосунки всередині та поза сім'єю, які створюють любов і довіру, є прикладом для наслідування, заохочують і заспокоюють;
- здатність складати реалістичні плани та реалізовувати їх;
- впевненість у собі;
- комунікативні навички та навички вирішення проблем;
- здатність керувати емоціями (Кокун та ін., 2022).

Серед істотних супутніх для успішного резилієнсу аспектів виділяють:

- ефективне планування часу;
- схильність до оптимізму;
- вміння розслаблятися;
- розуміння своїх емоцій;
- самоконтроль і позитивний настрій;
- регулярні прогулянки на природі (Melnychuk та ін., 2022).

Більш деталізоване представлення чинників, що сприяють психофізіологічній стійкості (Кокун & Мельничук, 2023), дозволяє їх розподілити за трьома рівнями.

Чинники індивідуального рівня

• *Позитивний копінг.* Процес подолання складних обставин, спрямування зусиль на вирішення особистих і міжособистісних проблем, а також прагнення зменшити або обмежити стрес чи конфлікт, включаючи активний/прагматичний, проблемно орієнтований та духовний підходи до подолання.

• *Позитивне мислення.* Обробка інформації, застосування знань і зміна уподобань через реструктуризацію, позитивне переосмислення (рефреймінг), знайдення виходу з ситуації, гнучкість, переоцінку, перефокусування, позитивні очікування, позитивний світогляд та психологічну підготовку.

• *Реалізм.* Реалістичне опанування можливим, наявність реалістичних очікувань, самооцінки та самоцінності, впевненість, самоефективність, відчуття контролю та прийняття того, що знаходиться поза контролем або не може бути зміненим.

• *Позитивні прагнення.* Стан ентузіазму, активності та жвавості, включаючи позитивні емоції, оптимізм, почуття гумору (в тому числі під час стресу чи життєвого виклику), надію та гнучкість щодо змін.

• *Контроль поведінки.* Процес моніторингу, оцінки та корегування емоційних реакцій для досягнення мети (тобто саморегуляції, самоуправління, самовдосконалення).

• *Фізична підготовка.* Фізична здатність ефективно функціонувати в різних життєвих сферах.

• *Альтруїзм.* Безкорислива турбота про благо інших, мотивація допомагати без очікування винагороди.

Чинники сімейного рівня

- *Емоційні зв'язки.* Емоційні зв'язки між членами сім'ї, включаючи спільний відпочинок та дозвілля.
- *Близькість.* Любов, близькість, відданість.
- *Підтримка.* Усвідомлення доступності підтримки в сім'ї, включаючи емоційну, матеріальну, інструментальну, інформаційну та духовну підтримку.
- *Комунікація.* Обмін думками чи інформацією, включаючи вирішення проблем та управління відносинами.
- *Виховання.* Батьківські навички.
- *Адаптивність.* Легкість адаптації до соціальних, економічних чи професійних змін, включаючи гнучкість ролей у сім'ї.

Чинники рівня робочого колективу/команди

- *Позитивний психологічний клімат.* Сприяння взаємодії всередині колективу, формування відчуття гордості за виконувану місію, лідерство, позитивне рольове моделювання, впровадження корпоративної політики.
- *Командна робота.* Координація роботи між членами команди (включаючи гнучкість).
- *Згуртованість.* Здатність команди виконувати комбіновані дії; згуртованість її членів у підтримці один одного та задачі, що виконується.

Суспільні чинники

- *Приналежність.* Інтеграція, дружба, включаючи участь у духовних/конфесійних організаціях, протоколах, церемоніях, соціальних службах, школах тощо.
- *Згуртованість.* Узи, які об'єднують людей у спільноті, включаючи спільні цінності та міжособистісну приналежність.
- *Зв'язаність.* Якість і кількість зв'язків з іншими людьми в громаді; включає зв'язки з місцем або людьми цього місця; різні її аспекти включають прихильність, структуру, ролі, відповідальність та спілкування.
- *Колективна ефективність.* Уявлення членів групи про здатність групи працювати разом.

2.3. Основні способи та стратегії підвищення рівня психофізіологічної стійкості цивільного населення в умовах війни

Війна вважається найбільш травматичним для фізичного та психологічного здоров'я населення чинником (Агаєв et al., 2014; Johnson та ін., 2022; Murray та ін., 2002). Воєнні дії справляють на цивільне населення виражений травматичний вплив внаслідок спричиненої цими діями надзвичайного насилля, терористичних атак, викрадень, розтавань з сім'єю, тортур та вимушеної міграції (Borho та ін., 2022; Shoib та ін., 2022).

Аналіз змісту, значення та чинників психофізіологічної стійкості, разом із урахуванням специфіки умов та стресового впливу воєнного часу, надав можливість окреслити основні **способи та стратегії підвищення рівня психофізіологічної стійкості цивільного населення в умовах війни.**

• *Розвиток навичок ефективного управління доступними ресурсами* (вода, їжа, медикаменти). Важливим є набуття вміння розподіляти наявні запаси, визначати речі першої необхідності, визначати альтернативні джерела існування, а також набуття базових медичних навичок.

• *Підвищення готовності до несподіваних та надзвичайних ситуацій*. Може полягати у підготовці комплектів речей, необхідних у таких ситуаціях, визначенні безпечних місць, розробці планів оперативного переміщення.

• *Розвиток винахідливості та навичок до прийняття швидких і ефективних рішень у кризових ситуаціях*. Зокрема, навичок швидкої оцінки ризиків, визначення найдоцільнішого плану дій, здатності оперативно адаптувати наявні плани відповідно до мінливих обставин. Здатність до творчого розв'язання наявних проблем дозволяє знаходити інноваційні рішення різних викликів. Це може виявлятися у перепрофілюванні предметів, адаптації інструментів для нових цілей або створення імпровізованих рішень.

• *Розвиток навичок шанобливого спілкування, ефективної комунікації та переговорів*, які є життєво важливими для попередження та вирішення конфліктів, як міжособистісних, так і всередині спільноти.

• *Набуття вміння побудови мереж та союзів з окремими особами та групами*. Це може забезпечити не лише необхідну емоційну підтримку, але й додаткові ресурси та інформацію, які сприяють стійкості.

• *Розвиток навичок адаптації до нового середовища при вимушених переміщеннях* (пошуку тимчасового житла, інтеграції в приймаючі громади, опануванні культурних нюансів, а також необхідних юридичних та адміністративних аспектів).

• *Підвищення здатності справлятися з психологічними травмами*. Може, полягати у зверненні за підтримкою до фахівців із психічного здоров'я чи груп психосоціальної підтримки, зокрема, тих, що пропонуються гуманітарними організаціями чи місцевими ініціативами.

• *Опанування методів саморегуляції, оздоровлення та духовних практик* (медитативні та дихальні практики, мантротерапія, звукотерапія тощо).

• *Культивування почуття надії та оптимізму*. Зокрема, може полягати у зосередженні на позитивних аспектах дійсності, постановці позитивних цілей, формуванні стійкого уявлення про краще майбутнє.

• *Розвиток почуття гумору*. Збереження почуття гумору навіть у складних обставинах є важливим захисним психологічним механізмом. Сміх позитивно впливає на настрій і може допомогти людям краще зорієнтуватися в складних ситуаціях.

• *Опанування навичок тайм-менеджменту*, спрямованих на визначення пріоритетності завдань, постановки реалістичних цілей та ефективного керування своїм часом.

• *Підтримка гарної фізичної форми*. Регулярні фізичні навантаження забезпечують не лише покращення фізичного стану, але й позитивно впливають на психічне здоров'я, зменшуючи негативні наслідки стресу і сприяючи психічній та фізичній витривалості.

- *Застосування методів психологічного дистанціювання*, що допомагають людям впоратися з емоційним тиском війни. Вони, наприклад, можуть полягати у розділенні власних емоцій, спрямованому на зосередженні на нагальних потребах виживання.

- *Розвиток здатності до уникнення непотрібної уваги*, що особливо важливим є у зонах підвищеної особиста небезпеки.

- *Набуття навичок маскуванню та мімікрії*. У ситуаціях загрози щодо особистої безпеки у нагоді можуть стати певні стратегії маскуванню або «зливання» з навколишнім середовищем.

- *Використання засобів освіти для розширення власних можливостей*. Додаткова освіта, навіть неформальна, може розвинути здатність до критичного та нешаблонного мислення, навичок доступу до важливої інформації, що сприяє підвищенню особистої психофізіологічної стійкості.

- *Волонтерство та допомога іншим*. Активна участь у волонтерській роботі чи допомога іншим людям дозволяє отримати відчуття мети, набутти додаткових соціальних зв'язків та підвищити особисту стійкість через відчуття потрібності та внеску у спільну справу.

Отже, здатність поєднувати вищенаведені способи та стратегії, адаптуючись до мінливих умов воєнного часу та ефективно використовуючи наявні ресурси, відіграє вирішальне значення для підтримки психофізіологічної стійкості людини в умовах війни.

2.4. Технологія забезпечення психофізіологічної стійкості різних верств населення України в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення

На основі викладених вище результатів емпіричних досліджень та здійсненого теоретичного аналізу, *забезпечення психофізіологічної стійкості різних верств населення України в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення* можна розуміти як систему взаємопов'язаних та послідовних заходів, спрямованих на сприяння підвищенню такої стійкості населення на **трьох рівнях**: на рівні *держави*, на рівні *певної спільноти чи організації*, а також на *індивідуальному* рівні.

1. *На рівні держави* може бути передбачено:

1) *запровадження комплексу діагностичних та інших заходів*, спрямованих на постійний збір та аналіз інформації щодо наявного рівня психологічного здоров'я різних верств населення, ступеню їх потреби у психологічній допомозі та підвищенні психофізіологічної стійкості;

2) *запровадження комплексу психоедукаційних заходів*, спрямованих на розробку та поширення (через освітні організації, соціальні служби, органи державного управління, засоби масової інформації, соціальні мережі, Інтернет-сайти тощо) психоедукаційних матеріалів для різних верств населення щодо ефективних та доступних для самостійного опанування засобів підвищення рівня психофізіологічної стійкості;

3) визначення наявного ресурсу фахівців та організація підготовки додатково необхідної кількості фахівців для здійснення практичної роботи, спрямованої на надання психологічної допомоги різним верствам населення щодо підвищення рівня їх психофізіологічної стійкості;

4) організація практичної роботи, спрямованої на надання безпосередньої психологічної допомоги різним верствам населення щодо підвищення рівня їх психофізіологічної стійкості (реорганізація чи створення відповідних діагностично-консультаційних центрів, забезпечення їх необхідними ресурсами для ефективної діяльності);

5) розробка та затвердження стандартизованого комплексу психодіагностичного інструментарію та норм для визначення рівня психофізіологічної стійкості різних верств населення; створення загальнодержавного психодіагностичного порталу для забезпечення можливостей дистанційної самостійної діагностики з автоматичним отриманням індивідуальних діагностичних результатів, висновків та відповідних рекомендацій щодо підвищення психофізіологічної стійкості.

2. На рівні певної спільноти чи організації можуть бути запроваджені:

1) початкова діагностика рівня психофізіологічної стійкості своїх членів та співробітників, визначення ступеню індивідуальної потреби у її розвитку;

2) організація психоедукаційних та тренінгових заходів, груп самопомоги, спрямованих на підвищення рівня психофізіологічної стійкості членів та співробітників спільноти чи організації;

3) моніторинг рівня психофізіологічної стійкості членів та співробітників певної спільноти чи організації з метою забезпечення підтримки її оптимального рівня.

3. На індивідуальному рівні кожна людина може:

1) здійснити самодіагностику та самооцінювання рівня власної психофізіологічної стійкості та визначити ті її компоненти, що потребують розвитку;

2) визначити перелік необхідних для цього вправ, дій, заходів, спрямованих на підвищення рівня своєї психофізіологічної стійкості; скласти план щодо втілення у життя цього переліку, і самостійно, або за допомогою фахівців, цей план здійснювати;

3) постійно контролювати рівень власної психофізіологічної стійкості, передбачати чинники, що можуть на нього негативно вплинути, завчасно вживати відповідних профілактичних заходів.

Достатньо докладний перелік практичних заходів, що може бути ефективно застосовано на всіх трьох рівнях, наведено у попередньому параграфі щодо основних способів та стратегій підвищення рівня психофізіологічної стійкості цивільного населення в умовах війни. Діагностичну складову цієї роботи значною мірою розкрито у наших методичних рекомендаціях (Кокун, 2024).

Розділ 3.

Психологічна підтримка українських біженців: теоретико-методологічні та практичні підходи

3.1. Розуміння особливостей психологічного стану біженців крізь призму соціально-психологічних проблем

Психологічна допомога біженцям з на теренах Європейського Союзу триває вже багато років. Типовим прикладом є Польща – одна з тих країн, яка приймає біженців зі Сходу або є для них транзитною країною, через яку вони продовжують свій шлях до інших країн європейської спільноти. Починаючи з Другої світової війни до Польщі прибували біженці з Афганістану, Білорусії, Вірменії, Грузії, Ефіопії, Ємену, Інгушетії, Іраку (курди), Ірану, Конго, Сирії, Сомалі, Судану, Таджикистану, Чечні, Шрі-Ланки та інших країн. Ці люди шукали захисту переважно від військових конфліктів, бідності та політичних переслідувань з боку авторитарних режимів своїх держав.

У 2021 році державна статистика Польщі зафіксувала кілька тисяч людей, що шукали притулку з Афганістану. Вони прибували через кордон з Республікою Білорусь. Долаючи складний шлях біженства – ці знедолені люди провели багато днів у білоруських лісах, пережили травмуючі події на кордоні та відчували себе відкинутими суспільством. Проте найбільшу кількість біженців Польща почала приймати в кінці лютого 2022 року, коли в Україні почалося широкомасштабне вторгнення російських військ. Тоді мільйони українських жінок і дітей в пошуку безпеки прямували до сусідньої країни – Польщі. Польські лікарі та психологи зіткнулися з великою кількістю запитів медичної і психологічної допомоги. Біженці часто скаржилися на проблеми зі здоров'ям: в'ялість, головні болі, безсоння, хронічну втому, нудоту, мігрені, задишку, плункові та остеофізичні болі.

Подібні проблеми раніше спостерігались у біженців зі Сходу. Науковці, що тривалий час працювали з мігрантами та біженцями (Achotegui, 2002, 2005, 2014, 2018; Diaz-Cuellar at al., 2009; Roberts at al., 2022), звернули увагу на те, що після відвідування лікарів потерпілі люди продовжували далі хворіти. Дослідники намагалися зрозуміти і виявити джерело цих страждань та знайти способи зцілення. Дослідження Achotegui (2002), пов'язане з розумінням культурної та ситуаційної реакції біженців, дозволило вперше виділити особливості їх психологічного стану, який було названо *синдромом Улісса*.

Синдром Улісса – це синдром хронічного та множинного стресу іммігранта, що проявляється як нетиповий набір депресивних, тривожних, дисоціативних та соматоформних симптомів, які виникають у результаті екстремального рівня стресу, характерного для процесу сучасної міграції та біженства (Achotegui, 2002).

Крізь призму цього трансформуючого відкриття з'явилась можливість зрозуміти та краще реагувати на природу фізичних захворювань та психологічних порушень, які притаманні саме мігрантам і біженцям. Це дало можливість створити організаційне, соціальне та психологічне підґрунтя для ефективної допомоги людям, що опинилися в подібному складному становищі.

Зазвичай життєвий досвід біженців психологічно обтяжений вимушеною розлукою з рідними, смертю близьких, розпадом спільнот. Шукаючи притулок в інших країнах, вони зазнають втрат соціального статусу, економічних страждань, нерідко піддаються експлуатації чи насильству. Біженці іноді стають жертвами контрабандистів і торговців людьми.

Особливої турботи, виховання і навчання потребують діти-біженці. Про психологічний стан українських дітей-біженців у Польщі та заходи щодо сприяння їх адаптації доповідалося в рамках VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції (Бахмутова, 2023b). Складність полягала в тому, що польські школи в короткі терміни почали приймати і навчати тисячі українських дітей, функціонуючи в режимі білінгвістичного навчання. До польськомовного шкільного середовища влилася значна кількість дітей, що розмовляли українською, а зі східних регіонів України – переважно російською мовами та зовсім не знали польської. Перед польською освітньою спільнотою постали питання:

- Як подбати про добробут учнів, їх батьків і викладачів в умовах найбільшої еміграційної кризи в Європі з часів Другої світової війни?
- Як допомогти українським біженцям впоратися з пережитим травматичним досвідом, та новими викликами у приймаючій країні?
- Як адаптуватися у новій мультикультурній реальності?

Ці та інші питання стояли особливо гостро. Тому у цьому розділі ми висвітлимо:

1. Наукові підходи до розуміння особливостей психофізіологічних станів мігрантів і біженців.
2. Методологічні підходи та практичний досвід психологів у роботі з українськими біженцями.
3. Практичний досвід психологічної, виховної та навчальної роботи, що проводиться в Польщі для українських дітей.

Використані підходи та методи психологічної допомоги спрямовані на збереження психічного здоров'я українських дітей, родин та нації в цілому в реаліях масштабної війни задля майбутнього України.

Відправною точкою для створення цього розділу стали зустрічі з українськими біженцями, дискусії та спільна робота з українськими і польськими психологами, вчителями, благодійними фондами і організаціями, різноманітними центрами допомоги, що піклуються про українських біженців у Польщі. Це дало змогу обмінятися знаннями, методологічними підходами та досвідом роботи. Запропоновані інструменти будуть корисні у процесі роботи психологів, психотерапевтів і педагогів. Однак хотілося б зазначити, що основна частина матеріалу адресована лише психологам – людям з відповідною діагностичною чи терапевтичною кваліфікацією та навичками.

Особливо цінними стали зустрічі з українськими жінками і дітьми в благодійній католицькій організації, що діє по всьому світу – Карітас (Caritas); інтеграційному центрі Польського Червоного Хреста; Фундації ALIGHT; Народному Домі в Перемишлі, Народний Дім ще називають Українським Домом, який поправу вважається «домом для всіх українців». Там створено великий, безпечний і затишний простір для зустрічей та підтримки українців, а Перемишлю, прикордонному польському місту, цілком заслужено присвоєно звання міста-рятівника, оскільки це невелике місто і понині одним з перших зустрічає та підтримує сотні тисяч переміщених українців у критичні моменти їхнього життя. Волонтери і психологи тут надають найнеобхіднішу підтримку: допомагають заспокоїтися, зорієнтуватися у новій реальності, встановити зв'язок, осмислити та спланувати свої наступні кроки, рухатися вперед.

Так що ж таке біженство по своїй суті?

Біженство – це складне соціально-психологічне явище, яке пов'язане з пошуком притулку або захистом людей від біди. Війна, етнічне, племінне та релігійне насильство стають основними причинами цього явища.

Згідно Женевської конвенції 1951 року, **біженець** – це особа, яка була змушена покинути рідну країну через переслідування, війну чи насильство. Умовно кажучи, людина фактично втратила захист країни походження та не може або не бажає повернутися туди через цілком обґрунтовані побоювання за своє життя, здоров'я, переслідування за ознаками раси, релігії, національності, політичних переконань чи належності до певної соціальної групи. Ці люди, швидше за все, не можуть повернутися додому або бояться це зробити. У наш час причини, через які люди приймають рішення залишити рідну країну, дуже різноманітні. Іноді це спроба вирватися з крайньої бідності та бажання покращити умови життя родини, знайти допомогу в лікуванні, розвитку та навчанні дітей. Переважна кількість людей змушені тікати з власної країни від переслідування або прямої загрози життю, як це сталося від початку широкомасштабного російського вторгнення в Україну.

Загалом у всьому світі понад 114 мільйонів людей, за даними УВКБ ООН (Агентство ООН у справах біженців, що є глобальною міжурядовою організацією, яка присвячує свою діяльність порятунку життів, захисту прав і створенню кращого майбутнього для біженців, внутрішньо переміщених осіб та осіб без громадянства <https://www.unhcr.org/ua>), були змушені покинути свої домівки і стати біженцями. Визначено, що на сьогоднішній день 52% цих людей походять лише з трьох країн: Афганістану, Сирії та України (<https://www.unrefugees.org/refugee-facts/>).

Люди, які вирішили покинути країну свого походження хочуть забезпечити собі та своїм дітям безпечні умови життя та розвитку. Дорослі приймають таке рішення за себе і за дітей. Вони роблять це свідомо. Однак діти, як правило, позбавлені впливу на рішення дорослих. Як і їх батьки – діти-біженці часто не знають, що їх чекає в майбутньому, куди вони підуть і як виглядатиме їхнє подальше життя.

Психологічно біженство пов'язане, перш за все, з проживанням втрати дому, свого звичного оточення, яке звучить так: «моє місто», «мій дім», «моя

школа», «мої друзі», «мої колеги», «мій перукар», «мій лікар», та ін. В буденному житті люди не помічають таких звичних для психіки речей та не усвідомлюють їх цінність. Для біженців ці базові, опорні і автоматичні складові буденного життя зникають, а натомість люди зустрічаються з власним страхом і розгубленістю. Це дуже складний етап до тих пір, поки люди не починають синхронізувати себе з новим оточенням в новому місці. Значну роль у полегшенні процесу адаптації та інтеграції біженців грає вчасне надання їм психологічної допомоги у наступному порядку:

- 1) проживання втрати минулого;
- 2) прийняття нового оточуючого середовища;
- 3) поступове пізнання та занурення в нього;
- 4) побудова нового опорного базису;
- 5) створення «свого» оточуючого середовища.

Це сприяє зниженню рівня пролонгованої дії стресорів, нормалізації емоційного стану, пришвидшенню процесу соціалізації, адаптації та інтеграції біженців в новому культурному та економічному середовищі. Щоб зрозуміти особливості психологічного стану біженців, слід більш детально розглянути синдром Улісса, що вражає мігрантів і біженців. Це дасть можливість пролити світло на причини виникнення фізичних і психологічних страждань, зменшити можливі ускладнення та створити сприйнятливий адаптаційний середовище.

3.2. Синдром Улісса – переважаюче психологічне порушення характерне для біженців

Поняття «синдрома Улісса», як наукової категорії було введено не так давно, в 2002 році. Раніше подібні психологічні проблеми мігрантів називали *ностальгією* (*nostos* – повернення додому і *algos* – біль). Цей термін ще у 1688 році увів швейцарський лікар Johannes Hofer (1669–1752). Протягом трьох століть ностальгія вважалась неврологічним захворюванням. Ґрунтуючись на концепції *imaginatio lesa* (пошкодженої уяви), Johannes Hofer (Bulletin of the Institute of the History of Medicine, 1934) стверджував, що *ностальгія* є патологічним станом уяви, в якій *все ще живуть «сліди» батьківщини*. Ностальгія в ті часи вважалась притаманною морякам, військовим найманцям, що воювали в далеких краях і втратили *принади батьківщини*, студентам і домашній обслузі, які навчались і працювали за кордоном. Було встановлено, що ці люди відчували *емоційну лабільність, яка варіювалася від зневіри до нападів плачу, анорексії, лихоманки, безсоння та спроб суїциду*.

У 18-му та 19-му століттях ностальгію лікарі пояснювали дисфункцією мозку. З кінця 19-го до початку 20-го – клінічний термін «ностальгія» було віднесено з категорії неврологічного захворювання до категорії психосоматичних розладів (Bulletin of the Institute of the History of Medicine, 1934; Sedikes, Wildschut, & Baden, 2004). З цим твердженням не погоджуються сучасні дослідники. Криза мігрантів з Близького Сходу, яка триває кілька останніх десятиліть, дала поштовх до масового прояву психологічних проблем, які були

описані Johannes Hofer (Bulletin of the Institute of the History of Medicine 1934) та спонукала сучасних науковців до більш детальних досліджень. Дуже влучно психологічний стан біженців описав спеціаліст з психотерапії, психічного здоров'я та міграції, психічного здоров'я громади та еволюційної психології, психіатр і автор психотерапевтичних технік – професор Joseba Achotegui з Університету Барселони. Після 20 років роботи з біженцями у 2002 році він вперше описав їх душевні страждання і муки, назвавши ці прояви «синдромом Улісса» («Ulysses syndrome»). Ця назва походить від імені головного героя епічної поеми Гомера «Одіссея» (латинською ім'я Одісей – Ulysses), якому довелося зіткнутися з труднощами психологічного характеру після того, як він покинув рідний дім та протягом десяти років подорожував Середземним морем. «Вдень же на скелі стрімкій над берегом моря сидів він, смутком, сльозами і риданнями свою розриваючи душу, і в неозору морську далечінь крізь сльози дивився» (Гомер, 2020, пісня 5).

З часів Гомера і понині для мільйонів людей відірваність від рідного дому, звичного соціуму і способу життя пов'язана з високим рівнем стресу, який часто перевищує психофізіологічну здатність до адаптації. Синдром Улісса, за визначенням Achotegui (2002) проявляється у вигляді *хронічного і множинного стресу, наростаючої тривоги, відчуття безпорадності, прояву повторюваних депресивних станів, фрустрації через екстремальні стресори*.

Досліджуючи біженців з країн Близького Сходу та Африки Vianucci et al. (2017), визначили, що переважна більшість цих людей отримали високий рівень стресу від пережитих подій у країні свого походження. Подорож до місця прихистку теж була небезпечною для життя. Ці науковці емпірично довели, що в новій країні проживання біженці зазнають адаптаційних стресів, таких як інша мова, соціальна ізоляція через незнання мови, відсутність можливостей роботи, зниження соціального статусу та відчуття невдачі. Таким чином, біженці переживають постійні кризи з неминучим ризиком розвитку *синдрому Улісса* через дію *стресорів Улісса*, які можна розділити на чотири категорії:

1. *Вимушена самотність*, яка виникає через розлуку з родиною та батьківщиною; соціальну ізоляцію в іншомовному середовищі; культурну депривацію через інші культурні та релігійні установки, звичаї, правила; расову дискримінацію та національні упередження в приймаючій країні. Все це суттєво ускладнює, а інколи унеможлиблює досягнення міграційних цілей.

2. *Невиправдані очікування* через: відсутність достатнього матеріального забезпечення; затягнутість в часі або відсутність можливості отримати відповідну юридичну документацію (нострифікувати документи про освіту, отримати дозвіл на роботу), що унеможлиблює працю за фахом згідно з отриманою освітою, а це, в свою чергу, ускладнює доступ до якісного житла, медичних послуг, освіти.

3. *Відчуття небезпеки під час подорожі* супроводжує біженців з моменту виїзду з-під обстрілів, чи з окупованих територій. Дехто з них пережили фізичне чи сексуальне насилля, складний шлях у транспортних засобах, що не відповідають вимогам до пасажирських перевезень; на кордоні мали проблеми з документами, які підсилюють страх арешту і депортації.

4. *Боротьба за фізичне виживання в еміграції*: труднощі з придбанням предметів першої необхідності, таких як їжа, вода та житло.

Дорослі середнього та літнього віку, як правило, страждають сильніше, ніж молоді люди, оскільки вони більшою мірою відчувають втрату статусу та соціальної мобільності, мають менше контактів з людьми за межами своєї громади, через відсутність навчання чи роботи та менш схильні до негативного сприйняття культури приймаючої країни. Крім того, літні мігранти і біженці зазвичай мають більші труднощі з вивченням мови, що може суттєво погіршити їх здатність до розуміння нової культури та правил взаємодії у новому для них соціуму.

Науково доведено, що без вчасної наданої фахової психологічної допомоги при наявному синдромі Улісса спостерігається розвиток певних його ускладнень. Так, досліджуючи психологічний стан курдських біженців старшого віку Cummings та ін. (2011) виявили тісну кореляцію між виникненням синдрому Улісса і розвитком депресивних станів. Взаємозв'язок між високим рівнем стресу, що переживають біженці, та проявом психопатологічних симптомів виявив Achotegui (2005).

Синдром Улісса має як фізіологічні, так і психологічні прояви. До *фізіологічних* належать: мігрені, безсоння, напруга в тілі, біль у шлунку, кістках, швидка втомлюваність, зниження продуктивності. Психологічні прояви відбуваються у вигляді тривожності, періодичного занепокоєння, нервозності, дратівливості, дезорієнтації, страху, суму, низької самооцінки, збільшення споживання тютюну чи алкоголю (Achotegui, 2002; Karnele at al, 2015). На думку Diaz-Cuellar та ін., (2009) відсутність соціальної та психологічної підтримки або доступу до відповідної медичної допомоги може суттєво посилити ці симптоми. На практиці у деяких випадках пацієнтам з синдромом Улісса помилково діагностують інший медичний стан, який може надалі перешкоджати одужанню. Нині, після вивчення, формулювання та введення в практичну діяльність даного синдрому, з'явилась можливість виявляти та класифікувати стан постраждалого на основі патогенезу.

З самого початку широкомасштабних військових дій на території України подібні симптоми, що призводять до розвитку синдрому Улісса були виявлені серед різноманітних верств населення у дослідженнях українських науковців. Так у дослідженні Kokun (2023a), що проводилось протягом четвертого-п'ятого місяців війни в Україні та охопило 1243 респонденти віком від 18 до 61 років, було виявлено яскраво виражену тенденцію значного погіршення показників психологічного та фізичного здоров'я населення України. Це пояснювалось неприхованою військовою загрозою, яка посилювалась втратами зайнятості, матеріальних, фінансових чи житлових умов, що спричинила війна.

О. Кокуном, виявлено, що майже 80% опитаних українців мають особистий життєвий досвід тривалої розлуки з домом: від вимушеного переїзду з постійного місця перебування у межах України. Для багатьох з них це переміщення пов'язане з особистою участю у бойових діях. Більше половини респондентів (55,7%) вказали, що вони зазнали різного ступеню небезпеки для власного життя (від епізодичної до надзвичайно сильної). Погіршення стану здоров'я відчули 58,8%

досліджуваних; 86,7% респондентів свідчили про погіршення емоційного стану (Кокун, 2022). Результати цього дослідження свідчать про наявність у досліджуваних українців відповідного підґрунтя для розвитку складних психологічних порушень, у тому числі і розвитку симптому Улісса.

Проблеми психічного здоров'я «внутрішніх» мігрантів також можуть діагностуватись як симптом Улісса, який можна виявити з часом. Стан внутрішньо переміщених осіб на початку широкомасштабного російського вторгнення на територію України емпірично дослідили Л. М. Карамушка та Т. В. Карамушка (2022). Було визначено, що вимушені «внутрішні» переселенці в Україні мають високий рівень прояву страху та паніки. Серед них науковці відзначають підвищений рівень конфліктності у міжособистісних відносинах та низький рівень активності у професійній та волонтерській діяльності.

Емпіричному дослідженню українців в Німеччині присвячена робота Креденцер (2023). Авторкою було виявлено низку проблем, що стосувалися умов перебування біженців, а саме:

1. Соціально-професійні проблеми (незнання мови, проблеми з навчанням дітей, проблеми з роботою в Україні та Німеччині, відсутність підтримки німецької громади та відсутність підтримки німецьких родичів та (або) знайомих).

2. Соціально-психологічні (конфлікти з близькими, які поруч в Німеччині, відсутність життєвих перспектив, конфлікти з близькими, які залишились в Україні, втрата сенсу життя).

3. Економічно-побутові проблеми (відсутність власного окремого житла, проблеми з пошуком житла, відсутність фінансів для життя, інші проблеми).

Серед основних проявів порушень психологічного стану біженців у Німеччині Креденцер (2023) відзначає такі як: невизначеність, бажання повернутися додому, невпевненість в собі, тривогу, безпорадність, депресію, відчай, «неприйняття» іншої країни, апатію, страх та інші.

Вивчення психологічних порушень серед українських біженців у Польщі (Бахмутова & Неска, 2022) показало проблеми: психофізіологічного та психосоматичного характеру; когнітивні; соціально-психологічні, які теж вказують на можливий розвиток ускладнень симптому Улісса.

Таким чином, виявлені різними дослідниками порушення психологічного характеру серед українських громадян – підтверджують, ознаки проявів цього синдрому. Слід звернути особливу увагу, що синдром Улісса визначають іноді хибно, оскільки більшість українських психологів не працювали з синдромом Улісса, через те, що в Україні ніколи масово не шукали притулку і захисту люди з інших країн. Тому цей синдром іноді можуть ставити хибно та плутати з: гострим стресовим розладом, депресією, адаптаційним розладом чи іншими видами психічних розладів.

Насправді синдром Улісса *має суттєві відмінності*, а саме:

1. На відміну від гострого стресового розладу синдром Улісса виникає внаслідок хронічного впливу довготривалого (хронічного) стресу, тоді як симптоми гострого стресового розладу за визначенням обмежені одним місяцем.

2. На відміну від депресії, хоча пригнічений настрій є поширеним явищем, синдром Улісса не включає багатьох інших основних симптомів депресії, таких як апатія чи думки про смерть. Біженці, на відміну від людей, які страждають на депресію, мають мотивацію йти вперед і боротися, щоб покращити своє життя, возз'єднатися зі своїми родинами та мати краще майбутнє, незважаючи на поточні труднощі. Вони не втрачають своїх інтересів, а навпаки, намагаються підтримувати свою соціальну та професійну активність.

3. Щодо відмінності від адаптаційного розладу, то слід відмітити, що одним із центральних діагностичних критеріїв цього розладу є дистрес який є непропорційним тяжкості чи інтенсивності стресорів. Синдром Улісса ж є чітко вираженою відповідною реакцією, що проявляється в тривожності, безсонні, смутку тощо, саме через екстремальну природу стресорів. При синдромі Улісса не спостерігається погіршення соціального та професійного функціонування, яке присутнє при розладах адаптації.

4. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), як і синдром Улісса виникає через реакцію на страх. Однак тривожні думки про травматичні події, а також страждання та уникнення спогадів, що пов'язані з травмою – не виникають при синдромі Улісса, але трапляються при ПТСР, в той час як стресори, такі як соціальна ізоляція, відсутність можливостей, дискримінація та упередження через стереотипне сприйняття біженців – є характерними показниками синдрому Улісса, а не ПТСР.

Отже, синдром Улісса клінічно відрізняється від розладів психічного здоров'я. На думку Achotegui (2014), яскраво виражений синдром Улісса знаходиться на межі між нормою та хворобою. Людина з цим синдромом має більший ризик захворіти саме в той момент, коли стресори стають надто інтенсивними, через що можуть розвинутися справжні психічні розлади, такі як депресія або ПТСР.

Згідно наукових висновків Achotegui (2002; 2005; 2014; 2018) та Bianucci at al. (2017), *синдром Улісса* – це не психічне захворювання, а скоріше нормальна реакція здорової людини на стрес, чи на екстремальну ситуацію, яка перевищує можливості нормальних психологічних механізмів подолання. Цей синдром не можна діагностувати, якщо присутній інший психічний розлад. На сьогодні не існує критеріїв DSM для цього синдрому.

Наслідки синдрому Улісса у часто проявляються через такі симптоми, як підвищена дратівливість, нервозність, мігрені, напруженість, безсоння, висока втомлюваність, страх, розлади харчової поведінки, загальний нечітко виражений дискомфорт. Якщо не лікувати ці симптоми, то згодом вони можуть перерости у важкі психосоматичні розлади. Це серйозна проблема психічного і фізичного здоров'я біженців в країнах, що їх приймають. Тому вчасне розпізнання та кваліфікована допомога, спрямована на зменшення ускладнень симптомів, пов'язаних з Синдром Улісса цілковито відноситься до сфери психологічної профілактики здоров'я особистості та її психосоціального благополуччя, а не до клінічної сфери.

Оскільки синдром Улісса є реакцією психіки на тривалі, складні та надзвичайні події в житті біженців, а не психічним розладом, то повернення

людини до нормального психологічного стану потребує *усунення чинників стресу*. Achotegui (2002), проводить аналогію між людиною в такому стані і стеблом бамбука, який гнеться на вітру. Подібно до того, як бамбук гнеться, але не ламається, так і ті, хто піддаються впливу стресорів Улісса, часто автоматично потрапляють на межу психічної нестабільності та стають більш вразливими до психічних розладів, але ще не мають самого розладу. Коли вітер вщухає – бамбук повертається до свого нормального стану, як і ті, хто стикається зі стресорами Улісса – повернуться до свого нормального стану, коли ці стресори зникнуть.

Проте існує велика небезпека що постійний стрес і несприятливі умови життя, відсутність соціально-психологічної підтримки і допомоги можуть призвести до розвитку у деяких людей іпохондричних, депресивних та параноїдальних розладів, а у членів їх сімей, особливо у дітей та підлітків можуть сформуватися різні види залежностей. На це є свої причини: діти змінюють школу та втрачають соціальні зв'язки з однолітками; інколи діти беруть на себе роль батьків, оскільки швидше вивчають мову і адаптуються до нових умов життя, стають посередниками, замінюючи дорослих у контактах з чиновниками, лікарями чи сусідами. Оскільки сім'ї українських біженців складаються переважно з жінок та дітей, то жінка, яка раніше більшою мірою грала роль матері та дружини, бере на себе обов'язки з утримання сім'ї, замінюючи чоловіка. Син-підліток бере на себе роль батька родини. У результаті, те, що відбувається з окремими членами сім'ї – впливає на інших. Емоційні труднощі однієї людини, найчастіше одного з дітей, відображають внутрішню слабкість усієї родини. Узагальнюючи викладену вище теоретичну та дослідницьку інформацію як результат спостережень, бесід, та ін., можна умовно поділити розвиток ускладнень психологічного стану біженців на певні етапи (Рис. 2):

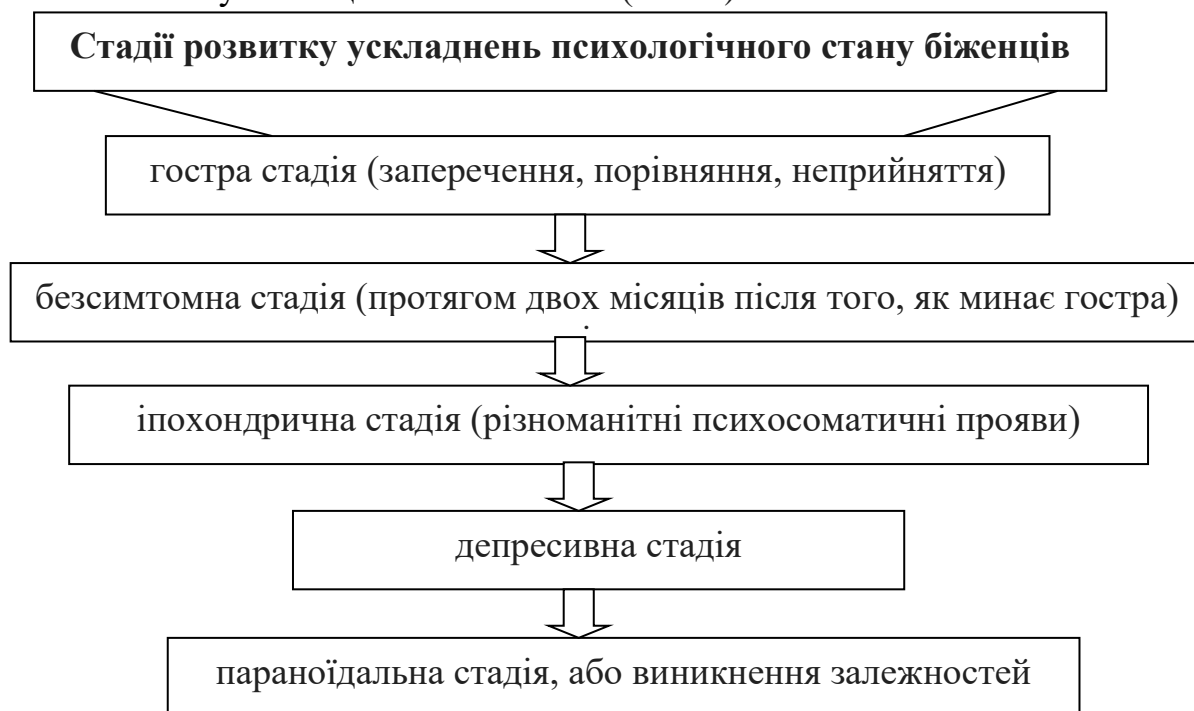


Рис. 2. Стадії розвитку ускладнень психологічного стану біженців

Тому вчасні профілактичні та корегуючі психологічні заходи для усіх членів родин біженців можуть запобігти, або зменшити прояви синдрому Улісса, запобігти розвитку його наслідків у вигляді ускладнень. Ці заходи мають бути спрямовані на формування психічної стійкості, налагодження соціальних зв'язків, адаптацію і інтеграцію в нове суспільство, формування психологічного сприйняття біженства як можливості особистісного і професійного зростання.

Все це вказує на високу потребу в психологічній підтримці українського населення за кордоном. Для цього існує як об'єктивна, так і суб'єктивна потреба у розробці загальнодержавних і локальних програм соціально-психологічної підтримки індивідуального, сімейного, та групового характеру. Ці програми повинні забезпечувати корекцію та збереження психічного здоров'я, підвищувати життєстійкість, сприяти особистісному розвитку українців різних вікових категорій за кордоном. З досвіду допомоги українськими біженцям пропонуємо певні методологічні підходи і засоби психологічної підтримки українських біженців.

3.3. Практичні методи індивідуальної та сімейної допомоги біженцям для запобігання розвитку ускладнень синдрому Улісса

Репрезентативний рівень вивчення психологічного благополуччя українських біженців в країнах Західної Європи знаходиться ще в стані дослідження, але певний досвід надання дієвої психологічної допомоги, спрямованої на збереження психічного здоров'я та запобігання розвитку ускладнень синдрому Улісса вже певною мірою існує у фрагментарному вигляді. Ми узагальнили ефективні та перевірені на практиці методи, що активно застосовуються у психологічній роботі з біженцями в Польщі. Психологічний вплив стосується психофізіологічного, емоційного, поведінкового, інтелектуального, соціального та професійного рівнів особистості з урахуванням вікових меж та стадій розвитку психологічних ускладнень (Рис. 2).

Так на *гострій стадії* важливо допомогти людині з *проживанням втрати минулого*. При цьому необхідно враховувати психологічні, культурні, релігійні, історичні особливостей і цінності кожної людини та її родини. Психолог з допитливістю, відвертістю та безумовним прийняттям може діяти як «супутник» людини чи родини на її новому життєвому етапі. При цьому психолог може використовувати системний підхід, принципи якого передбачають:

1) роль психолога, як доброзичливого спостерігача та компаньйона, який не має готових рішень, а шукає їх разом з родиною;

2) психолог нікому і нічому не дивується. Його метою є створення та підтримання атмосфери довіри та відчуття безпеки. Це можливо, коли психолог чуйним і активним слуханням створює безпечний простір взаєморозуміння і прийняття для кожного члена родини;

3) психолог повинен мати сміливість зіткнутися з важкими для психіки історіями біженства та сімейними історіями, які часто кардинально відрізняються від його власного досвіду;

4) психолог повинен бути готовий до того, що те, що він чує від членів родини біженців – може суперечити його власним поглядам та переконанням. Тому дуже важливо, щоб психолог керувався вірою в те, що такі блага людства, як свобода, справедливість, пошук безпеки, щастя і любові, – є спільними для всіх людей незалежно від релігії, культури, мови, політичних поглядів чи місця походження;

5) завдяки ставленню з розумінням та прийняттям психолог може зрозуміти потреби, очікування та специфіку сімейних відносин. Ключовим моментом у цьому процесі є встановлення та побудова тісних індивідуальних стосунків з членами родини;

6) у роботі з українськими біженцями надзвичайно полегшує роботу та зміцнює довіру вміння психолога розмовляти рідною мовою, знання конкретної етнічної культури, розуміння релігійних поглядів членів сім'ї;

7) дуже важливо, щоб психолог знав і вмів правильно вимовляти імена членів сім'ї, проявляв цікавість, щирий інтерес до долі та поточних справ родини;

8) психологу слід звертати увагу та запам'ятовувати деталі з історії сім'ї, сімейні традиції тощо;

9) оцінювати і помічати адаптивні моменти та відзначати зусилля спрямовані на боротьбу за виживання в нових реаліях усіх членів сім'ї.

Допомога родині в зазначеному підході полегшує проживання втрати минулого та сприяє відновленню психологічних ресурсів кожного члена родини.

У ході роботи з родиною доцільно також застосувати *метод створення генограми* (сімейної лінії життя, або рисунку генеалогічного дерева). Робота над генограмою дозволяє свідомо включити відсутніх через війну членів сім'ї: батька дітей, дідусів, бабусь та інших значимих рідних, якщо вони лишилися в країні походження. Це дозволяє отримати підтримку роду, відновити сили та отримати енергію, щоб керувати своїм подальшим життям. Дає можливість, як дорослим, так і дітям, психологічно створити відчуття повної сім'ї. В результаті з'являється відчуття повної сім'ї, стабільності, благополуччя і захищеності, що дозволяє дотягнутися до свого родинного коріння та нагадати про нього своїм близьким, розповідаючи історії, пов'язані з відсутніми членами родини. Це дозволяє зменшити відчуття самотності і відновити почуття своєї ідентичності та цілісності. Діти, малюючи генеалогічне дерево можуть краще запам'ятати імена своїх рідних, членів родини. Їм варто розповісти ким були їх пращури, чим займалися, як жили, чим пишались. Діти зазвичай з цікавістю слухають розповіді батьків про важливі для них місця, події, пов'язані з родинами батьків. Побудова генограми дозволяє говорити про те, що зазвичай важко висловлювати в сім'ях: емоції та почуття до своїх рідних, незважаючи на відстань і час.

Під час створення генограми психолог сприяє взаємній відкритості членів родини, створює безпечний простір для розкриття та вираження навіть важких емоцій. Можна при цьому застосовувати питання наступного характеру:

- За ким ти найбільше сумуєш?
- Про кого щодня думаєш?
- У які місця ти подумки повертаєшся?
- За чим сумуєш?
- Чого ти боїшся?
- Що сьогодні здається найважчим?
- Що найбільше тривожить?
- У чому полягає сила вашої сім'ї?
- Які вірування, сімейні знання чи цінності можуть бути корисними

та стати джерелом сили сьогодні?

Сімейна лінія життя дозволяє родині біженців поглянути на свій життєвий шлях так, щоб змістити увагу з важких моментів життя на цінність родинних зв'язків. Це зменшує відчуття відірваності від свого коріння та дає можливість відчувати себе важливою частиною свого роду.

Для полегшення процесу *прийняття нового оточуючого середовища* дієвим є *метод позитивного переформатування життєвого шляху біженців*. Для цього у розмові з родиною корисно мотивувати її членів створювати нову історію своєї сім'ї, зосередивши увагу на поточній ситуації. Для цього корисно застосувати метод позитивного переформулювання минулих подій в житті родини та надання їм оптимістичного контексту у поточних змінах. Доцільно разом зайнятись пошуком переваг і позитивних сторін біженства.

При роботі з дітьми-біженцями доцільно використовувати методи казко-терапії.

У Польщі за сприяння УВКБ ООН у справах біженців було надруковано і роздано на безоплатній основі вчителям і психологам, що працюють з біженцями – посібник «Казки з країн біженців» (Kostrzyński, et al, 2017). Оскільки посібник був опублікований в Україні до війни, то українські народні казки до нього не ввійшли. Проте казки з інших країн яскраво демонструють дітям базові людські цінності: толерантність, згуртованість, чесність, повагу до прав людини, уважність до оточуючих, вдячність, емпатію та інші позитивні людські якості і вчинки. Використовуючи не реальну, вигадану відправну точку, в цих казках піднімаються сучасні проблеми, пов'язані зі стереотипами мислення, дискримінацією, нерівністю та ідентичністю. Це реальні психологічні перепони, з якими зіштовхується дитина в іншій країні.

Кожен казковий сценарій створює окремий підхід до сучасних проблем біженців. Наприклад, у сирійській народній казці «Лис і барабан», що входить до збірки «Казки з країн біженців», розповідається про голодного лиса, який знайшов під кущем барабан. Гілки куща, що колихались від вітру – били по барабану і він видавав гучні звуки. Лис ніколи в своєму житті не бачив барабана. Тому його судження були стереотипними і базувалися на тому, що

якщо предмет має великі розміри і видає гучні звуки, то це велика і поживна здобич, на яку варто охотитися. Лис напав на барабан, роздираючи його пазурами. Врешті, коли барабан був зруйнований – Лис зрозумів свою помилку і прийшов до висновку, що не все, що роздуте і шумне, може бути корисним і цінним. Цей висновок є дуже актуальним в наші часи, коли в сучасному інформаційному просторі багато неправдивої, штучно «роздутої», невірної, «фейкової», пустої, як той барабан, інформації. Тож, ця казка, перш за все, вчить дітей і дорослих критично мислити, не довіряти стереотипам та першому враженню, яке складається з погляду на зовнішність чи висловлювання, бо вони можуть бути оманливими, а іноді й шкідливими.

Малими фрагментами культурного надбання України, що знаходяться поза контекстом війни, є українські народні казки. Вони знайомі багатьом поколінням біженців з України. Розповідаючи казки своїм дітям, люди думками поверталися в мирне і щасливе життя в Україні. Це має заспокійливий ефект та допомагає сім'ям біженців створювати підтримуюче середовище для усіх членів родини, знаходити внутрішні опори та спонукає шукати своє місце в іншій реальності. Слід зазначити, що процес проживання втрати минулого в кінцевому результаті має вийти на прийняття рішень, зосередженості людини на своїх ресурсах та цілях, а не на травмі та дефіциті.

Побудові нового опорного базису в умовах біженства сприяє використання символів. Їх можна використовувати у тих випадках, коли біженцям важко говорити про свої страхи, тривоги, безпорадність, невизначеність. Для кожної людини це можуть бути різні предмети. Наприклад, сімейні фото, невеличкі пам'ятні сувеніри чи державна символіка країни походження, камінці привезені з дому, чи з якоїсь пам'ятної, приємної подорожі. Слід поговорити про значення цих предметів у житті їх власників, їх історію, духовну цінність, про спогади та емоції, які викликає той чи інший предмет. Психолог, у свою чергу, теж може пропонувати біженцям інші символи, розповідаючи про них життєстверджуючу історію. Наприклад, це може бути вулканічний камінець, як символ сили, виживання і подальшого розвитку. Психолог розповідає, що цей камінець знайдено в місці, де через виверження вулкана, на деякий час припинилося життя, але через багато років люди туди повернулися і почали серед вулканічного каміння садити виноградну лозу. Виявилось, що ці камені вбирають вологу і віддають багато тепла і люди навчилися вирощувати на них виноград.

Використання таких символічних історій корисне в періоди сімейних криз чи конфліктів, коли спостерігаються труднощі в спілкуванні. Слухаючи подібні історії, люди знаходять позитивні моменти важкого досвіду, замінюють фокус уваги на можливості навіть у здавалось би безвихідних ситуаціях. Це також чудова можливість створити позитивні сімейні спогади. У ці моменти батьки і діти можуть висловлювати свої почуття та розділяти погляди на життя.

Вправа «Запитання по колу».

У конфліктних ситуаціях чи сімейних кризах в родинях біженців часто можуть панувати крик, або навпаки – тиша, що свідчить про порушення взаєморозуміння і комунікації. В таких випадках важливо проговорити з усіма

членами родини важливі для них психологічно важкі речі. Корисно давати запитання по черзі («по колу») усім членам родини. Це дозволить дорослим і дітям висловити свої почуття, думки і погляди на поточну складну ситуацію, очікування, сумніви і страхи. Психолог цими запитаннями пробуджує внутрішню потребу усіх членів родини дбати один про одного, про своє коріння, про своє майбутнє. Керуючись принципом «не змінюй та не порушуй» – психолог дозволяє сім'ї знайти внутрішню сімейну опору, що дозволяє їй членам знову створити сприятливе життєве середовище для взаєморозуміння, підтримки для спільного пошуку свого місця в нових реаліях.

Діти та родини українських біженців в Польщі перебувають у непевній та нестабільній життєвій ситуації, оскільки польський уряд гарантує можливість перебування на території країни лише на кілька місяців вперед, з можливим продовженням статусу в разі його ухвалення на наступні кілька місяців. Це залежить від продовження військового стану в Україні. Тому в українських біженців часто відсутні довготривалі плани, вони не знають, скільки часу ще пробудуть в Польщі, не знають, чи це станеться за кілька місяців чи за кілька років. Не виключено, що завтра вони будуть змушені продовжити свою подорож до інших країн, побоюючись за свою безпеку або повернутися до України. Тому психологу вкрай важливо надавати підтримку таким чином, щоб кожна зустріч була своєрідним підкріпленням для родини чи дитини, можливістю для пошуку внутрішніх ресурсів, допомогти зробити крок до самостійності у вирішенні поточних проблем. Це важливо, оскільки психолог у біженських реаліях просто не знає, чи зустрінеться з цими людьми ще і скільки разів, що не дає можливості спланувати роботу на 10 чи 15 занять. В такому разі психологу з першої зустрічі варто зосередитися на:

- 1) аналізі різного роду проблем;
- 2) виявленні потреб і цілей цих людей;
- 3) виявленні необхідних ресурсів для життєвих змін.

Сім'ї, що пережили травму війни і стали біженцями жаліються на психофізіологічні прояви як у дітей, так і у дорослих, симптоми надмірної тривожності та панічні атаки, проблеми зі сном (перерваний сон посеред ночі з криками). Малі діти стали часто мочитися в ліжку та боятися розлуки з мамою. У підлітків спостерігаються труднощі з концентрацією уваги, відмічаються періодичні спалахи гніву, труднощі у міжособистісних відносинах з однолітками. Ці симптоми часто відносять до категорії посттравматичних розладів (Бахмутова & Неска, 2022b).

У процесі психологічної підтримки людей з такими порушеннями психологу вкрай важливо сформулювати почуття безпеки та задовольнити потребу у психофізіологічному відновленні та емоційному відродженні. Тому наступним кроком психологічної допомоги є пробудження у постраждалих відчуття сили волі та спроможності до прийняття рішень. Психолог допомагає людям виявити їх внутрішні ресурси та повернутися до функціонального стану, спонукаючи до втілення в життя їх прагнень шляхом відновлення діяльності та змін (Бахмутова, 2023).

Як допомогти виявити та зміцнити внутрішні ресурси біженця, коли той розповідає про свій важкий досвід? Для цього психологу необхідно сфокусувати його увагу на всі ресурси, що дозволили знайти вихід зі складної ситуації.

При роботі з дітьми і підлітками слід враховувати те, що їм часто важко розповісти про свій болісний досвід через почуття провини, сорому, різноманітні табу на розмову з дорослими, що підкріплені такими чинниками, як особливості виховання, культури, суспільної ієрархії, дитячого колективізму, або табу, пов'язані з тілом, які можуть посилити у дитини чи молодого людини важкі переживання. Тому, працюючи з дітьми та молодими людьми з психологічною травмою біженства від війни, варто лише незначною мірою зосереджуватися на тому, що сталося. Далі слід зробити висновки і шукати можливості навчитися чогось важливого, навіть у важких переживань. Психологу необхідно зосередитися на тому, що важливо для дитини тут і зараз, в якому напрямку вона хоче рухатися, з чим хоче краще справлятися, чого хоче навчитися, що може зробити, щоб почуватися краще там, де знаходиться.

Для практичної роботи психолога з дітьми-біженцями корисною є вправа «Час мого життя».

Вправа «Час мого життя».

Обладнання: Вправа проводиться за допомогою підготовленої на аркуші паперу хронограми «Час мого життя» (таблиця 29). Знадобляться ручка, кольорові олівці чи фломастери.

Таблиця 29

Хронограма «Час мого життя»

Дата народження	Вік	Найважливіші спогади:	Емоції:	Чому навчився / навчилася:
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
Дата	11			
	12			

Мета вправи – допомогти дитині зрозуміти процес зростання своєї сили та знайти внутрішні життєві опори, щоб рухатися далі.

Сутність вправи. Запропонуйте дитині чи підлітку розповісти про пройдений життєвий шлях. Розгорніть це в життєвому хронологічному порядку, на аркуші паперу, як запропоновано у табл. 29. В графі «Вік» позначте стільки років – скільки дитині вже виповнилося. В таблиці для прикладу ми позначили вік 12 років. В графі «Дата» поставте дату зустрічі.

Хід вправи. Поясніть дитині, що протягом життя ми набуваємо нових навичок, знань та досвіду. Попросіть дитину згадати різні речі, які вона навчилась робити в перші роки життя. Іноді вони були складними і здавалися навіть неможливими. Спитайте про спогади кожного року життя, рухаючись шкалою часу по мірі зростання дат. Коли дитина говорить про перший рік життя – позначте його на шкалі хрестиком, чи обведіть кружечком цифру, що означає вік. Попросіть дитину розповісти про цей спогад і невеликим символічним знаком зобразити цей спогад навпроти відповідної дати. Це зображення може бути своєрідним паролем, який потрібно зберігати в пам'яті про свій досвід. Запитайте дитину, які емоції її супроводжували, що вона відчувала, пригадуючи цей досвід. Запишіть їх, або теж позначте символом. Запитайте дитину про що вона дізналася чи відкрила для себе через цей досвід. Таким же чином поставте питання про спогади наступних років життя та позначте їх або запишіть в таблиці.

Очікувані результати. Ця вправа дозволяє дитині чи підлітку спокійно поділитися своєю життєвою історією, згадати хороші та важкі моменти, важливих людей, а найголовніше, аналізуючи пройдений життєвий шлях та досвід особистісного зростання – отримати новий, ширший погляд на важкі переживання. Діти в цей час усвідомлюють багато важливих моментів свого життя. Їм стають зрозумілими емоції і переживання, приходить розуміння, що завдяки певним діям і зусиллям вони ставали сильнішими, розумнішими, досвідченішими. Вони можуть перемагати труднощі. Завдяки попередньо отриманому досвіду їм легше помітити життєві можливості, які можуть відкриватися на кожному наступному кроці.

Помічено, що з дітьми, старшими за 12 років та підлітками ця вправа, в ході опрацювання власних станів, емоцій, думок та виявлення внутрішніх ресурсів, розвиває здатність до рефлексії. Це допомагає підлітку краще впоратися з важким досвідом війни і біженства.

Психолог повинен пам'ятати, що така розмова не може бути збором інформації і має носити виключно конфіденційний характер. Про це треба обов'язково повідомити: сказати, що він/вона сам вирішує, що говорити, а що ні; що може не відповідати на жодне з питань, або відповісти через деякий час; може записати свої думки на аркуші паперу і не зачитувати. Це все лише для дитини.

Далі в розмові з підлітками рекомендуємо використовувати наступні питання:

- Про що вам не хочеться згадувати, але ви про це думаєте?
- Як би ви назвали ці відчуття?
- Дайте ім'я своїм важким спогадам.
- Які труднощі це викликало у вас і вашої родини?

- Як ви справлялися з цим увесь цей час?
- Що змусило вас знайти в собі сили?
- Як вам прийшла в голову ідея впоратися саме таким чином?
- Що ви тоді зробили, щоб почуватися краще?
- Хто вас підтримував і як допомагав?
- Як ви в той час допомагали іншим?
- Якими б ви хотіли згадати ці події через деякий час?
- Що може бути наступним кроком у вашому одужанні після цих подій?
- Яку користь ви можете отримати, вирішивши це питання?
- Як ви зрозуміли, що у вас це добре виходить?
- Що важливого ви дізналися про себе за цей час?
- Які ваші внутрішні ресурси допомогли вам вибратися з цієї ситуації?
- Що б ви порадили тому, хто отримав подібний важкий досвід?
- Як би ви хотіли відсвяткувати момент відчуття того, що впоралися зі своїм важким досвідом?
- Що б ви тоді сказали своїм близьким?

Такі запитання можуть допомогти підлітку побачити, що у критичні часи – він мав внутрішні і зовнішні ресурси. Він знаходив способи вдало впоратися з ситуацією та підтримати інших. Він умів подбати про себе та своїх рідних, навіть якщо це було дуже складно.

Закріплення навичок дитини та постановка цілей подальшого розвитку (робота з картками). Роботу психолога з дітьми-біженцями молодшого та середнього шкільного віку можна проводити в кілька етапів:

Перший етап – підготовчий. Він відбувається до зустрічі з дитиною для того, щоб попередньо отримати певну інформацію про неї від батьків, вчителів чи опікунів. Важливо заздалегідь знати про навички дитини, її інтереси, способи подолання труднощів, відносини у сім'ї та з друзями, риси характеру тощо.

Другий етап – на початку зустрічі психолог інформує дитину, про те що деякий час тому спілкувався з мамою/татом/вчителем і дізнався про неї багато хорошого, наприклад, що вона любить малювати, грати у футбол, знає кілька мов, може піклуватися про братів/сестер, може спекти торт, тощо.

Третій етап – психолог пропонує дитині, краще познайомитись один з одним та пропонує більше про неї дізнатися, пояснюючи бажанням більше від неї (дитини) навчитися.

Четвертий етап – це бесіда про внутрішні опори дитини. Методологічно можна використовувати практикум для дітей та підлітків «Твоя Сила» (https://www.unicef.org/ukraine/media/19841/file/Tvoya_syla.pdf) та «Картки сили» для дітей («<https://www.unicef.org/ukraine/documents/power-cards>»), які розроблено українською дитячою письменницею і психологинею Світланою Ройз та рекомендовано до використання UNICEF у відкритому доступі за посиланнями, наведеними вище. Ці картки містять зображення тварин, птахів, риб, комах (діти до восьми років часто метафорично ототожнюють себе з тваринами як символами життєстійкості та сили), а також

певних об'єктів та явищ природи. На звороті кожної картки є невеличкий опис зі спонуканням до дії. Авторка рекомендує використовувати ці картки як діагностичний або терапевтичний інструмент, а також як гру. Вони придатні для індивідуальної та для групової роботи. Картки, на яких зображені будівлі, явища природи тощо, можна використовувати так само, як і картки з тваринами. Також авторка рекомендує «підсилювати» образи тварин: якщо дитина не втомилася, можна запропонувати їй – усвідомлено чи наздогад – узяти ще кілька карток. Нехай поміркує: що змінюється, коли з'являються ці картки?

П'ятий етап – опрацювання психофізіологічних реакцій за допомогою дихальних вправ та практик заземлення Бахмутова (2021). Для практик заземлення можна використовувати предмети природного походження (камінці, кристали, фрукти), запахи, «Картки сили».

Шостий етап – опрацювання емоцій (приклади позитивних і негативних емоцій пропонуємо у таблиці 30).

Таблиця 30

Позитивні		Негативні емоції:		
Емоції щастя		Смуток	Страх	Агресія
Бадьорість	Надія	Байдужість	Безпорадність	Гнів
Блаженство	Наснага	Біль	Безсилля	Заздрість
Безтурботність	Натхнення	Відстороненість	Вина	Лють
Вдячність	Нетерпіння	Втомленість	Занепокоєння	Недовіра
Відкритість	Ніжність	Жаль	Збентеження	Ненавість
Впевненість	Палкість	Замкнутість	Подив	Неприятність
Гордість	Передчуття	Млявість	Приголомшення	Образа
Доброта	Полегшення	Нудьга	Розгубленість	Обурення
Довіра	Пристрасть	Розпач	Тривожність	Огида
Захопленість	Радість	Розчарування	Сумнів	Ревнощі
Збудження	Розслабленість	Самотність	Стрес	Роздратування
Здивування	Симпатія	Скорбота	Шок	
Зосередженість	Спокій	Смуток		
Ентузіазм	Трепет	Сонливість		
Енергійність	Цікавість			

Психолог спонукає дитину до розмірковувань, спогадів, роздумів. На цьому етапі теж корисно використовувати картки емоційних станів. Це сприятиме:

- розвитку емоційної рефлексії (дитина вчиться розпізнавати та називати свої емоції та емоції інших, що допомагає їй краще розуміти себе і навколишній світ, зрозуміти, чому інші люди реагують не так, як вона);

- керуванню емоціями (завдяки карткам дитина вчиться справлятися зі складними емоціями, такими як сум, гнів чи страх);

– ефективному спілкуванню (дитина вчиться виражати свої почуття словами, що може покращити спілкування з батьками, вчителями чи однолітками).

– зміцненню сімейних зв'язків (краще розуміння потреб та емоцій членів родини);

– розвитку емпатії (робота з емоціями спонукає дитину намагатися зрозуміти почуття інших людей);

– підготовці дитини до школи та життя в іншій країні, оскільки розуміння власних емоцій і вміння спілкуватися з іншими, навіть не знаючи мови – є важливими соціальними навичками;

– розвитку креативності (це розвиває творчі здібності та заохочує дитину до інноваційного мислення).

Цей етап психологічної роботи з дитиною методологічно може проводитись в різних формах. Наприклад:

1. Приховані емоції в оповіданні. Психолог бере на себе роль оповідача, розповідаючи будь-яку історію, але вплітає в історію виявлені раніше емоції дитини. Дитина, в свою чергу, має зрозуміти, про які емоції йде мова та знайти їх серед карток.

2. Емоційні історії. Витягніть картку з емоцією та розкажіть дитині приклади ситуацій, у яких ця емоція виникла в реальному житті, або ситуацій, у яких ця емоція могла б виникнути. Звертайте увагу на деталі, щоб опис був максимально розширеним і конкретним. Завдяки цьому ваша дитина, з одного боку, краще уявляє те, що ви їй говорите, а з іншого боку, коли дитина говорить, ви зможете отримати від неї більше інформації.

3. Негативні та позитивні емоції. Попросіть дитину вибрати картки, які представляють ті емоції, які їй важко сприймати, і позитивні для неї. Нехай розкладе відповідні картки на дві різні стопки. Обговоріть, чому саме так розділено емоції. Що ускладнює емоцію? Що це означає?

4. Емоції в русі. Намалюйте емоцію та виконайте кілька рухів, які для неї характерні. Наприклад, коли ви малюєте гнів – ви можете, «топнути» ногою або «махнути» рукою. Заохочуйте дитину бути активною та демонструвати власний спосіб вираження певних емоцій.

5. Емоції для розмови. Розділіть разом з дитиною картки на дві групи: емоції, про які дитина хоче та любить говорити, і ті, про які не хоче говорити. Потім обговоріть, чому дитина зробила такий поділ.

6. Що б ви зробили, якби відчувли... Кожен тягне картку емоційного стану і відповідає, що б зробив би, якби відчув цю емоцію. Заохочуйте дитину надати досить детальні описи, завдяки яким ви зможете отримати більше інформації від дитини через гру. Дитина, в свою чергу теж буде знати, що відчувають дорослі та як реагують на певні емоції.

7. Емоційний детектив. Попросіть дитину закрити очі та покладіть картку з вибраною емоцією за її спину. Дитина повинна задавати питання (на які можна відповісти тільки «так» або «ні»), щоб здогадатися, яка емоція стоїть за його спиною. Потім поміняйтеся ролями.

8. Намалюй емоцію. Попросіть дитину вибрати картку з емоцією і намалювати те, що у неї асоціюється з емоцією. Потім поміняйтеся ролями.

9. Ви коли-небудь відчували... Дайте дитині картку з зображенням певної емоції та запитайте, чи відчувала вона її коли-небудь. Поговоріть про її причини. Спитайте, що відчувала при цьому дитина, що відбувалося в її організмі, що вона хотіла б робити і чого б не хотіла. Також важливо запитати: чи поведилася б вона так само зараз чи ні, що б змінила б у своїй поведінці і чому? Потім можна помінятися ролями.

10. Об'єднайте емоції в пари. Попросіть дитину вибрати дві картки емоцій, які, на її думку, часто з'являються разом. Потім наведіть приклад ситуації, в якій ці емоції виникають разом. Після виконання завдання ви міняєтеся ролями.

Найголовніше на цьому етапі психологічної роботи з дитиною є розвиток здатності дитини вербалізувати свої емоції та вміння їх «приборкувати». Це має вирішальне значення для здорового емоційного розвитку та відновлення дитини, що пережила важкий досвід війни.

Сьомий етап включає пошук внутрішніх психоемоційних ресурсів дитини шляхом виявлення та усвідомлення нею своїх сильних сторін. На цьому етапі тренуються навички свідомого використання сильних сторін через позитивне та уважне ставлення до себе. Це дозволить дитині краще справлятися зі змінами (включаючи кращу адаптацію до навчання в іншомовному середовищі та досягнення кращих результатів в навчанні); підвищити рівень задоволеності від життя в нових реаліях, що веде до зниження ризику розвитку депресивних станів; краще фізичне та психічне здоров'я (включаючи краще управління стресом).

Пошук внутрішніх ресурсів відбувається не тільки через життєвий досвід, а й через виявлення та зміцнення сильних сторін особистості, які включають духовні цінності та позитивні аспекти характеру. Через призму цих якостей робиться життєвий вибір та поведінка в складних ситуаціях. Сильні сторони дитини є найкращою рушійною силою для розвитку її позитивних навичок, талантів, цінностей, які реалізуються в майбутньому. Це емпірично доведено двома американськими психологами, засновниками позитивної психології Крістофером Петерсоном і Мартіном Селігменом (Peterson & Seligman, 2004).

Психолог на цьому етапі може використовувати «Картки розвитку впевненості в собі» розроблені в руслі позитивної психології наступним чином:

– Покажіть дитині картки та поясніть, що на кожній із них намальовані різні навички та дайте дитині переглянути на картки.

– Потім покладіть перед дитиною два аркуші паперу. На одному з них напишіть зрозумілою для дитини мовою: «Я це вже знаю», а на іншому: «Я про це хочу дізнатися».

– Скажіть дитині, що вона зараз розглядатимете картку за карткою і думатимете, до якої стопки її покласти. При цьому ставте дитині різні запитання, щоб допомогти прийняти рішення.

– Дитина бере першу картку, наприклад «Я вмю стежити за порядком», «Я вмю просити про допомогу», «Я можу залишатися спокійним у

складних ситуаціях», а ви запитуєте: як ви це робите? Коли ви останній раз це робили? Хто міг би розказати про це більше? Вам легко? Коли це вміння вам стане в нагоді? Чи можете ви зробити це достатньо добре чи хотіли б зробити це краще? Якби ви могли зробити це краще, що б змінилося?

– Розмістіть усі картки, поділивши на дві стопки. Дайте дитині час помітити та усвідомити ту кількість навичок, якими що вона вже володіє. Можна сфотографувати це на телефон, щоб дитина запам'ятала свої вміння і мала їх при собі.

Цей тип аналізу ресурсів, коли труднощі трансформуються у навички, дозволяє дитині помітити багато своїх сильних сторін, що дає можливість ставити перед собою нові цілі власного розвитку. Важливо, щоб дитина, шляхом роздумів, прийшла до цього самостійно. В подальшому житті це значною мірою підтримує її мотивацію до пошуку ефективного вирішення виникаючих проблем.

Коли дитина визначила навички, над якими хотіла б ще попрацювати, можна запропонувати їй техніку масштабування та самооцінки за допомогою шкалової самооцінки соціальних умінь і навиків дитини (Рис. 3). В основу цієї техніки покладено Методику шкалової самооцінки, запропоновану Кокун (2004). Ця методика легко модифікується та широко використовується при наукових дослідженнях параметрів психофізіологічного стану, емоційного стану, міжособистісних відносин, професійної ефективності (Бахмутова, 2020) та ін. психологічних показників. Перевагами даної методики є її зручність, універсальність, інформативність, надійність, експрес-характер, можливість класифікації та зіставлення, що дає можливість використовувати основні її принципи у створенні практичних методів психологічної допомоги.

<i>1. Навичка налагодження контактів з однолітками</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>2. Вміння поводитись у конфліктній ситуації</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>3. Вміння співпрацювати</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>4. Вміння спілкуватись</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>5. Вміння розуміти емоції</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Рис. 3. Шкалована самооцінка соціальних умінь і навиків дитини

В практичній роботі психолога шкалу вмінь і навиків дитини можна використовувати при визначенні рівня розвитку певних психологічних параметрів у дітей молодшого та середнього шкільного віку. Таке визначення задає психологу і дитині напрями психологічного розвитку. Для прикладу, розглянемо такі соціальні навички, як вміння налагоджувати контакти з однолітками; вміння поводитись у конфліктних ситуаціях; вміння співпрацювати; вміння розуміти

емоції. Для цього на аркуші паперу формату А4, розташованому горизонтально, вгорі зазначаємо назву цього вміння. Потім разом з дитиною потрібно визначити оціночні критерії цієї шкали. Цифра 0 означає повну відсутність цього навичку, а 10 означає, що навичка вже ідеально освоєна.

Запитайте у дитини, як би вона сьогодні себе оцінила згідно цієї шкали в балах від 0 до 10:

- Наскільки дружньою вона відчуває себе у дитячому колективі?
- Наскільки ефективно справляється в конфліктних ситуаціях?
- Наскільки впевнено дитина взаємодіє з іншими дітьми, спілкується, розуміє емоції?

Загалом психологи і педагоги виділяють близько 50 вмінь і навичок, яким варто навчити дитину для комфортного і безпечного функціонуванні в соціумі. Тому цю шкалу можна легко змінити чи доповнити необхідними елементами.

Дитина може зазначити відповідну цифру на шкалі. Коли дитина позначає цифру від 1 до 9, запитайте, що вона вже знає, що іноді робить, чим вона задоволена, що у неї добре виходить, з якими ситуаціями вона справляється легко, а з якими виникають труднощі. Будь-яке значення вище нуля свідчить про те, що дитина вже має певні ресурси. При цьому варто задавати дитині наступні питання: Чому ви про них розповідаєте? Коли дитина позначає цифру 0, запитайте, як до цього справлялася з цією ситуацією? Що робила, щоб захистити себе? Запишіть усі навички, методи та ситуації названі дитиною на аркуші паперу.

Потім попросіть дитину пригадати той час, коли оцінка за цією шкалою була вище, ніж зараз, навіть на один-два бали. Запитайте, що тоді було зроблено інакше? Що було сказано, чи про вона тоді думала? Що змусило її знизити самооцінку цієї ситуації? Позначте цю точку на осі та запишіть під нею всі навички дитини.

На наступному кроці попросіть дитину, позначити те місце на шкалі, де вона хотіла б бути, щоб бути впевненішою в собі та почуватися краще у складних для неї ситуаціях.

Потім попросіть дитину уявити, що вона вже там, де хотіла б бути, що вона вже розвинула ці навички. Запитайте: що, при цьому вона робила б по іншому? Що сказала б? Як відреагувала б? Дитина може записати свої відповіді в теперішньому часі. Наприклад: я можу сказати «стоп, зі мною так не можна»; я можу розвернутися і піти, не накричавши чи не вдаривши цю людину, я можу попросити своїх друзів про допомогу, я можу помітити, що в мені зростає злість і гнів. і т. ін.

Виясніть у дитини, які з цих навичок вона хотіла б почати практикувати та розвивати? Запитайте, чи потрібна допомога для відпрацювання цих навичок? Запропонуйте свою підтримку в набутті та відпрацюванні різних навичок, наприклад, розпізнавати та називати свої емоції (табл. 2) чи потреби, що ховаються за цими емоціями, формулювати наполегливі повідомлення, налагоджувати та будувати підтримуючі стосунки з однолітками тощо.

Домовтеся з дитиною, що до вашої наступної зустрічі вона повинна спостерігати, що і в яких ситуаціях вона відчуває? Коли в неї все добре? Як

вона вміє себе відстояти чи захистити? Що при цьому каже, що думає, хто їй допомагає? Які власні уміння і навички використала? Які нові (придумані) методи стають в нагоді? Коли справляється краще? Що при цьому робить по-іншому? Тощо.

Для дітей молодшого віку (5-9 років) використання шкали навичок може бути незрозумілим. Тому для кращого розуміння можна використовувати ігрові форми з використанням м'яких іграшок, паперових фігурок або зображення тварин, які втілюють різні навички. Наприклад, можна запитати дитину, яка відчуває надмірний страх у багатьох ситуаціях і реагує втечею: «Якби ти була /слоном/змією/тигром/вовком, що б ти зробила у цій ситуації? Як з цим впоралася б?» Або: «Якби ти був/була сміливим, сильним і спокійним, як слон, що б ти робив частіше? Як ти це продемонстрував би?» Ці типи запитань змушують дітей побачити та розвинути набагато ширший спектр можливої поведінки в складних ситуаціях. Дитина може пробувати різні стратегії та спостерігати за результатом: що з цього вийде? Як до цього ставляться? Важливо, щоб батьки були в курсі тих навичок, на які дитина надихнулася персонажем або твариною, яку вона вибрала. Тоді вони можуть підтримати дитину, нагадавши і запитавши «що б зробив слон?».

Таким чином, використовуючи підхід, орієнтований на самоусвідомлення, формулювання та пошук шляхів вирішення проблем – дитина зосереджується на цілях, потребах і навичках. Запропонований метод шкалової самооцінки вмінь і навичок психологічної роботи з дітьми завжди можна модифікувати в залежності від особливостей дитини та тих обставин в яких вона знаходиться.

3.4. Групова психологічна робота з біженцями

Ефективна підтримка дітей-біженців потребує системних дій, що включають: психологічне консультування батьків (індивідуальне і групове шляхом проведення семінарів чи вебінарів); заходи в школах приймаючої країни, що спрямовані на інтеграцію дітей в нове навчальне середовище; групові заняття тренінгового характеру, що базуються на активній діяльності з урахуванням крос-культурної психології (Бахмутова, 2023b).

Перевагою групових занять в центрах допомоги біженцям є можливість надати психологічну підтримку більшій кількості дітей. Там психолог може спостерігати, як діти взаємодіють у групі; визначати тих, хто потребує більшої уваги, індивідуальної підтримки чи супроводу.

Однією з форм таких групових занять є **майстер-класи**. Ці заняття дають змогу дітям практикувати соціальні навички: спілкування, міжособистісної взаємодії, співпраці, конструктивних способів виходу з конфліктних ситуацій. В психотерапевтичних і психолого-педагогічних цілях корисно використовувати, наприклад, техніки арт-терапії. Регулярні групові заняття дають дітям можливість висвітлити свої емоції (наприклад, розказати про тривожність та стрес пов'язані з адаптацією до нової культури та життям у

невизначеності, або поділитись хворобливими спогадами про важкі пережиті події, висловити свої переживання). Завдяки груповим зустрічам діти розуміють, що вони не самотні у своїх переживаннях та важкому досвіді і що в інших також може бути подібний досвід. У процесі групової взаємодії діти нормалізують емоційні симптоми та отримують можливість побачити різноманітні перспективи свого подальшого життя і розвитку.

Метою групової арт-терапії є психологічне перезавантаження, заспокоєння, адаптація та стимуляція творчого мислення. Окрім того, арт-терапію можна вдало використовувати у якості інтегративних та адаптаційних занять, де через мистецтво біженці пізнають норми та культурні особливості приймаючої країни, глибше розуміють власну ідентичність.

Оскільки інтеграція є двостороннім процесом і неможлива без відкритого ставлення приймаючого суспільства, то більш ефективним є проведення інтеграційних заходів за сумісної участі біженців та громадян приймаючої країни. Як приклад, це можуть бути творчі зустрічі з українськими поетами чи письменниками у супроводі психолога, де присутні діляться своїми культурними надбаннями, створюють крос-культурне творче середовище в якому є можливість обмінятися культурною спадщиною та створити власні оригінальні твори. Такі заходи сприяють спілкуванню, інтеграції, розвитку взаєморозуміння у приймаючому середовищі. Як бачимо, групова психологічна допомога біженцям доволі специфічна і може набувати різної форми та змісту. При цьому дуже важливо пам'ятати про специфіку та індивідуальність кожної групи, вікові відмінності та запити. Тому слід уникати узагальнень. Це особливо важливо під час роботи в групах в інтеграційних центрах для іноземців чи інших колективних пунктах розміщення біженців. Кожна людина з досвідом вимушеної міграції має свою унікальну життєву історію, риси характеру, темперамент, інтереси та сильні сторони. Варто пам'ятати, працюючи з групою – ми одночасно працюємо і з кожним індивідуально, враховуючи особливості потреб та цілей допомоги.

Мовне розмаїття.

У центрах для іноземців психологу найчастіше доводиться працювати з мультикультурними групами. Біженці різною мірою знають польську мову. Багато з них спілкувалися українською і російською. Мовне розмаїття, а в деяких випадках і мовний бар'єр, є проблемою для проведення занять з польськими фахівцями. Українські психологи були дуже ефективними, проводячи заняття трьома мовами: українською і польською, як виключення – російською з людьми, що не могли, висловитись іншою мовою.

При проведенні такого типу групових занять зазвичай використовуються прийоми, що вимагають максимального моделювання та демонстрації. В таких випадках прийнятним є використання графічних засобів (наприклад, правил групового малювання) і методів арт-терапії, багато з яких є невербальними (художня техніка, танець, рух, музика). Хорошим інклюзивним ритуалом є привітання (вітати один одного всіма мовами, якими розмовляють люди в групі). Також важливо створити можливості для дітей навчати інших людей базовим фразам рідної мови.

Плануючи заняття з біженцями, потрібно пам'ятати про культурні відмінності, особливо ті, що стосуються сприйнятливих норм міжособистісного простору, особистих кордонів та статі. Важливо пам'ятати про це, коли ми пропонуємо вправи з торканням до інших людей. Деякі постраждали біженці не бажають, щоб хтось торкався їх тіла. З цього приводу багато вправ можна творчо адаптувати, наприклад, коли ми торкаємось когось шарфом або кидаємо м'ячик. Уважне спостереження за групою та індивідуальними реакціями окремих осіб є джерелом великого натхнення у творчій адаптації доступних вправ і методів, щоб вони відповідали поставленим запитам. Під час занять важливо ставитися до культурного різноманіття як до ресурсу цієї групи та відзначати його.

Ще однією особливістю роботи з біженцями в інтеграційних центрах є висока плинність групи. До центру приходять нові люди, інші йдуть (іноді люди прибувають тільки на одне заняття). При цьому ті люди, що лишаються – можуть глибоко переживати переїзд в інше місце близького друга. Для них це ще одна втрата. Зміна складу групи перезапускає групові процеси. Увійти в групу новоприбулим допомагає спільно створений ритуал привітання під час кожного заняття. Це може бути вітальна пісня, під час виконання якої кожен учасник в ритмі постукування називає своє ім'я, а всі інші його повторюють. Психологу у таких випадках варто постійно практикувати командоутворюючі вправи та ігри.

Слід відмітити, що діти-біженці мають багато ресурсів, талантів і сильних сторін, які, на жаль, часто можуть залишатися непоміченими в шкільному класі, особливо у тих дітей, які не знають польської мови або соромляться своєї вимови. Підбір різноманітних технік під час регулярних групових занять у центрах дає можливість кожній дитині відчувати та показати іншим дітям, що вони в чомусь хороші. Цінність таких занять полягає в тому, що діти можуть досліджувати свої інтереси та вподобання, випробовуючи різні види діяльності. Все це поступово вибудовує опорний базис людини та сприяє створенню «свого» оточуючого середовища.

Приклади технік та групових занять та арт-терапії.

Глибшому пізнанню оточуючого середовища та зануренню в нього сприяє *терапія культурою та творчістю*. Це, як вже було сказано, проводиться з використанням книг, казок, фільмів про різноманітність та інклюзивність. Гарним прикладом подібної практичної роботи є «Літературні ранки» в Українському Домі в Перемишлі. На сумісних польсько-українських зустрічах з поетами чи письменниками кожен учасник може прочитати свої вірші та прозу українською, польською та іншими мовами. Учасники разом грають у творчі ігри, складають вірші, обмінюються емоціями, розповідають про те, що спонукало їх до творчості та написання тих чи інших рядків.

Техніки з використанням образотворчого мистецтва: живопис, малювання, вільне малювання, на задані теми. Наприклад, можна використати наступні теми: «Дерево життя», «Мої найкращі спогади», «Мої мрії», «Трояндовий кущ», «Мій портрет». Ці теми в процесі малювання спонукають людей виразити свій емоційний стан, поглянути на себе зі сторони,

переосмислити пережите, побачити власні майбутні перспективи. Пам'ятаючи, що не всі люди люблять малювати або думають, що вони не вміють це робити, варто використовувати такі форм психологічної роботи, щоб мінімізувати опір. Це може бути малювання на великих аркушах паперу, склеювання шматочків паперу, створення коміксів із частковим використанням підготовлених елементів, малювання вугіллям під музику із закритими очима, фотографування один одного, малювання світлом (тобто використання кольорових світлових паличок для створення світлових зображень, задокументованих фотографією). Наведемо кілька прикладів арт-терапії з дітьми-біженцями:

Вправа 1: «Малювання портретів».

Мета: самовираження, зміцнення самооцінки.

Тривалість: 45 хв

Форма роботи: малювання, наклеювання.

Матеріали: Покладіть на підлогу великий рулон сірого паперу та підготуйте фарби; креповий папір, пряжу, клей, будь-які інші матеріали, які придумаете (мушлі, штучні квіти, листя).

Хід заняття: Об'єднайте дітей у пари або малі групи (на добровільній основі). Скажіть дітям, що їхнім завданням буде зробити свої автопортрети. Попросіть дітей розташуватися на сірому папері в потрібних їм положеннях і обвести контури один одного. Потім запропонуйте їм намалювати та наклеїти свої автопортрети. Нагадайте дітям, що вони можуть будь-яким чином виражати себе, виявляти свої риси характеру, інтереси тощо. Після закінчення розмістіть їхні роботи на видному місці. Попросіть кожну дитину стати біля свого портрета і коротко розповісти про нього, наприклад: «Я, як ви бачите, люблю..., наприклад, футбол, червоний колір, у мене багато енергії, тощо». Підтримайте кожну дитину аплодисментами.

Вправа 2: «Вказівники щастя».

У виконання задіяні діти і дорослі.

Мета: пробудження креативності, зміцнення волі до життя, спосіб бути почутим, пробудження позитивних емоцій Тривалість: 60–90 хвилин плюс час на виставку.

Форма роботи: наклеювання.

Під час цієї вправи діти разом створюють свій шлях до щастя. Кожна дитина задається питанням, що, на її думку, робить її щасливою і що є важливим. Потім вона створює свій вказівник щастя в техніці колажу на вказівнику обраної форми, вирізаному з сірого картону. Вона робить колаж, використовуючи вирізані фотографії та гасла з обраних нею газет і журналів. Всі вказівники розміщуються в кімнаті, в коридорі або на вулиці. Діти запрошують дорослих мешканців центру на прогулянку серед знаків щастя та розповідають про свої роботи.

Вправа 2: Театральні-драматичні техніки.

Розігрування сценок, спільні вистави на важливі для біженців теми, дозволяючи їм самим брати участь в дійстві та розповідати свої історії, випробувати нові ролі та поведінку. Натхнення також можна знайти у творах українських письменників і поетів.

Заняття в міжкультурних класах місцевих шкіл, які відвідують діти-біженці в Польщі вирізняються спеціально організованими та включеними до розкладу інтеграційними заходами. Ці заходи спрямовані на інтеграцію дітей через створення для них можливості зустрічатися в менших групах, парах, разом виконувати завдання, знаходити спільні інтереси з метою формування позитивного ставлення до міжкультурного різноманіття; підвищення обізнаності про явища, що виникають на стику культур (стереотипи, упередження, культурні відмінності) і навчання тому, як з ними справлятися; розуміння та співчуття до досвіду дітей-біженців (але не викликання почуття жалю!).

Для досягнення поставленої мети – культура країни походження дітей-біженців повинна бути представленою з привабливої сторони та адаптованою до віку дітей. Проведення інтеграційних уроків про різні культури та демонстрація переваг мультикультуралізму – корисно у випадках, коли польські діти мають стереотипи чи упередження стосовно певної релігійної чи національної групи, з якої походять діти-біженці. Цьому можуть бути присвячені серії семінарів для батьків з дітьми, де кожен семінар присвячений окремій культурі, дозволяє дітям та їх батькам зрозуміти та поступово звикнути до культурних відмінностей і набути міжкультурних навичок в спілкуванні і стосунках. Добре, коли є можливість долучити до таких семінарів дорослих, які представляють певну культуру та мають досвід міграції чи біженства. Практично доведено ефективність таких методів роботи для розуміння корінним населенням проблем адаптації біженців у новій культурі. Це дозволяє безпечно зрозуміти почуття, які можуть супроводжувати адаптацію до нової країни, відчути проблеми, які можуть виникнути в міжкультурному контакті, наприклад, при наявності певних упереджень і стереотипів.

Цікавою і корисною для розвитку мультикультурального середовища є *вправа «Чотири фотографії»* Вона про те, що нам подобається.

Мета: інтеграція, формування позитивного ставлення до різноманітності, в тому числі культурної різноманітності.

Тривалість: 10 хвилин.

Форма роботи: рухова вправа з фото.

Хід вправи: Скажіть дітям, що в цій вправі у них буде можливість подумати про те, хто вони, що їм подобається, що їм не подобається. Вони також матимуть можливість побачити, що важливо для їхніх однокласників. Скажіть дітям, що ви розмістите чотири різні фотографії в різних місцях кола. Коли ви скажете: «Йди», то кожна дитина стає біля фотографії, яку вона найбільше впізнає або яка їй найбільше подобається. Попросіть дітей бути спостережливими і запам'ятовувати з ким вони стоять біля обраної ними фотографії. Тематиками фотографій можуть бути: тварини (4 шт.), рослини (4 шт.), їжа (4 шт.), спорт (4 шт.), фільми (4 шт.). Важливо підготувати набір фотографій, який буде цікавий учням класу, з яким ви працюєте. Запитайте дітей одного за іншим, чому вони стали на вибране місце. Діти добре реагують, коли гра приймає форму телепрограми, яка називається «Що люблять діти в класі?» — запитує вчитель окремих дітей за допомогою мікрофона ті

відповідають (використання мікрофона дозволяє привернути увагу дітей і переконатися, що говорить лише одна людина).

Потім діти повертаються на свої місця в класі. Щоб завершити гру, поставте їм такі запитання:

– Ви завжди стояли з одними й тими ж людьми? Чи з різними?

– Чи люди, які стояли біля тієї самої фотографії, так само як ви, чи по-іншому сказали, чому вони вибрали цю фотографію?

Поговоріть з дітьми про те, що ми можемо мати різні спільні вподобання з різними людьми, наприклад, хтось може стояти з іншими людьми, вибираючи свою улюблену тварину, а інші обирають свій улюблений вид спорту. Люди, які вибрали ту саму фотографію в певній категорії, могли зробити це з абсолютно інших причин. Щоб використати цю вправу для формування позитивного ставлення до мультикультуралізму та інтересу до інших культур, можна вибрати фотографії їжі та казки з різних культур. Поговоріть з дітьми про те, чи знають вони, звідки походять суші, піца, борщ, чи морозиво. Хто придумав ці страви, звідки походить інжир, чи живуть слони в Польщі в дикій природі, звідки авокадо чи манго на нашій тарілці тощо.

Вправа: «Урок іншої мови».

Мета: співчуття та розуміння досвіду дитини-біженця, заохочення дітей до підтримуючого ставлення до іноземної дитини в класі.

Час: кілька хвилин плюс обговорення.

Форма роботи: моделювання, обговорення на форумі

Хід роботи: Запросіть учнів у невелику подорож. Скажіть їм, що ви запрошуєте їх на урок в іншу країну, не повідомляючи, яка це країна. Попросіть їх уявити, що вони йдуть до нової школи чи класу. Проведіть урок тривалістю кілька хвилин (в залежності від віку дітей, з якими працюєте). На уроці прикидайтеся вчителем, який не знає польської мови. Розмовляйте з дітьми іноземною мовою, яку вони не знають (це може бути конкретна мова, яку вони не знають, або вигадана мова). Попросіть дітей виконати, здавалося б, прості завдання: запитати ім'я, вік, звідки хтось, попросити повторити: мене звати..., навчити рахувати до десятків і т. д. Потім можна прочитати невеликий текст на обрану тему (вибрану для групи) або зробити диктант і запропонувати дітям написати щось на слух.

Після завершення моделювання скажіть дітям, що урок іноземної мови закінчено, і поговоріть з ними про цей досвід, поставивши їм такі запитання: Що ви відчували під час цієї вправи? Які у вас були думки? Що ви спостерігали? Що ви намагалися зробити в цій ситуації? Діти найчастіше кажуть, що їм було дивно, що вони розгубилися, відчували стрес, деякі кажуть, що це було смішно. Важливо прийняти всі відповіді. Потім запитайте учнів, чи були вони коли-небудь у своєму житті в подібній ситуації? Це запитання дає всім дітям можливість поговорити про свої міжкультурні контакти. Діти-біженці, які навчаються в класі, можуть розповісти про свій досвід, про те, що було, коли вони потрапили в клас, або, можливо, про те, що вони почувають досі. Необхідно бути чуйним і ставитися з повагою, якщо дитина-біженець у класі не хоче говорити про свої почуття. Якщо дитина з досвідом біженства чи

міграції вирішила поговорити, то варто запитати її чи його, як це було, як вони справлялися з цим і як їм зараз. Варто запитати у дитини, які мови вона знає. Ви можете запропонувати дитині провести міні-урок рідною мовою, навчаючи клас, наприклад, українською. Відповісти українською на питання: Як мене звати? На наступному етапі вправи попросіть дітей уявити, що в їхній клас приходить нова дитина з країни, де вони щойно були на уроці, яка не знає польської мови. Обдумайте, як ви можете підтримати нового колегу. Як з нею/ним спілкуватися? Як зробити новій людині комфортно в класі та в школі? Важливо шукати конкретні шляхи і говорити про конкретну поведінку. Для посилення ефекту можна розіграти запропоновані рішення в сценках.

Іншою ефективною вправою для налагодження міжкультурного контакту, є вправа «Гості та Господарі», де практикується прийом біженців у шкільному середовищі та показує подорож біженців і їхній досвід. Це може бути дуже повчальним для школярів і часто використовується в роботі з польськими підлітками, але лише в класах, де немає дітей-біженців. Дітей з досвідом біженства це може занадто наблизити до реального пережитих подій та призвести до повторної травматизації.

* * *

Отже, психологічна допомога українським біженцям в Польщі носить індивідуальний і груповий характер, приклади яких ми розглянули. Визнається і практикується все більше методів, за допомогою яких робота психолога може відігравати позитивну роль у нормалізації психологічно стану біженців через проживання втрати минулого, прийняття нового оточуючого середовища; поступове пізнання та занурення в культурне і мовне середовище приймаючої країни, створення нового опорного базису як варіантів альтернативного майбутнього та адаптації в новому оточуючому середовищі. Сприяє цьому розвиток емпатії серед корінного населення та руйнування стереотипів сприйняття людей з інших країн, культур і релігій, кидаючи виклик негнучким культурним традиціям і упередженням.

Все це сприяє інтеграції біженців через побудову стосунків, створенню для них безпечного простору, прийняттю і розумінню їх емоцій, обміну досвідом, розвитку соціальних навичок невимушеного спілкування, психосоціальної освіти з емоційної регуляції, подоланню психологічних перешкод та стресу, попередженню жорстокого поведіння, зміцненню самооцінки та свободи волі, адаптації до іншої мови і культури. Це сприяє, появі у біженців нових перспектив, альтернативних рішень, власних ресурсів та сильних сторін у стосунках з оточуючими. Запропоновані методики, практики, підходи та ініціативи, можуть бути використані в якості комплексної стратегії у процесі роботи психологів і педагогів з біженцями, мігрантами та переміщеними особами в інших зарубіжних країнах і Україні для зниження рівня стресових чинників, запобігання та полегшення хронічних та чисельних симптомів пов'язаних з синдромом Улісса та його ускладненнями, для збереження психологічного здоров'я українських біженців та переміщених осіб, сприяння їх успішній інтеграції на новому місці проживання.

Розділ 4.

Психофізіологічне забезпечення життєстійкості українців під час війни та повоєнного відновлення

В умовах воєнного конфлікту психологічна та фізична стійкість стають невід'ємною складовою для виживання та подолання випробувань. Нині, коли Україна стикається з викликами військових дій та геополітичних напружень, розуміння психофізіологічної стійкості українців набуває особливого значення. Ця стійкість – це не лише здатність зберегти психічне здоров'я у стресових умовах, але й зберігання фізичних та емоційних ресурсів для виправданої реакції на складні ситуації.

Війна і її наслідки значно впливають на психологічний і фізіологічний стан людей через різні чинники, серед яких, насамперед, є стрес і тривога. Період воєнного конфлікту є періодом підвищеної нестабільності та небезпеки. Люди відчувають постійний стрес і тривогу через загрозу для свого життя та життя своїх близьких. Психологічні травми: цивільні громадяни чи учасники воєнного конфлікту можуть бути свідками насильства, втрати близьких, а також бути безпосередньо учасниками травматичних ситуацій. Це часто призводить до розвитку ПТСР та виникнення інших психологічних проблем. Соціальна ізоляція: воєнний конфлікт руйнує соціальні структури і спричиняє відчуття ізоляції та втрати підтримки спільноти, що в свою чергу погіршує психологічний стан осіб. Це відчувають сьогодні мільйони вимушених біженців всередині країни, а також за її межами. Фізичні травми і хвороби: участь у військових діях чи перебування у зоні поблизу військових дій, та й повсюди на території України, яка піддається постійним ракетним обстрілам, призводить до отримання серйозних фізичних травм або хронічних захворювань, у тому числі психосоматичних. Економічний стрес: воєнний конфлікт, як ми всі спостерігаємо, спричиняє економічну нестабільність, втрату робочих місць та зниження рівня життя. Це стає додатковим джерелом стресу для багатьох українців і негативно впливає на їхнє психологічне та фізіологічне благополуччя.

Українські та зарубіжні науковці активно досліджують проблему *психологічної стійкості*. Вони вже накопичили значну кількість даних та розробили теоретичні моделі для практичного застосування. Сучасні українські дослідження визначають психологічну стійкість як здатність особистості протистояти життєвим труднощам та зберігати здоров'я і працездатність. Вона включає в себе такі аспекти, як врівноваженість, стабільність і опірність.

Деякі дослідники розглядають *психічну стійкість* фахівця як здатність зберігати максимальну працездатність у стресових ситуаціях та досягати успіху. Це передбачає не лише стабільність, а й взаємодію відповідно до вимог діяльності та згідно з індивідуальними характеристиками особистості. Рівень психічної стійкості має пряий вплив на професійну компетентність фахівців.

Вона проявляється у здатності відновлювати позитивні психічні стани після стресів. Уявлення про стійкість може включати її різні аспекти, такі як здатність повернутися до початкового стану після стресу тощо.

Взагалі, психологічна стійкість поєднує в собі врівноваженість, стабільність і опірність на всіх рівнях існування людини: біологічному, психологічному і соціальному. Психологічна стійкість, за деякими дослідниками, розглядається як здатність особистості до адаптації та забезпечення інтегрованості функцій, не обов'язково залишаючи незмінною їхню структуру. Інші автори розуміють її як гнучку рівновагу в особистісних структурах, що свідчить про здатність до саморегуляції та самоорганізації.

Психологічна стійкість вважається цілісною якістю особистості, що виявляється у здатності адаптуватися до негативного впливу зовнішніх та внутрішніх чинників, а також у саморегуляції та саморозвитку. Однією з її функціональних ознак є успішність діяльності, включаючи професійну. На думку деяких вчених, психологічна стійкість гарантує особистості витримку у складних ситуаціях та стійкість до стресу. Ця якість формується разом з розвитком особистості та залежить від її досвіду, нервової системи та рівня пізнавальних структур (Кокун та ін., 2022).

У науковій літературі вживаються різні терміни, такі як «резилієнс», «стресостійкість», «життєздатність» та інші, щоб описати психологічну стійкість. Наприклад, англійські дослідження звертають увагу на резилієнс як на процес позитивної адаптації до стресу, а українські дослідження частіше розглядають його як стійкість до стресу та здатність зберігати нормальне функціонування під час психотравматичного впливу (Кокун & Мельничук, 2023).

Зарубіжні науковці відзначають зростання уваги до процесуального розуміння резилієнсу, що визначається переходом від концепції резилієнсу як особистісної риси до розуміння його як динамічного процесу. Резилієнс розглядається як здатність людини до подолання труднощів у негативних умовах та збереження психологічної рівноваги. Цей процес включає адаптивну властивість людини повернення до нормального функціонування після стресу. До чинників резилієнсу відносяться особистісні якості, такі як позитивне ставлення до себе та соціальна підтримка. Також важливі турботливі стосунки, реалістичні плани, впевненість у собі, комунікативні навички та здатність керувати емоціями.

Психологічна стійкість є динамічним процесом, що взаємодіє з ризиковими та компенсаторними чинниками протягом життя. Наприклад, деякі зарубіжні дослідження показують, що навіть при щоденних стресах, люди в країнах т.з. «третього світу» можуть мати стійкість завдяки вірі в здатність подолати негаразди, культурним цінностям та наполегливості в досягненні життєвих цілей.

Психологічна стійкість не обмежується лише способом мислення. Вона також пов'язана з вегетативною регуляцією, що вимірюється змінами серцевого ритму, які можуть вказувати на здатність адаптуватися до змін у навколишньому середовищі. Генетичні і нейрохімічні чинники грають важливу

роль у розвитку психологічної стійкості через біологічну реакцію на стрес. Психологічна стійкість є складною конструкцією, яку характеризують особистісні, зовнішні та соціальні аспекти.

Психофізіологічна стійкість, на нашу думку, означає здатність організму адаптуватися до стресу на рівні фізіології та психіки. Це включає реакції організму на стресові ситуації, такі як зміни в серцевому ритмі, диханні, та інших фізіологічних параметрах, які впливають на психічний стан.

Впродовж історії людства сталося багато локальних конфліктів та широкомасштабних війн, які вплинули на фізичне та психічне здоров'я людей. Необхідно враховувати, що психофізіологічні порушення, викликані війною, можуть мати серйозні наслідки для особистості та суспільства в цілому. Нещодавні дослідження показують, що психологічний травматизм у результаті війни може призвести до депресії, посттравматичного стресового розладу та інших проблем. Такі події можуть значно вплинути на різні аспекти життя людини, включаючи її здоров'я, міжособистісні відносини та соціальну інтеграцію. Наприклад, проведене в Україні дослідження показало, що значна частина населення вже зазнала впливу війни на своє життя, що відбулося через особисту участь у воєнних діях або переживання небезпеки для власного життя. Це свідчить про важливість розвитку програм підтримки та реабілітації для тих, хто постраждав від воєнних подій.

Вчені з Американської асоціації психологів виявили, що після пережитої психотравми людина на початковому етапі відновлення може відчувати себе дезорганізованою, проте з часом її самопочуття поліпшується, навіть порівняно з тим, як воно було до травми. Дослідження вчених з Огайо свідчить про те, що більшість людей, які пережили війну, поступово адаптуються до нових реалій і відновлюються. Деякі з них навіть демонструють явище, яке можна назвати «другим диханням». Цей феномен може бути пояснений теорією Хабфолла, яка вказує на те, що травма може викликати як втрату, так і отримання важливих ресурсів.

У той же час, наукові дослідження показують, що під час війни баланс у мозку між симпатичною і парасимпатичною системами порушується, що призводить до змін у поведінці та активації амігдали – структури, відповідальної за реакції на потенційні загрози. Ці фізіологічні реакції можуть бути тимчасовими або тривати до кількох тижнів залежно від психічного стану та інтенсивності стресу. Також амігдала може впливати на збереження спогадів, що може призвести до забуття деяких важливих деталей або навіть до втрати контролю над думками. Ці дослідження свідчать про те, що в екстремальних умовах люди можуть проявляти різні реакції та поведінку, що залежить від різних факторів, таких як темперамент, характер та стійкість до стресу. І, нарешті, сучасні дослідження підтверджують, що гіперстрес, який виникає у зоні конфлікту, є нормальною та автоматичною реакцією тіла та психіки на життя у важких умовах, але водночас психотравматичні події можуть мати довгостроковий вплив на здоров'я та благополуччя людини (Лупанець & Войтович, 2023).

Війна є найважчою кризовою ситуацією в історії людства, що впливає на всю популяцію країни і завжди викликає стресову реакцію організму, що призводить до масових фізичних та психоемоційних страждань великої кількості людей одночасно. З початку повномасштабної війни, яку Росія розпочала проти України 24 лютого 2022 року, проблема психотравматизації та, відповідно, психологічних порушень та змін у населення країни, стала загальнонаціональною. Поранення, тортури під час полону та окупації, смерть багатьох людей, руйнування міст і сіл, постійний страх за власне життя і безпеку близьких, боротьба за майбутнє – це реалії життя українців уже третій рік поспіль.

Психологічний стан та психічне здоров'я під час військових дій є дуже важливими. Багато людей переживають виснаження, втому, тривогу та паніку. Важливу роль у виживанні в екстремальних ситуаціях відіграє *психофізіологічна життєстійкість* людини, яка дозволяє їй швидко адаптуватися та відновлюватися після стресу та потрясінь. Для підвищення психофізіологічної життєстійкості необхідно враховувати ознаки та чинники життєстійкості, які можуть бути складні для диференціації, оскільки часто вони проявляються у різних аспектах. Війна, як стресовий фактор, негативно впливає на всі ознаки та чинники життєстійкості, що може призводити до різноманітних психофізіологічних порушень та загрози як для окремих осіб, так і для суспільства в цілому. Розуміння цих психологічних порушень є важливим для професійного надання психологічної допомоги та уникнення негативних наслідків у майбутньому.

«Психологічна стійкість (витривалість, резиліентність) – здатність проходити крізь життєві випробування, зберігаючи при цьому психічне здоров'я, особистісну цілісність. Для науковців і фахівців неймовірно важлива тема для дискусій, досліджень, наукових конференцій. ...Зараз у нас війна і ми гартуємо нашу стійкість усі разом. Бо вона так потрібна нам не лише для того, щоби дати собі раду з усіма стресами та випробуваннями, пов'язаними з жахіттям війни, але – щоби усім разом перемогти у цій війні» (Романчук, 2022).

4.1. Окремі практичні підходи до психофізіологічного забезпечення життєстійкості українців

Розуміння психологічних порушень, що виникли у населення країни під час воєнних дій, є ключовим для надання професійної та якісної психологічної допомоги постраждалим і в період війни, і в післявоєнний період. Це дозволяє захистити людей від негативних наслідків війни та якісно змінити їхнє життя в особистому, соціальному та професійному вимірах. Таким чином, висока актуальність та наполеглива потреба в дослідженні психофізіологічних, емоційних та соціальних змін або розладів, які виникли серед населення України під час конфлікту, стає очевидною.

Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни», яке відбулося у червні-липні 2022 року мало на меті дослідження поточного стану і значення життєстійкості для збереження психічного здоров'я різних соціальних груп населення України в умовах війни (Кокун, 2022). Загальний аналіз результатів опитування (докладніше див. розділ 1, зокрема, параграф 1.4) актуальний наразі і використовується для розробки науково обґрунтованих пропозицій з метою зміцнення психофізіологічної стійкості та професійної життєстійкості населення України в умовах воєнного конфлікту та після його завершення.

Інше дослідження, проведене співробітниками лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, з використанням Опитувальника для отримання інформації про демографічні характеристики респондентів та вплив на них воєнних подій (11 запитань) (Кокун, 2022), Шкали психофізіологічної стійкості Коннора-Девідсона-10 (Campbell-Sills & Stein, 2007), Опитувальника для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау та ін., Гіссенського опитувальника соматичних скарг та Опитувальника ресурсних каналів подолання стресу за моделлю Basic-Ph (Lahad & Leykin, 2013; український варіант 2014 року), виявило значний вплив воєнних подій на психічне та фізичне здоров'я громадян України. Більшість респондентів (71,1%) мали особистий досвід, пов'язаний із війною, включаючи вимушені переїзди, участь у бойових діях, перебування на окупованих територіях та волонтерську діяльність (Панасенко & Войтович, 2023).

Війна спричинила значні негативні зміни в житті респондентів: 35,1% зазнали професійних втрат, 60,5% зіткнулися з погіршенням матеріального становища, а 21,1% втратили житло. Крім того, 5,3% отримали поранення, а 26,3% мали поранених близьких. Майже 82% учасників пережили небезпеку для життя, а 57,9% зазнали погіршення стану здоров'я, 76,4% – погіршення емоційного стану, та 26,4% – погіршення життєвих перспектив. Високий рівень ймовірності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) виявлено у 36,8% респондентів, ще 26,3% мають граничні показники, що свідчить про необхідність психологічної допомоги для 63% опитаних. Психофізіологічна стійкість виявилася вищою у чоловіків ($M = 31,1$), ніж у жінок ($M = 25,7$). Жінки частіше скаржилися на стан здоров'я, ніж чоловіки, що потребує подальшого дослідження.

Ці результати підкреслюють важливість надання психологічної підтримки та розвитку психофізіологічної стійкості серед постраждалих від війни. Психологічна допомога населенню під час війни та післявоєнна реабілітація населення потребує впровадження науково обґрунтованих методів для підтримки психічного здоров'я та стабілізації психофізіологічної стійкості. Аналіз результатів національного дослідження «Твоя життєстійкість в умовах війни» та інших досліджень цієї тематики підтверджує необхідність розробки методів забезпечення ефективної підтримки та адаптації громадян до викликів війни та подальшого відновлення (Кокун, 2022).

Масштабний стрес, що переживали та продовжують переживати українці з початку вторгнення Росії в Україну у лютому 2022 року, призводить до різноманітних психофізіологічних порушень. Цей стрес спричиняє загострення або виникнення нових соматичних захворювань, погіршення загального стану, спричиняє спотворене бачення дійсності, порушує звичну поведінку і сприйняття себе й оточення, а також знижує якість особистого та професійного життя. Без своєчасної кваліфікованої психологічної допомоги це може призвести до негативних наслідків як для кожної людини окремо, так і для суспільства в цілому, створюючи тривалі соціальні, політичні та економічні проблеми для країни у майбутньому.

Розуміння масштабів психологічних порушень у населення країни є критичною умовою для професійного, якісного та своєчасного надання психологічної допомоги постраждалим під час війни та у повоєнний період, забезпечуючи їх від негативних наслідків війни та якісно змінюючи їхнє життя в особистому, соціальному та професійному плані. Саме цій меті присвячене дослідження психофізіологічних, емоційних та соціальних змін, що зазнало населення України під час воєнних дій. Аналіз результатів цього дослідження свідчить про наявність різноманітних психологічних та фізіологічних порушень і змін у досліджуваних: соціальних, поведінкових, професійних, когнітивних та емоційних. Дослідження також показує, що порушення, викликані військовим стресом, мають тенденцію до регресії і можуть мати довгострокові наслідки.

Життестійкість як якість, є ключовим фактором у виживанні у важких обставинах. Вона дозволяє людині швидко адаптуватися до складних ситуацій та швидко відновлюватися після стресу. У дослідженнях, що спрямовані на підвищення життестійкості, важливо враховувати ознаки і чинники цієї якості. Проте, їх важко диференціювати, оскільки часто вони можуть виступати в різних ролях. За дослідженнями Кокуна та ін. (2022), до основних ознак життестійкості відносяться стресостійкість, моральна стійкість, фізична і нервово-психологічна витривалість, а також вміння використовувати методики саморегуляції та релаксації. Щодо навичок, до них належать здоровий спосіб життя, навички аналізу та рефлексії, робота з суперечливою інформацією та комунікаційні навички. Більшість з цих ознак є важливими чинниками життестійкості. Однак, війна як великий стресор, негативно впливає на всі ці аспекти, призводячи до різних психофізіологічних порушень та загроз для особистого та професійного життя. Розуміння масштабів цих порушень є важливим для надання якісної та своєчасної психологічної допомоги. Це не лише допоможе індивідам уникнути негативних наслідків, а й сприятиме соціальному відновленню країни після війни.

Проведені нами у 2022-2023 рр. дослідження показали, що психологічні та психофізіологічні прояви клієнтів у перші чотири місяці війни та після цього періоду є репрезентативними і відображають широкий спектр емоційних та поведінкових реакцій, які виникли в умовах війни та стресу (Лупанець & Войтович, 2023). Наприклад, найпоширеніші прояви, такі як страх за життя та майбутнє, тривожність, емоційна нестабільність та відсутність мотивації, свідчать про серйозний вплив стресових подій на емоційний стан та

психологічний комфорт особистості. Депресія, відчуття виснаженості та погіршення сну також є загальними симптомами стресу, які можуть суттєво вплинути на якість життя та ефективність функціонування особи. Поведінкові порушення, такі як зниження соціальної активності та пасивність, а також фізичні прояви стресу, такі як головний біль чи погіршення зору, також можуть бути показниками негативного впливу війни на психічне та фізичне здоров'я.

Аналіз таких показників допоміг розробити та налаштувати ефективні *програми психологічної допомоги*, спрямовані на зниження стресу та поліпшення психічного благополуччя населення під час воєнних конфліктів.

Декілька ключових спостережень:

Загальна кількість звернень: під час перших чотирьох місяців війни кількість звернень була значною, що засвідчило високий рівень психологічного дистресу серед населення під час конфлікту.

Динаміка проявів: деякі прояви, такі як страх за життя та майбутнє, тривожність та напруга, залишались високими і в першій, і після 4-х місяців війни, вказуючи на продовження стресу та тривалий термін адаптації.

Зміни в інших симптомах: деякі прояви, такі як нав'язливі спогади або думки та пасивність, показали тенденцію до зменшення з часом, тоді як інші, наприклад, депресія та погіршення зору, збільшились.

Пов'язаність із ситуацією війни: багато проявів безпосередньо пов'язані з екстремальними умовами війни, такими як страх за життя, нав'язливі спогади або думки та горе через втрату близьких на війні.

Розуміння цих психологічних та психофізіологічних проявів безумовно впливає на розробку ефективних програм психологічної підтримки та інтервенції для підтримки населення під час війни, дозволяє нам краще усвідомити негативний вплив воєнних подій на психічне здоров'я людей та необхідність надання їм адекватної психологічної підтримки.

Перший період під час війни характеризується шоком, тривогою, емоційною нестабільністю та різними формами стресу. Ці прояви є типовими реакціями на небезпеку, яку відчують люди під час військових дій.

Після закінчення активних воєнних дій багато з цих проявів можуть залишитись актуальними, тобто ефекти війни можуть бути довготривалими. Наприклад, тривожність, депресія, втома та проблеми у відносинах можуть продовжуватися навіть після завершення війни.

Таким чином, результати наукових досліджень наукових співробітників лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України надають базу для розробки *Програм та стратегій психофізіологічного забезпечення життєстійкості українців в Україні та українських біженців за кордоном*. Ці програми можуть включати індивідуальні консультації, групову терапію, психологічне навчання та підтримку у відновленні після травми. Вони спрямовані на полегшення психологічного страждання українців та сприяння відновленню психічного здоров'я після війни.

Отже, війна в Україні, а також вимушена міграція значної кількості громадян, створили гостру необхідність у наданні психологічної допомоги як

тим, хто залишився в країні, так і українцям-біженцям. Ефективна технологія надання такої допомоги повинна включати аспекти життєстійкості, психофізіологічної стійкості, стресостійкості та адаптивності.

Психофізіологічне забезпечення життєстійкості українців під час війни та у повоєнний період передбачає комплексний підхід, який поєднує теоретичні та методологічні принципи з практичними інструментами для підтримки психічного та фізичного здоров'я людей у воєнний та в повоєнний час. Основні складові такого забезпечення можуть включати:

- Оцінку потреб: аналіз потреб і ризикованих груп населення, визначення основних проблем та потреб у психологічній підтримці.
- Розробку інструментів: створення програм та інструментів для психологічної підтримки, які враховують особливості воєнного часу, такі як стрес, тривога, травматичні події тощо.
- Навчання та психоосвіту: проведення тренінгів, семінарів та інших форм навчання для населення з метою надання знань та формування навичок щодо ефективного управління стресом, копінг-стратегій та підтримки психічного здоров'я.
- Мережу психологічної підтримки: телефонні гарячі лінії, онлайн консультування, консультації у медичних закладах тощо.
- Психологічні інтервенції: надання індивідуальних консультацій, терапевтичних сесій та групових програм для тих, хто потребує професійної психологічної підтримки.
- Моніторинг та оцінку: постійний моніторинг ефективності заходів, оцінка психологічного та фізичного стану населення, корекція програм на основі зібраних даних та зворотного зв'язку.

Ці практичні та теоретичні засади мають забезпечити належний рівень психофізіологічного забезпечення життєстійкості українців під час війни.

Теоретичний аналіз проблеми та особистий досвід психологів-практиків уможливив створення *Технології психофізіологічного забезпечення життєстійкості українських біженців за кордоном*. Така *Технологія* також має бути комплексною та містити різноманітні підходи для підвищення життєстійкості, психофізіологічної стійкості, стресостійкості та адаптивності. Це дозволить ефективно підтримувати психічне здоров'я українських біженців за кордоном та сприяти їхній успішній інтеграції у нові умови життя.

Життєстійкість, як ми зазначали вище, це здатність індивіда ефективно функціонувати попри значні труднощі та стресові ситуації. Основними компонентами життєстійкості є емоційна стабільність, соціальна підтримка та наявність внутрішніх ресурсів. Психологічна допомога повинна сприяти розвитку цих компонентів шляхом:

- Психоедукації – навчання населення основам самопомоги та управління стресом.
- Індивідуальних та групових консультацій – створення безпечного простору для вираження емоцій і розвитку навичок подолання труднощів.
- Підтримки соціальних зв'язків – сприяння створенню та зміцненню мереж підтримки серед сім'ї, друзів і громади.

Психофізіологічна стійкість означає здатність організму підтримувати оптимальний рівень функціонування під впливом стресових факторів. Ця стійкість включає регуляцію нейроендокринної системи та стабілізацію вегетативних реакцій. Для підвищення психофізіологічної стійкості застосовують:

- Методи релаксації – техніки глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації та медитації.
- Біологічний зворотний зв'язок – використання технологій для контролю фізіологічних показників та навчання керувати ними.
- Фізичну активність – регулярні фізичні вправи для зменшення рівня кортизолу та покращення загального самопочуття.

Стресостійкість – це здатність ефективно протистояти стресовим ситуаціям, зберігаючи психічне здоров'я та функціональність. Для розвитку стресостійкості можуть бути ефективно застосовані:

- Когнітивно-поведінкові методи – зміна негативних мисленнєвих патернів та розвиток позитивного мислення.
- Розвиток емоційного інтелекту – підвищення здатності усвідомлювати, контролювати та виражати свої емоції.
- Навички тайм-менеджменту – управління часом для зменшення стресу через ефективну організацію діяльності.

Адаптивність – це здатність швидко та ефективно адаптуватися до нових умов і змін у довкіллі (Kokun et al., 2019). Адаптивність можна підвищити через:

- Навчання новим навичкам – підвищення професійної кваліфікації та набуття нових вмінь.
- Соціальну інтеграцію – підтримка процесу інтеграції біженців у нові громади та суспільства.
- Гнучке мислення – розвиток здатності до творчого вирішення проблем і адаптації до нових ситуацій.

Практичні заходи:

- Кризова інтервенція – негайне надання допомоги у кризових ситуаціях, включаючи гарячі лінії підтримки та мобільні команди психологів.
- Психотерапевтичні програми – довгострокові програми підтримки, включаючи індивідуальну та групову терапію.
- Профілактичні заходи – тренінги та семінари для навчання навичкам самодопомоги та управління стресом.
- Інтеграційні програми – сприяння соціальній адаптації біженців через мовні курси, професійне навчання та культурні заходи.

Технології, що містять методи та інтервенції, спрямовані на психофізіологічне забезпечення життєстійкості, стресостійкості та адаптивності. Впровадження кризової інтервенції, довгострокових психотерапевтичних програм та інтеграційних заходів забезпечить надійну основу для подолання психологічних труднощів, сприятиме соціальній інтеграції та допоможе людям пристосуватися до нових умов життя. Застосування комплексних Технологій на основі наукових підходів до

життєстійкості, психофізіологічної стійкості, стресостійкості та адаптивності є необхідним для підтримки психічного здоров'я та добробуту українців в умовах кризи. Це сприятиме подоланню психологічних труднощів, забезпечить соціальну інтеграцію та допоможе людям адаптуватися до нових умов життя, забезпечуючи їхню життєву стійкість та психічне здоров'я у довгостроковій перспективі.

4.2. Перспективи подальших досліджень у розрізі психофізіологічного забезпечення життєстійкості українців

Психофізіологічне забезпечення життєстійкості українців в умовах кризи, викликаній війною та масовою міграцією, є складним і багатогранним завданням. Для подальшого розвитку *Технологій психофізіологічного забезпечення життєстійкості українців* необхідні ґрунтовні дослідження, що дозволять підвищити ефективність інтервенцій, адаптувати їх до конкретних потреб постраждалих та розробити нові підходи до подолання психологічних наслідків кризових ситуацій.

Дослідження життєстійкості. Вивчення чинників, що впливають на життєстійкість: подальші дослідження можуть зосередитися на ідентифікації специфічних чинників, що сприяють підвищенню життєстійкості у різних груп населення. Це включає дослідження ролі соціальної підтримки, індивідуальних психологічних ресурсів, культурних і релігійних чинників.

Розробка та оцінка програм психоедукації. Необхідно створювати та оцінювати програми, спрямовані на підвищення життєстійкості через навчання навичкам самодопомоги, управління стресом та розвитку позитивного мислення.

Дослідження психофізіологічної стійкості. Біологічні маркери стійкості до стресу: вивчення біологічних маркерів (наприклад, рівень кортизолу, варіабельність серцевого ритму) може допомогти зрозуміти, як фізіологічні реакції впливають на здатність індивіда справлятися зі стресом.

Ефективність методів релаксації: дослідження ефективності різних технік релаксації (медитація, йога, дихальні вправи) у зниженні рівня стресу та покращенні психофізіологічного стану учасників.

Психотерапевтичні інтервенції: подальші дослідження можуть оцінити ефективність когнітивно-поведінкових та інших психотерапевтичних інтервенцій у розвитку стресостійкості. Це включає вивчення змін у мисленневих паттернах та поведінці після терапевтичних втручань.

Розвиток емоційного інтелекту. Вивчення методів розвитку емоційного інтелекту як засобу підвищення стресостійкості. Це може включати аналіз результатів тренінгів з емоційної саморегуляції та управління емоціями.

Соціальна інтеграція біженців: дослідження методів інтеграції біженців у нові громади, включаючи мовні курси, професійне навчання та культурні заходи. Вивчення ефективності цих методів у зменшенні соціальної ізоляції та підвищенні адаптивності.

Гнучке мислення: дослідження методів розвитку гнучкого мислення, яке допомагає людям адаптуватися до нових умов і змін. Це може включати тренінги з вирішення проблем, творчого мислення та адаптації до невизначеності.

Розробка нових інтервенцій та підходів. Інноваційні технології у психологічній допомозі: вивчення можливостей використання нових технологій, таких як мобільні додатки, віртуальна реальність та онлайн-консультації, для надання психологічної допомоги.

Інтердисциплінарний підхід: дослідження інтеграції психологічних інтервенцій з іншими видами допомоги, включаючи медичну, соціальну та правову підтримку. Вивчення ефекту комплексного підходу на покращення психічного здоров'я та добробуту.

Лонгітюдні дослідження: проведення довгострокових досліджень для оцінки ефективності різних інтервенцій та їхнього впливу на психічне здоров'я та адаптивність у довгостроковій перспективі.

Методи оцінки: розробка та впровадження надійних методів оцінки ефективності психологічних програм, включаючи кількісні та якісні методи збору даних.

Отже, перспективи подальших досліджень у розрізі психофізіологічного забезпечення життєстійкості населення в Україні та українців-біженців за кордоном є надзвичайно важливими для розробки ефективних та науково обґрунтованих методів підтримки. Ґрунтовні дослідження, спрямовані на вивчення чинників життєстійкості, психофізіологічної стійкості, стресостійкості та адаптивності, а також розробка нових інтервенцій та оцінка їхньої ефективності, допоможуть забезпечити належну психологічну підтримку у кризових ситуаціях та сприятимуть довгостроковому психічному здоров'ю і добробуту населення.

Розділ 5.

Психофізіологічна (ресурсна) стійкість в контексті вирішення проблем сьогодення

Одним із актуальних завдань сьогодення (військові дії на нашій території та їх наслідки: політичні, економічні, міграційні, демографічні тощо) є визначення психофізіологічних передумов здатності людини долати надмірні по силі фізичні й психологічні навантаження, що значною мірою напружують адаптивні механізми життєдіяльності, обумовлюють виникнення в людини гострих стресогенних і психотравмуючих реакцій.

Стрес – один із емоційних станів організму, що виникає в напружених ситуаціях. Вплив стресу на організм має цілісний (системний) характер одразу на більшість, якщо на всі, його фізіологічні системи (Кокун, 2004). Стресовим називають вплив, який, діючи на людину, виводить її із рівноваги, може призводити до тимчасових або постійних змін у поведінці, до психогенного або психосоматичного захворювання. Встановлено, що за цих умов, фіксуються помилки в розподілі та переключенні уваги, порушення в перебігу пізнавальних процесів (сприймання, пам'яті, мислення), розладнання координації рухів, неадекватність емоційних реакцій, виникає дезорганізація і гальмування всієї діяльності людини (Малхазов & Кокун, 2005). Лише індивіди (природні) психофізіологічні властивості особистості, міцно сформовані навички і сталі звички можуть залишатися відносно незмінними (Каплуненко, 2018).

Проблема протистояння стресу, виявлення факторів, індивідуальних властивостей, які обумовлюють стійкість до його дії, має багаточисельну бібліографію. Не вдаючись до прописування окремих факторів – антистресорів, зазначимо, що в психологічних дослідженнях, аспект долаючої поведінки, стійкості до дії несприятливих факторів життєбуття, вивчається з *позиції можливостей людини, ресурсного потенціалу/психофізіологічної стійкості* (Кокун, 2010; Дубчак, 2017).

Ресурс – внутрішня якість, здатність, стан, які дозволяють людині більш ефективно діяти, досягати успіху, долати стрес та життєві труднощі.

Нижче ми викладемо узагальнені положення стосовно розуміння сутності поняття «резерви», «потенційні можливості», «ресурсний потенціал», їх прояви та складові.

Питання про *резерви* тісно пов'язане з принципами й механізмами функціонування організму, поведінки й діяльності.

В живому організмі функціонують дві енергетичні системи. Функції екзогенної системи полягають у витраті енергії, ендогенної – в накопиченні. Їх енергетичні потенціали знаходяться в постійній динаміці й ніколи не зрівнюються. В кожен конкретний момент часу в організмі домінує один, або інший потенціал. За це все відповідають процеси гомеостазу. Це один із головних проявів самозбереження. Чим більше витрачено енергії, тим

інтенсивніше починають працювати механізми їх накопичення. На цьому принципі, зокрема, будується тренувальний процес спортсмена. Цим забезпечується *підвищення рівня функціональних можливостей*, а отже, зростання психофізіологічної стійкості до дії несприятливих факторів (Диференційна психологія, 2013).

Розвиток можливостей (ресурсний потенціал) закладений в самій природі людини і, перш за все, в її активності. Складові активності – задатки, інтереси, соціальне оточення, які можуть підтримати, а можуть і відкинути конкретну активність людини, а ще мотиви (усвідомлювані причини активності). Ці складові активності виступають в якості самореалізації потенційних, ресурсних можливостей.

Принцип активності має одну особливість – будь-яка активність – це задоволення потреби. Виділяють потреби біологічні (організму) й соціальні (особистості). Найвищою є потреба самореалізації, тобто, реалізувати свій потенціал, що є запорукою високої стійкості до стресорів (Психофізіологічні закономірності..., 2021).

Реалізація можливостей здійснюється через досягнення цілей, які ставить перед собою людина. Ціль, яку ми досягаємо, в подальшому нас уже не влаштовує і ми прагнемо до нових цілей. Це ще один прояв активності. А цілепокладання також сприяє підвищенню ресурсного потенціалу на належному функціональному рівні.

Функціональні можливості – це здатність людини виконувати ту чи іншу роботу з урахуванням знань, умінь, навичок.

Чи є межа людських можливостей? Якщо говорити в цілому про людство, то історія показує, що ці межі все більше і більше розширюються. Зокрема, про це свідчать вражаючі історії наших героїв – українських військових, та й цивільних також. Але якщо вести мову про конкретну людину, то все ж межа ресурсного розвитку існує, мова йде про потенційні можливості, складовими яких є завдатки, здібності, обдарованості.

Межі розвитку можливостей людини вивчають на рівні біохімічних, нейрофізіологічних процесів, але все ж таки центральною проблемою є вивчення можливостей психіки. Саме психіка здійснює реалізацію взаємодії організму людини з оточуючим середовищем. Саме психіка керує всіма процесами в організмі, а також поведінкою і діяльністю. Ось чому розвиток можливостей, перш за все, пов'язують з резервами психіки. *Резерви психіки* – це нереалізовані можливості. Вважається, що в середньому сучасні люди реалізують свій потенціал на 30 – 40% і лише деякі – на 50 – 60%.

Розвиток можливостей обумовлюється двома складовими: природнім механізмом фізіологічного зростання, розвитком організму і психіки в період визрівання (до 18 – 23 років), й цілеспрямованою діяльністю.

Розвитку психічних функцій та розвитку можливостей людини сприяє фізична культура. Дійсно, заняття фізичними вправами розвивають силу, швидкість, витривалість, координацію, інтенсифікують обмінні процеси в організмі. Але є ще одна особливість руху: ми можемо виконувати рух тільки при відповідній роботі психічних процесів: відчуття, сприймання, уваги тощо.

З іншого боку, рухова активність сприяє розвитку абсолютної й диференційованої чутливості, на фундаменті яких й базується вся психічна активність людини. Отже, наявна обумовленість: рух сприяє розвитку психічних процесів і, як наслідок, зростає психічний резерв особистості.

Резерви в діяльності. Резервування – провідний принцип надійного функціонування діяльності людини. Показники діяльності людини залежать як від організації праці, так і від психофізіологічного стану (ПФС).

Під ПФС розуміють комплекс характеристик тих функцій і якостей людини, які прямо або опосередковано обумовлюють виконання діяльності. ПФС тісно пов'язаний з можливостями й актуалізацією в даний момент психофізіологічних ресурсів індивіда для виконання певного поведінкового акту в конкретних умовах. Актуалізація ресурсів, регуляція внутрішніх процесів в організмі, поведінці й діяльності людини повністю детермінується ПФС.

ПФС розглядається як результат пристосування реакції психіки людини у відповідь на зміну зовнішніх і внутрішніх умов, спрямованих на досягнення позитивного результату і є таким, що проявляється мірою мобілізації можливостей. ПФС – це інтегральна характеристика психіки людини в конкретний момент часу. Від того, в якому ПФС знаходиться людина, залежить перебіг усіх процесів регуляції функціонування організму: біологічних, фізіологічних і психічних процесів (відчуття, пам'яті, мислення, емоцій, уваги тощо), залежить міра прояву властивостей особистості людини (тривожності, агресивності, стресостійкості, мотиваційних установок і т. ін.).

ПФС характеризується двома сукупностями перемінних: об'єктивними й суб'єктивними. Об'єктивні складові ПФС – це характеристики перебігу психічних процесів, що відповідають за виконання діяльності. Інтегральним проявом об'єктивних складових є рівень активності всіх систем організму. В цьому сенсі під активацією розуміють міру енергетичної мотивації.

Всі стани людини поділяють на дві групи: стани адекватної мобілізації (адекватна реакція) і стан динамічного розузгодження (неадекватна реакція). Адекватна мобілізація характеризується повною відповідністю напруження функціональних можливостей людини відповідно до зовнішніх чи внутрішніх вимог. У випадку стану динамічного розузгодження, спостерігається реакція, що є неадекватною, тобто не відповідною до ситуації, не відповідає тим можливостям, які в даний момент наявні у людини. За таких умов говорять про високу «ціну» діяльності (перевищення рівня можливостей) (Кокун, 2004).

Міра реалізації функціональних можливостей здійснюється за рахунок підвищення рівня активації. Чим більшим є функціональні можливості, тим вищим повинен бути рівень активації для їх реалізації.

Ведучи мову про резерви людини в діяльності, виділяють два аспекти: структурний й функціональний. Перший – підвищення функціональних можливостей в діяльності (професійні можливості) є процесом структурного резервування можливостей, тобто, того що принципово може виконувати людина. Структурне резервування людини вичерпним чином показано в нейрофізіологічній і фізіологічній літературі. Так, зокрема, при

багатомільярдній надлишковості нейронів кори головного мозку, одночасно працюють лише незначна частина загальної кількості нейронів, Прикладом структурного резервування є величезна кількість нервових шляхів, які проводять нервові імпульси, а також парність органів нашого організму.

Другий аспект – функціональне резервування тісно пов'язане з функціональними можливостями – це той межовий рівень інтенсивності фізіологічних процесів, за яким зберігається константність (незмінність) їх функціонування. В процесі діяльності, ефективно й продуктивно її виконання можливе при резервуванні наявних функціональних можливостей (поточне резервування).

І в першому, і в другому випадку, універсальним критерієм оптимального резервування можна вважати величину в 25 – 30% можливостей людини.

Прийоми активації резервів. Провідним прийомом активації прихованих (тих, які не використовуються) резервів організму й психіки є *активна життєва позиція*, ті *цілі*, які ставить перед собою людина. Тільки в подоланні об'єктивних обставин й самої себе розкриваються приховані можливості людини (Титаренко, 2024).

Найвища потреба людини – це *самореалізація* потенціалу, що закладений в кожному з нас. Психологи також займаються вивченням явища *самоактуалізації*. Теоретико-експериментальні дослідження показали, що самоактуалізація реалізується в професійному й соціальному статусах людини, у задоволенні від особистісних досягнень, у впевненості в собі.

Ведучи мову про розкриття потенціалу конкретної людини, варто виділити наступне: багато чого в нашому житті – вчинки, справи, плани і т. ін. залежить від нашого настрою. Наш настрій – це прояв суб'єктивних складових ПФС. Переживання, збудження, тривога, дратівливість, апатія, пригніченість, втома, перенасичення тощо, суттєво впливають на результати діяльності. *Вміння контролювати свій стан, керувати ним* – це дуже потужний фактор реалізації своїх можливостей. В психології цей напрям називають прийомами психічної саморегуляції ПФС. Для вміння керувати своїм станом важливо навчитися відчувати себе. Існують різні методи навчання прийомам саморегуляції, в основі лежать вправи на психом'язове розслаблення й мобілізацію.

В більш широкому плані, знання, вміння керувати своїм станом, перш за все, своїми емоціями, часто називають психологічною культурою (компетентністю) Психологічна компетентність стосується, зокрема, й способу життя, суспільної діяльності, а також організації власної життєдіяльності.

В процесі діяльності, напруженої роботи, енергетичний потенціал виснажується, людина втомлюється. Для відновлення працездатності часто використовується «принцип активного переключення» – переключення на інший вид діяльності.

Відновлення функціональних можливостей пов'язане з обмінними процесами. Встановлено, що при виконанні функціонального навантаження з частотою серцевих скорочень в діапазоні 100–120 ударів на хвилину, найбільш

інтенсивно відбувається відновлення функціональних можливостей. Ідеальним називають стан психологічної свіжості – певне відчуття, що все йде дуже добре.

Прийоми корегування ПФС людини шляхом впливу на м'язовий апарат достатньо різноманітні. Сюди, наприклад, відносять спеціальні фізичні дії (зарядка, розминка, тренування), масаж і самомасаж, потягування після сну, позіхання. Коли емоційно збуджена людина стискає й розтискає руки, потирає чоло чи задню поверхню шиї, барабанить пальцями по столу, безсистемно рухається, «не знаходить собі місця від хвилювання», то фактично цим здійснюється підсвідома саморегуляція ПФС через вплив на м'язи. Добре відомі доволі шляхи профілактики надмірного напруження: керування особливостями дихання, керування увагою (переключення, розподіл). Ці прийоми досить-таки ефективні. Однак, їх вплив на ПФС є обмеженим за інтенсивністю й тривалістю.

Цих недоліків позбавлена комплексна методика саморегуляції ПФС – аутогенне тренування (АТ). АТ складається з семи вправ, які людина послідовно опановує. Ось ці вправи (в дужках зазначені ті відчуття, що виникають в ході їх виконання):

- 1) створення установки на відпочинок і розслаблення;
- 2) глибоке розслаблення рухових м'язів (відчуття важкості);
- 3) розслаблення м'язів кровоносних судин (відчуття тепла);
- 4) формування заспокійливого ритму дихання (відчуття фізіологічності дихання, зміна ваги в такт дихання);
- 5) зняття гіпертонусу в коронарних судинах серця (відчуття тепла в лівій руці й лівій половині грудної клітини);
- 6) активація парасимпатичних нервових центрів, які забезпечують *відновлення енергоресурсів*, організму, зокрема, активацію процесів травлення (відчуття глибинного тепла в ділянці живота);
- 7) усунення гіпертонусу м'язів кровоносних судин мозку (відчуття легкої прохолоди в ділянці чола).

Всім цим вправам навчаються послідовно одна за одною. Вправа вважається засвоєною, якщо відповідні відчуття виникають швидко, переживаються чітко і є стійкими стосовно внутрішніх (сторонніх думок і переживань) і зовнішніх (шум, світло) перешкоджань.

В ході виконання вправ АТ відбувається зниження природнього м'язового тону й, що важливо, розслаблення стосується також окремих м'язових груп, тонус яких, порівняно з іншими м'язами, був підвищений.

При переживанні емоцій, крім іншого, з'являється специфічний «малюнок» підвищеного м'язового напруження. Якщо є емоція, то обов'язково є і її «м'язовий малюнок». Однак, з іншого боку, емоція тільки тоді зберігається, коли організм здатний відповісти м'язовими реакціями, що віддзеркалюють саме цю емоцію. Не отримуючи м'язового підкріплення, емоція обов'язково затухає. Саме завдяки цій закономірності уможлиблюється один із найважливіших шляхів *самовпливу* на ПФС – усунення небажаної емоції через руйнування її фізіологічного підґрунтя. Завдяки аутогенному

розслабленню, людина, що навчається, знищує «м'язові малюнки» своїх негативних емоцій, переживаючи, в результаті цього, ефект «заспокоєння».

При аутогенних вправах мінімізуються енерговитрати на підтримання м'язового тону, виключаються з роботи ті ділянки мозку, що відповідають за усвідомлювані відображення оточуючого світу, інтенсифікуються процеси травлення, що, в сукупності, й призводить до більш швидкого відпочинку м'язової й нервової систем й складають основу ефекту «відновлення».

Подальше поглиблення розслабленості, зниження рівня бадьорості при збереженні елементів самоконтролю й контакту з оточуючи світом, сприяє послабленню критичного відношення до тієї інформації, що проникає в мозок й слугує підставою до навіювання та самонавіювання, що обумовлюють ефект самопрограмування.

При тривалому використанні методики АТ відмічаються стійкі психологічні зміни. В якості провідних, зазначають: зниження особистісної тривожності й нейротизму, а також підвищення емоційної стійкості та здатності до самоконтролю. На фізичному рівні до стійких наслідків використання прийомів АТ, відносять показники здоров'я.

Отже, резерви психіки, психофізіологічні можливості, з одного боку, являють собою нереалізовані (приховані до певного часу) потенційні можливості людини. З іншого, для повного розкриття наявних можливостей, необхідне резервування інтенсивності функціонування психіки людини.

Розкриття потенціалу людини залежить від неї самої та її активності. Але при цьому потрібно знати принципи й механізми функціонування систем організму й психіки, прояв психофізіологічних і психологічних особливостей людини. В науках про людину сформульовані загальні принципи, визначені механізми, але вони в кожному конкретному випадку (різновид професійної діяльності; дія, сила конкретних зовнішніх обставин) потребують індивідуального підходу до вирішення конкретних проблем, обумовлених діями конкретних стресорів.

Таким чином, представлений матеріал стосовно ресурсного потенціалу людини щодо долаючої стресові ситуації поведінки засвідчує уявлення про нього, як про багатоплановий, динамічний феномен. Психофізіологічна (ресурсна) стійкість розглядається як здатність людини протистояти впливу стресових факторів нашого сьогодення (у воєнних і повоєнних умовах). Ця здатність зумовлена комплексом як вроджених (природних), так і набутих (соціальних) властивостей і процесів, які забезпечують оптимальне й успішне досягнення поведінкової та трудової діяльності.

Розділ 6.

Окремі підходи щодо забезпечення психофізіологічної стійкості населення України під час війни

З початком вторгнення Росії в Україну в 2014 році і тим більше, з розгортанням повномасштабних воєнних дій 24 лютого 2022 року, питання необхідності сприяння розвитку психофізіологічної стійкості наших співгромадян постає все більш гостро. При цьому, слід чітко з'ясувати те, з чим саме ми маємо справу. Проти чого, або навпаки, заради чого нам потрібно розвивати життєстійкість. І з якими саме особливими проблемами при цьому стикається сучасна психологія під час війни.

В наш час, коли за прогнозом В. І. Вернадського, людство повинно було прийти до розвитку ноосфери, – еволюції біосфери, де пануватимуть гуманістичні ідеї, а інтелектуальна і духовна творчість людини буде тісно пов'язана з законами природи і діятиме на її благо, – ми знову підпадаємо під владу мракобісся і тоталітаризму, війни, тортур, політичних в'язниць і насилля.

Стратегія, яка використовується російським фашистським режимом в цій війні парадоксальна і агресивна. Вона звертається до генетичної пам'яті цілого народу. Цікаво і ефективно використовується підміна понять, ототожнення ворога з вже відомими психологічними патернами, тригерними реакціями. Під час російського вторгнення слово «нацист», яке використовують росіяни в своїй риторичі, означає «ворожу недолюдину» – того, кого росіяни мають право безкарно вбивати. Розпалювання ненависті, спрямоване на українців, спрощує їх вбивства, як ми бачимо по подіям у Бучі, Ірпені, Маріуполі, та інших містах України, які зазнали російської окупації. Масові захоронення мирних людей – не прикра випадковість, а закономірні наслідки фашистської війни на знищення української держави і народу.

Агресором ретельно розроблено стратегію залякування мирного населення України. Всюди ми можемо спостерігати неоправдане надмірне насильство російської армії і відвертий садизм, під час наступів і окупації. Руйнування енергетичної інфраструктури, знеструмлення цілих областей – енергетична криза, яка виснажує країну економічно і психологічно. Підрив Каховської ГЕС з незворотною екологічною і економічною катастрофою. Нанесення ракетних ударів по цивільним об'єктам, житловим будинкам, що призводить до масової гибелі мирного населення. Усе це робиться з єдиною метою, виснажити психологічно і зламати супротив населення України.

Саме в цей час війна підіймає на поверхню глобальні питання сенсу життя людини – екзистенції буття. Війна змушує дивитись на них навіть тих людей, які в силу своєї психологічної структури практично ніколи не витрачали на це свою увагу. Війна, як гранична ситуація, вибиває з під ніг ґрунт і розкачує або руйнує усі психологічні пристосування особистості, викликає

сильні екзистенційні переживання – відчуття безсилля, тривоги перед невідомим, самотності, страху смерті, безглуздості того, що відбувається.

З'ясування механізмів підвищення психофізіологічної стійкості особистості під час війни, в першу чергу, повинно ґрунтуватися на розумінні того, як реагує психіка на спричинені нею травмуючі події.

Стрес і захисні механізми від нього. Той, хто не був на війні, не може повноцінно уявити, що це таке. Насамперед, людину вражає відчуття розгубленості і безпомічності. Залежно від індивідуальних властивостей психіки, віку і особистих життєвих навичок, швидко, чи більш повільно, вибудовується захисний механізм від стресу, який початково розгортається на фізичному і гуморальному рівні.

Стрес, як відомо, є станом психічного і фізичного напруження, у відповідь на критичну зовнішню дію. У відповідь на стрес залози внутрішньої секреції виробляють три гормони: кортизол, адреналін, норадреналін, що активує роботу імунної системи і забезпечує підвищення захисних сил організму. Завдяки цьому у людини на невеликий проміжок часу, який є суто індивідуальним і залежить від віку, статі і типу нервової системи:

- Поліпшується пам'ять.
- Підвищується імунітет.
- Підвищується швидкість регенерації тканин;
- Активуються інтелектуальні здібності;
- Підвищуються витривалість нервової системи;
- Поліпшується робота органів відчуття.

Отже, первинний стрес допомагає адаптуватися до різких змін, які відбуваються в оточуючому середовищі.

Надалі, якщо людина систематично знаходиться під впливом стресогенних факторів, усі органи і системи працюють із підвищеною інтенсивністю, що може призводити до перенавантаження усіх органів і систем. Організм інтенсивно витрачає сили, проходячи через три стадії: 1) стан тривоги; 2) стан супротиву; 3) стан виснаження – дистрес.

Перша стадія починається під час впливу стресового фактору і продовжується відносно недовго. За нею наступає друга, яка продовжується від декількох годин до декількох діб. В цей час людина шукає вирішення проблеми або благополучний вихід з ситуації. Якщо дія фактору продовжується, організм виснажує адаптивну здібність і перестає нівелювати/мінімізувати шкідливу дію стресу. Вже на стадії дистресу у людини, внаслідок перенавантаження адаптивних можливостей, можуть виникати психічні зриви/розлади, ознаки соматичних захворювань. Таким чином, при дуже сильних і/чи довгих за часом стресових станах, стрес може стати причиною фатальних для здоров'я наслідків (Кокун, 2002).

На зміну стресу приходить вигорання – реакція на тривалий і надмірний стрес, який призводить до стану фізичного і психічного виснаження, відсторонення і, можливо, клінічної депресії. На цій стадії людина вже зневірюється, що ситуація може покращитися.

Важко пережити навіть один день війни це. Що казати, коли війна продовжується роками і перетворює життя людини на суцільне на страхіття – коли минуле перетворюється на попіл, руйнуються усі надбання фізичного, матеріального і соціального плану. Коли професійний шлях, кар'єра, цілі і плани розсиплюються вщент чи безповоротно змінюються. У багатьох людей формується сприйняття світу, у якому майбутнього більше немає, а є тільки сьогодні: змарніле, небезпечне, сповнене відчаю, фізичних та моральних страждань. Коли життя перетворюється на битву за кожен день, кожен час, чи хвилину. Битву за безпеку і життя близьких людей, укриття, тепло, сон, воду чи їжу. Коли навколо скалічуються і гинуть люди. Невинні, мирні люди гинуть від куль чи під ракетними ударами, від тортурів та насилля. У багатьох на війні гинуть близькі люди, розриваються родинні зв'язки, і все це відчувається як символічна особиста смерть. Як тоді жити далі? Навіщо?

Психофізіологічна стійкість в умовах війни являє собою не лише пошук психологічних ресурсів для подолання життєвих і професійних труднощів. Вона часто потребує виходу за межі буденного життя задля забезпечення продовження існування.

Нижче ми викладемо *перелік загальних заходів, спрямованих на підтримку людиною необхідного рівня психофізіологічної стійкості під час воєнних подій*. В цьому переліку можна виділити вісім основних кроків.

В першу чергу слід усвідомити події, що відбуваються навколо. На початку війни, коли відбувалася активна фаза вторгнення російських військ, багато людей не розуміли як таке взагалі є можливим. Усвідомлення прийшло для різних людей поступово, залежно від того, де саме вони знаходилися під час вторгнення, чи підпадало їх розташування, житло чи близькі люди під обстріли, бомбардування, окупаційний режим.

По-друге – необхідно знайти в собі сили прийняти те, що ти не в змозі змінити. Коли людина розуміє, що реальність неможливо пристосувати під її бажання чи звичний ритм життя, вона впадає в депресивний стан. Приходить заперечення і агресія проти обставин, яка може перейти в свідому чи підсвідому аутоагресію. Відомий австрійський психотерапевт Віктор Франкл, який провів декілька років у концтаборах, прокоментував динаміку виживання ув'язненими в умовах табору таким чином: «Першими зламались ті, хто вірив, що все швидко скінчиться. Потім ті – хто не вірив, що це коли-небудь закінчиться. Вижили ті, хто сфокусувався на своїх справах, без сподівань на те, що ще може статися».

Третій крок. На цьому етапі необхідно зосередитись на тому, що насправді в нашій владі. Визначити коло дій, які слід обов'язково виконувати і зосередитись на них. Насамперед, бажано зосередитись на виконанні простих справ. Готувати їжу, прибирати, турбуватися про дітей/батьків, йти на роботу.

Четвертий крок. Спробувати визначити власний сенс життя – те, навіщо й заради чого ми маємо жити, задля чого існує світ взагалі. У кожної людини це може бути щось особисте: діти, релігія, наука, творчість та інші екзистенційні смисли.

П'ятий крок. Необхідно запровадити щоденні маленькі ритуали, які надають відчуття контролю над реальністю і приносять задоволення. Для когось це може бути випита чашка кави вранці, чи біг у парку, казка дитині перед сном, запис у щоденнику, чи навіть паління цигарки.

Шостий крок. Необхідно, не зациклюючись на своєму негативному стані, спілкуватися з близькими, колегами, психологами. Обговорювати свій стан і проблеми з іншими людьми.

Сьомий крок. Піклуватися про оточуючих – тих, що потребує нашої допомоги. Це може бути допомога дітям, літнім людям, волонтерська діяльність, психологічна допомога.

Восьмий крок. Планування майбутнього. Це надзвичайно важливо, оскільки, коли наш мозок передбач, що буде далі, він заспокоюється і працює у звичному режимі.

Панічні атаки - що це таке і як їх подолати. Найбільша складність сучасного життя в Україні, полягає в тому, що війна у своїй гострій фазі триває вже більше двох років. Будь-який стрес, який продовжується більше трьох місяців, навіть у психічно здорової людини, обов'язково викликає реакцію у відповідь. Частіше це психологічна реакція, іноді проявляються соматичні реакції, але може сформуватися й психосоматичний синдром. Однією із психосоматичних проблем, що можуть виникати у людини під час війни, є панічні атаки. Такі атаки є надмірною реакцією організму людини на стимул, який мозок розцінює як небезпеку для життя. Характерними ознаками панічної атаки є такі:

- запаморочення, оніміння обличчя, переднепритомний стан,
- відчуття кому у горлі, слабкості у кінцівках,
- неконтрольований страх смерті,
- страх падіння, травмування і не отримання допомоги,
- страх зійти з розуму,
- страх інфаркту, інсульту,
- відчуття що предмети нереальні (дереалізація),
- відчуття що власне «Я» віддалилось і знаходиться десь в іншому місті (деперсоналізація),
- втрата орієнтації у просторі і часі.

Механізм виникнення панічної атаки:

1. Мозок людини отримує сигнал, який він маркує як загрозу для життя.

2. У задній частині гіпоталамуса йде вироблення норадреналіну, який в свою чергу стимулює вироблення у нирках гормонів стресу – адреналіну і кортизолу.

3. Коли адреналін потрапляє у кров, він запускає автоматичні реакції, які спрямовані на виживання, а саме: «Бий», «Біжи», «Замри». Це виявляється у специфічних фізичних ознаках: прискоренні дихання і серцебиття.

4. Для того щоб організм зміг виконати ці дії, адреналін впливає на різні система органів, примушуючи їх працювати більш інтенсивно і швидко.

В чому небезпека панічних атак? Страх, який викликає паніку, супроводжується так званим тунельним мисленням. У цьому стані людина не може відволіктися від переживань, котрі її захопили. Її дії нелогічні і часто небезпечні, у першу чергу для неї самої. Так під час обстрілів, ракетних ударів чи бомбардування, людина у стані панічної атаки може йти не в безпечне місце, а навпаки, наражати себе на небезпеку. Саме цьому важливо вміти купірувати напад.

Як діяти під час панічної атаки. Якщо ви розумієте, що з вами коїться щось дивне. А саме – виникає відчуття неконтрольованої тривоги, мерехтливе серцебиття, пульсація у голові, дискомфортні почуття у зоні серця чи сонячного сплетіння, дивне розфокусування зору, непослідовність думок і неможливість зосередитись. Тоді, в першу чергу, слід зупинитися і замислитись над своїм станом. Зробити це в момент паніки буває важко, але можливо завчасно розробити тактику поведінки, якої людина буде дотримуватися в такому стані.

Отже, якщо людина усвідомила, що в неї починається панічна атака, їй необхідно:

- Зупинитись.
- Знайти найближче небезпечне місце.
- Задати собі три питання: «Де я?», «Хто я?», «Що я? відчуваю».

Відповідаючи на ці питання людина отримує змогу зафіксувати себе в часі і просторі, створити відчуття контролю за ситуацією.

- Почати слідкувати за своїм диханням, свідомо спостерігаючи за вдихом і видихом. Можна виконати дихальні вправи: «4-7-8». Рахуючи до чотирьох робити вдих, на сім рахувань – затримувати дихання, і рахуючи до восьми – довгий видих.

- Спробувати змодельовати всередині себе ресурсний стан – пригадати людей, події або речі, котрі надають відчуття захисту.

- Зателефонувати близькій людині, яка може підтримати.

- Спробувати застосувати релаксаційну гімнастику за Джекобсоном. Стиснути праву долонь у кулак, дати їй побути у напрузі, і на видиху – її розслабити. Виконати те ж саме з лівою долонею. Далі повторити цю вправу з обома руками. Зробити все це декілька циклів.

Висновки щодо індивідуального зміцнення психофізіологічної стійкості.

- Кожна людина повинна турбуватися про себе, свою безпеку та безпеку своїх близьких.
- Неможна закривати очі на те, що відбувається, яким би складним не було сьогоднішня. Треба дозволити своїй психіці прийняти події.
- Саморефлексія стресових ситуацій допомагає зрозуміти свій психічний стан і шукати шляхи для свого психологічного і фізичного відновлення.
- Психофізіологічну стійкість під час війни значною мірою можна забезпечити шляхом психопрофілактики стресових станів різного ступеня вираженості. Вона базується на пошуку і актуалізації особистісного ресурсу.

- Дуже важливою є психологічна самопідтримка, яка базується на самоорганізації, спілкуванні з оточуючими, пошуком ресурсних станів, умінні переключати увагу та знаходити позитив навкруги.
- Важливим є інформування населення про механізм і наслідки дії стресу та шляхи його подолання, в тому числі, панічних атак.
- Вкрай важливою є організація психологічної допомоги і супроводу населення на рівні територіальних громад.

Психологічна допомога, на жаль, не може вирішити всіх негайних проблем. Вона повинна здійснюватися паралельно з матеріальною і соціальною допомогою, оскільки кількість людей, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують матеріальної допомоги і соціальної підтримки/супроводу продовжує збільшуватися.

Розділ 7.

Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в українських елітних спортсменів, які постраждали від війни

Традиційно виникнення посттравматичного стресового розладу пов'язують із впливом сильних подразників навколишнього середовища, соціальними чи політичними катастрофами. Серед усіх подій, які провокують подібні розлади, війну розглядають як найбільш травматичну (Kokun, 2023ab; Shoib et al., 2022). З початком російсько-української війни 22.02.2022 все українське населення опинилося у воєнному становищі. Це призвело до руйнувань, жертв серед мирного населення та масової втечі людей від війни.

Війна негативно впливає на стан психічного здоров'я всіх мешканців України, що зрештою призводить до виснаження психічного здоров'я нервової системи (Rizzi et al., 2022). Військові конфлікти, пов'язані з вимушеним переселенням людей у безпечні регіони та інші країни, зумовлюють величезні соціальні проблеми та розвиток хронічного стресу. У зв'язку зі збільшенням психічних та психосоматичних розладів, пов'язаних з війною, професійний аналіз та подальший план профілактики та покращення психосоціальної ситуації в Україні є вкрай необхідним.

Прояв психічних і психосоматичних розладів в умовах війни має тяжкі наслідки для населення України. Негативним результатом війни є збільшення кількості людей з ПТСР. Значний внесок у високі показники посттравматичного стресового розладу зумовлений вимушеною зміною місця проживання та стражданнями від інших наслідків війни (Aron et al., 2019). Значна кількість людей перебувають у стані постійної тривоги за себе, своїх дітей та рідних, що негативно позначається на стані їх психічного здоров'я.

ПТСР – це психічний розлад, який може бути спричинений травматичною подією, як короткостроковою, так і тривалою, і може виявлятися як відстрочена реакція на подію. Особи з ПТСР, у тому числі комплексним ПТСР, мають низку різних симптомів, які, у свою чергу, пов'язані з великою кількістю різних розладів, особливо функціональних (Alzoubi et al., 2018). У деяких дослідженнях ПТСР пов'язується з іншими розладами: тривогою, депресивними розладами, психотичними розладами та гострим дистресом.

З часом кожен симптом має тенденцію до посилення тяжкості та перешкоджає нормальному функціонуванню людини. ПТСР часто супроводжується травматичними спогадами, спогадами, деперсоналізацією, високим рівнем агресії, підвищеною чутливістю до подібних ситуацій, психопатологічним страхом переживання нових травматичних подій, бажанням уникнути їх і втратою важливих спогадів про травматичну подію. В перші місяці після травми зазвичай спостерігається підвищена пильність (Kokun et al., 2020).

Традиційно в спортивній практиці посттравматичні розлади виникають через травми або перенапруження внаслідок неоптимального тренувального навантаження. Однак реальні дані про поведінку спортсменів із зумовленим війною ПТСР відсутні. Усі спортсмени з України змушені здійснювати тренувальний та змагальний процес у напружених військових умовах. Таким чином, дуже актуальною проблемою є вивчення впливу війни на розумові здібності спортсменів та прояви посттравматичних стресових розладів.

У проведеному нами дослідженні ми вивчали поширеність ПТСР серед українських спортсменів, які постраждали від триваючої війни. Загалом у цьому дослідженні взяли участь 163 українці, які постраждали від війни. Серед них 109 (67%) не були спортсменами, а 54 (33%) були спортсменами.

Використовувався скринінг ПТСР для DSM-5 (PC-PTSD-5). Відповідно до цього методу основними шкалами є: тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад. Додаткові шкали стресових розладів використовувалися як доповнення до основної анкети. Для визначення проявів стресового розладу та оцінки тяжкості впливу критичних подій на людей, які пережили війну, використовувалася шкала суб'єктивної оцінки тяжкості психотравмуючих подій, що включає три суб'єктивні підшкали: настирливість, уникнення і збудливість. Дослідження проводилося з кінця серпня до середини вересня 2022 року на території України у онлайн-форматі Google-анкет.

У таблиці 31 подано результати скринінгу на ПТСР загальної вибірки українців на п'ятому місяці після початку російської військової агресії проти України.

Таблиця 31

Скринінг ПТСР серед українців на п'ятому місяці після початку війни (%)

Питання	Відповідь “Так”	Відповідь “Ні”
Q1	55.8	44.2
Q2	54.0	46.0
Q3	53.4	46.6
Q4	39.3	60.7
Total	202.5	197.5
M	50.625	49.375
SD	7.618	7.618

Згідно до отриманих результатів, більшість відповідей на питання скринінгу ПТСР були «Так». Цей факт свідчить про поширеність ПТСР в загальній вибірці.

У таблиці 32 наведено відповіді не спортсменів. Отримані дані показують, що більшість відповідей виявилися «Так».

Таблиця 32

Скринінг ПТСР серед українців (не спортсменів) на п'ятому місяці після початку війни (%)

Питання	Відповідь "Так"	Відповідь "Ні"
Q1	61.5	38.5
Q2	58.7	41.3
Q3	59.9	43.3
Q4	40.4	59.6
Total	220.5	182.7
M	55.125	45.675
SD	9.88	9.49

У таблиці 33 наведено результати скринінгу українських спортсменів. У них більшість відповідей виявилися «Ні». На підставі цих результатів можна зробити висновок про більшу поширеність ПТСР серед не спортсменів, порівняно зі спортсменами.

Таблиця 33

Скринінг ПТСР серед українців (спортсменів) на п'ятому місяці після початку війни (%)

Питання	Відповідь "Так"	Відповідь "Ні"
Q1	44.4	55.6
Q2	44.4	55.6
Q3	44.4	55.6
Q4	37	63
Total	170.2	229.8
M	42.55	57.45
SD	3.7	3.7

У подальшому аналізі було порівняно кількість осіб, які відповіли «Так» на всі питання чи «Ні» (таблиця 34).

Таблиця 34

Кількість українців, які відповіли «Так» або «Ні» на всі запитання скринінгу ПТСР (%)

Відповіді	Спортсмени	Не спортсмени
Так	16.5	21.1
Ні	30.1	13.8

Отримані результати відображають відмінності у прояві ПТСР у ситуації війни. Серед не спортсменів «Так» відповіли 21,1%. Це означає, що ці особи із дуже високою вірогідністю мають ПТСР. А от серед не спортсменів лише 13,8 осіб відповіли «Ні». При цьому, спортсменів, які відповіли «Ні», було суттєво більше, ніж серед не спортсменів.

Порівняння вияву клінічних симптомів ПТСР у спортсменів і не спортсменів представлено в таблиці 35.

Клінічні симптоми ПТСР у спортсменів і не спортсменів

Особи/Субшкали	Збудливість	Уникнення	Вторгнення
Спортсмени	10.76 7.36; 11.83	13.48 9.86; 15.48	11.40 8.62; 13.58
Не спортсмени	15.88* 13.32; 17.26	16.70* 13.73; 17.26	15.30* 12.68; 16.84

Позначення: * $p < 0,05$ для порівняння спортсменів і не спортсменів

Інтенсивність ПТСР оцінювалася за рівнем мимовільних спогадів і реакцій на пережиті події. Згідно з цим результатом, субшкала втручання спортсменів має значно нижчі середні бали, ніж у не спортсменів. Цей факт свідчить про більш інтенсивне сприйняття почуття загрози у не спортсменів, ніж у спортсменів. Крім того, у спортсменів більш виражені механізми стресостійкості.

Субшкала уникання вказує на посттравматичну реакцію уникнення негативних емоцій. Наше дослідження показало достовірно вищі значення уникнення серед не спортсменів порівняно з спортсменами. Це свідчить про більш виражене намагання уникнути неприємних спогадів у тих, хто не займається спортом. Водночас, слід відзначити, що у результаті занять спортом у спортсменів знижується потреба уникати неприємних спогадів. Також слід відзначити, що у спортсменів прояв збудливості менш виражений, ніж у не спортсменів.

Згідно з нашими результатами, рівень ПТСР у спортсменів є істотно нижчим, ніж у не спортсменів (рис. 3). Вважаємо, що це свідчить про наявність у спортсменів компенсаторних механізмів, які запобігають негативним наслідкам ПТСР.

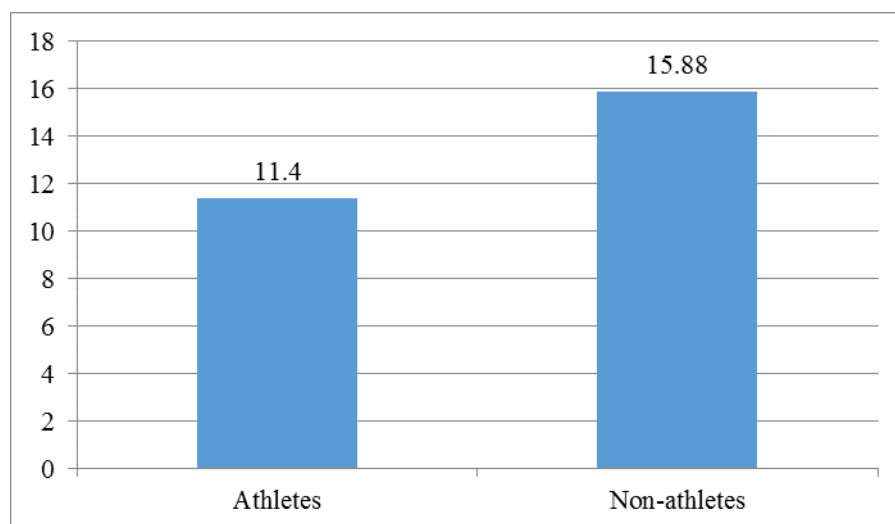


Рис. 3. Порівняння інтегрального показника симптомів ПТСР у спортсменів і не спортсменів

Аналізуючи отримані результати, ще раз вважаємо за потрібне підкреслити, що війна є це ненормальним для людей явищем. Воєнна ситуація є

вкрай травмуючим чинником, що негативно впливає на психічні та психосоматичні стани людини (Kokun et al., 2023). Як відомо, травматичні події, пов'язані зі специфічними емоціями, можуть призводити до зміни стратегій психічного захисту. Переживання страху, тривоги та страждань у травматичній ситуації може спровокувати ПТСР. Подальше відновлення після цього є дуже проблематичним.

Незважаючи на війну, українські спортсмени продовжують тренуватися та змагатися. У деяких видах спорту з початку військової агресії результати українських спортсменів покращилися. Можливо, це пов'язано з активацією внутрішніх ресурсів, пов'язаних з необхідністю захиститися від загрозової для життя небезпеки.

Спорт супроводжується стресовими факторами, пов'язаними із змагальною діяльністю. В результаті у спортсменів підвищується рівень стресу перед змаганнями. Одним із способів підвищення їх стресостійкості є вдосконалення змагальної практики та участь у різноманітних змаганнях.

У зв'язку з відсутністю даних про вплив посттравматичних стресових розладів в умовах війни на психічний стан українських спортсменів, дослідження цього питання є дуже актуальними. Наші результати показали вираженість ПТСР у досліджуваних осіб, особливо серед не спортсменів. Крім того, люди, які не займаються спортом, суб'єктивно схильні відчувати більшу небезпеку та загрозу, ніж спортсмени. Ми стверджуємо, що стресостійкість у спортсменів забезпечує їх здатність зменшувати наслідки посттравматичного стресу.

Наше дослідження також показує виражені зміни психічного стану спортсменів під час війни. Проте прояви ПТСР у спортсменів менш виражені. Цей факт свідчить про наявність у спортсменів компенсаторних механізмів, які запобігають негативним наслідкам стресу війни. Ми вважаємо, що це пов'язано з умінням спортсменів зануритися у тренувальний процес та протистояти стресу.

Наше дослідження надає докази того, що спортивна діяльність може зменшити наслідки посттравматичного стресу, пов'язаного з війною. Отримані результати можуть бути використані для розробки програми профілактики посттравматичного стресу, як у спортсменів так і у інших осіб.

Література

- Агаєв, Н.А., Кокур, О.М., Пішко, І.О., Лозінська, Н.С., Герасименко, М.В., & Ткаченко, В.В. (2014). *Психологічне забезпечення розвитку лідерських якостей майбутніх офіцерів*. Київ: НДЦ ГП ЗСУ.
- Бахмутова, Л. М. (2020). *Психологічні особливості міжособистісної взаємодії зимівників у антарктичних експедиціях*. (Дис. Доктора філософії). Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Київ. http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/disertaciya_bahmutova_1600115344.pdf
- Бахмутова, Л. М. (2021). Особливості впровадження методів саморегуляції у процес тренінгової підготовки зимівників українських антарктичних експедицій. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2-3(23), 7–17. <https://doi.org/10.31108/2.2021.2.23.1>
- Бахмутова, Л. М. (2023а). Відчуття безпеки – базовий принцип надання психологічної допомоги українським біженцям у Польщі. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Том. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Випуск 23, 3–15. <https://lib.iitta.gov.ua/737012>
- Бахмутова, Л. М. (2023б). Психологічний стан українських дітей-біженців у Польщі та заходи щодо сприяння їх адаптації. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*. Матеріали VIII Всеукр. науково-практичної конференції, 15–18, Київ. <https://www.academia.edu/109227811>
- Бахмутова, Л. М., & Неска, А. (2022а). Особливості психологічних порушень серед українських біженців у Польщі. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Том. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Випуск 22, 3–18. <https://lib.iitta.gov.ua/732780/>
- Бахмутова, Л. М., & Неска, А. (2022б). Психологічні порушення та їх наслідки для людей, що переживають війну. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*. Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції, Київ, 17 листопада 2022 р., 20–23. <https://www.academia.edu/90981207>
- Гомер. (2020). *Одіссея*. Київ: Центр навчальної літератури.
- Грішин, Е. (2021). Резилієнтність особистості: Сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. Вип. 64, 62–81. <https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.04>
- Диференційна психологія (2013). За заг. ред. С. Д. Максименка. Київ: Видавничий Дім «Слово».
- Дубчак, Г. М. (2017). *Психологічні основи професійної стресостійкості майбутніх фахівців*: монографія. Київ: Талком.
- Каплунович, Я. Ю. (2018). Психологічна пружність і крихкість: екзистенційно-аналітичний підхід. *Психологія та психосоціальні інтервенції*, 1, 41–45. <https://philarchive.org/archive/KAPRA-5>

- Карамушка, Л. М., & Карамушка, Т. В. (2022). Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2(26), 48–59. <https://doi.org/10.31108/2.2022.2.26.6>
- Коқун, О. М. (2002). Фізична культура і спорт як фактор підвищення адаптаційних можливостей студентів. *Вісник Технологічного університету Поділля. Ч. 3. Суспільно-гуманітарні науки*, 2(5), 47–50.
- Коқун, О. М. (2004) *Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності*: Київ: Міленіум. <https://lib.iitta.gov.ua/1513/>
- Коқун, О. М. (2010). Теоретичні та практичні засади психологічного забезпечення професійного становлення особистості. In “*Матеріали ІІ Всеукраїнського психологічного конгресу, присвяченого 110 річниці від дня народження Г.С. Костюка (19-21 квітня 2010 р.)*”. Т. ІІІ. Київ: ДП “Інформаційно-аналітичне агентство”, С. 167–171.
- Коқун, О. М. (2012). *Психологія професійного становлення сучасного фахівця*. Київ: ДП «Інформ.-аналіт. агенство», 2012. <https://lib.iitta.gov.ua/1651>
- Коқун, О. М. (2021). Опитувальник професійної життєстійкості (українська версія). *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 1, 91–105. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2021.1.8>
- Коқун, О. М. (2022). *Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни»*: препринт. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/731505>
- Коқун О. М. (2024). *Діагностика професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості*: методичні рекомендації. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/739679/>
- Коқун, О. М., Ключков, В. В., Мороз, В. М., Пішко І. О., & Лозінська Н. С. (2022). *Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій*: метод. посібник. Київ-Одеса : Фенікс <https://lib.iitta.gov.ua/731412/>
- Коқун О. М., & Мельничук Т.І. (2023). *Резилієнс-довідник : практичний посібник*. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/734632>
- Коқун О. М., & Пішко І. О. (2019). Особливості динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців впродовж шести місяців виконання завдань в районі АТО. *Психологічне здоров'я*, 1(2), 132–152. <http://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/issue/view/4/7>
- Креденцер, О. (2023). Емпіричне дослідження психологічних проблем українців, що перебувають в Німеччині у зв'язку з війною. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(28), 45–55. <https://doi.org/10.31108/2.2023.1.28.5>
- Лупанець, О. М. & Войтович, М. В. (2023). Загальні психологічні та фізіологічні порушення і зміни в українців, спричинені війною (з практики консультування). *Актуальні проблеми психології: Збірник*

- наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Випуск 23, 82–89. <https://lib.iitta.gov.ua/737012>
- Малхазов, О., & Кокун, О. (2005). Професійний відбір та впровадження новітніх технічних засобів у роботі з персоналом. *Соціальна психологія*, 4, 84–90.
- Панасенко, Н. Н. & Войтович, М. В. (2023). Дослідження показників психологічного здоров'я українців під час війни. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*. Матеріали VIII Всеукр. науково-практичної конференції, 85–88, Київ. <https://www.academia.edu/109227811>
- Психофізіологічні закономірності життєстійкості фахівців соціономічних професій. (2021). За ред. О. М. Кокуна. Київ–Львів : Видавець Вікторія Кундельська. <http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Kokun.pdf>
- Романчук, О. (2022). Психологічна стійкість у часи війни: індивідуальний та національний вимір. <https://health.ucu.edu.ua/news/oleg-romanchuk-psyhologichna-stijkist-u-chasy-vijny-indyvidualnyj-ta-natsionalnyj-vymir/>
- Титаренко, Т.М. (2024). *Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах*: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД. <https://lib.iitta.gov.ua/740719/>
- Чернобровкін, В. М., & Морозова, О. Б. (2021). Аналіз сучасних підходів до розвитку і посилення резилієнс особистості. *Технології розвитку інтелекту*, 5(1). https://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/547
- Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук М. А. (2020). Адаптація та валідизація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 2, 66–72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
- Achotegui, J (2002). *La depresión en los inmigrantes una perspectiva transcultural*. Barcelona: Mayo.
- Achotegui, J. (2005). Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Vertex*, 16, 105–13.
- Achotegui, J. (2014). *The Ulysses Syndrome: The immigrant Syndrome with Chronic and Multiple Stress*. El Mundo de la Mente.
- Achotegui, J. (2018). *La Inteligencia Migratoria*. NED Ediciones, Barcelona.
- Alzoubi, K. H., Rababa'h, A. M., & Al Yacoub, O. N. (2018). Tempol prevents post-traumatic stress disorder induced memory impairment. *Physiology & Behavior*, 184, 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.12.002>
- Aron, C. M., Harvey, S., Hainline, B., Hitchcock, M. E., & Reardon, C. L. (2019). Post-traumatic stress disorder (PTSD) and other trauma-related mental disorders in elite athletes: a narrative review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(12), 779–784. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100695>
- Bianucci R, Charlier P, Perciaccante A, Lippi D, & Appenzeller O. (2017). The "Ulysses syndrome": An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *Eur J Intern Med*, 41, 30–32. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.03.020>

- Blight, S. & Norris, K. (2018). Positive psychological outcomes following Antarctic deployment. *The Polar Journal*, 8(2), 351–363. <https://doi.org/10.1080/2154896X.2018.1541552>
- Borho, A., Viazminsky, A., Morawa, E., Schmitt, G. M., Georgiadou, E., & Erim, Y. (2020). The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. *BMC psychiatry*, 20(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02746-2>
- Brähler, E., Hinz, A., & Scheer, J. W. (2008). GBB-24. *Der Gießener Beschwerdebogen* [GBB-24. Giessen Complaint List]. Bern, Switzerland: Hans Huber.
- Bulletin of the Institute of the History of Medicine (1934, August), The Johns Hopkins University Press, 2(6), 376-391 <https://www.jstor.org/stable/44437799>
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Cummings, S., Sull, L., Davis, C., & Worley, N. (2011). Correlates of depression among older Kurdish refugees. *Social Work*, 56(2), 159–168. <https://doi.org/10.1093/sw/56.2.159>
- Diaz-Cuellar, A. L., Ringe, H. A., David A. & Schoeller-Diaz, D. A. (2009). The Ulysses Syndrome: Migrants with Chronic and Multiple Stress Symptoms And the Role of Indigenous Linguistically and Culturally Competent Community Health Workers. UNDP Human Development Report.
- Johnson, R. J., Antonaccio, O., Botchkovar, E., & Hobfoll, S. E. (2022). War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(9), 1807–1816. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9>
- Karmeles, S., Rocío, P-L, Soledad, C-S., Echeburúa, Enrique, E. & Katherine, B (2015). Chronic stress in immigrants and relatives of people with mental illness: A comparative study. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 7–15. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243045363002.pdf>
- Kokun, O., Korobeynikov, G., Mytskan, B., Cynarski, W.J., & Korobeynikova, L. (2019). Applied aspects of improving pupils' and students' adaptive capacity. *Ido Movement for Culture. Journal of Martial Arts Anthropology*, 19(3), 38–45. <https://doi.org/10.14589/ido.19.3.5>
- Kokun, O. (2021). Testing in mental health research: professional hardiness questionnaire (english-language version). *Wiadomości Lekarskie*, 74(11, I), 2799–2805. <https://doi.org/10.36740/WLek202111121>
- Kokun, O. (2023a). The Ukrainian population's war losses and their psychological and physical health. *Journal of Loss and Trauma*, 28(5), 434–447. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2136612>
- Kokun, O. (2023b). The personal growth resources of the adult population following the first months of the war in Ukraine. *International Journal of Psychology*, 58(5), 407–414. <https://doi.org/10.1002/ijop.12915>

- Kokun, O., Agayev, N., Pischko, I., & Stasiuk, V. (2020). Characteristic impacts of combat stressors on posttraumatic stress disorder in Ukrainian military personnel who participated in the armed conflict in Eastern Ukraine. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 20(3), 315–326. <https://www.ijpsy.com/volumen20/num3/554.html>
- Kokun, O., Pischko, I., & Lozinska, N. (2023). Military personnel's stress reactivity during pre-deployment in a war zone. *Psychology, Health & Medicine*, 28(8), 2341–2352. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2104882>
- Kostrzyński, R., Kosowicz, A., Włodarczyk, A., Rogowska, L. & Niernsee, M. (2017). *Bajki z krajów uchodźców. Przewodnik w Polsce Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców (UNHCR)*. Warszawa.
- Lahad, M., & Leykin, D. (2013). The integrative model of resiliency – The «BASIC Ph» Model, or what do we know about survival? *Volume 119: Resiliency: Enhancing Coping with Crisis and Terrorism*, 71–91. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-490-9-71>
- Melnychuk, T., Grubi, T., Aliksieieva, S., Maslich, S., & Lunov, V. (2022). Peculiarities of psychological assistance in overcoming the consequences of COVID-19: a resilience approach. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 17(1), 95–107. <https://doi.org/10.5114/nan.2022.117960>
- Murray, C. J., King, G., Lopez, A. D., Tomijima, N., & Krug, E. G. (2002). Armed conflict as a public health problem. *BMJ*, 324(7333), 346–349. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7333.346>
- Peterson Ch. & Seligman M. (2004). *Handbook and Classification 1st Edition*. Oxford University Press.
- Rizzi, D., Ciuffo, G., Sandoli, G., Mangiagalli, M., de Angelis, P., Scavuzzo, G., Nych, M., Landoni, M., & Ionio, C. (2022). Running away from the war in Ukraine: The impact on mental health of internally displaced persons (IDPs) and refugees in transit in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16439. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416439>
- Roberts, L. M., Achotegui, J., Allen, R. S., Lopez, M. & Fakhri, M. (2022). Understanding the Ulysses Syndrome, effective engagement, and ways to heal. *Exodus & Entry* <https://doi.org/10.18060/26776S>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Sedikes, C., Wildschut, T., & Baden, D. (2004). Nostalgia - conceptual issues and existential functions. In *Greenberg Jeff Handbook of experimental existential psychology*, Chapter 13. New York, Guilford Publications.
- Shoib, S., Arif, N., Nahidi, M., Rumiyya, K., Swed, S., & Yusha'u Armia'u, A. (2022). Nagorno-Karabakh conflict: Mental health repercussions and challenges in Azerbaijan. *Asian Journal of Psychiatry*, 73, 103095. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103095>

- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11–18. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- World Health Organization (2022). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- .

Відомості про авторів

Кокун Олег Матвійович – заступник директора з науково-інноваційної роботи Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, член-кореспондент НАПН України, доктор психологічних наук, професор.

Бахмутова Лариса Миколаївна – провідний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, доктор філософії.

Кружева Тетяна Володимирівна – провідний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, доцент.

Войтович Марія Володимирівна – науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Савченко Тетяна Леонідівна – молодший науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Коробейнікова Іванна Георгіївна – молодший науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Лупанець Оксана Миколаївна – молодший науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Виробничо-практичне видання

**Кокун Олег Матвійович, Бахмутова Лариса Миколаївна, Кружева Тетяна
Володимирівна, Войтович Марія Володимирівна, Савченко Тетяна
Леонідівна, Коробейнікова Іванна Георгіївна, Лупанець Оксана
Миколаївна**

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ РІЗНИХ
ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ
ТА ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ**

Практичний посібник

За редакцією О. М. Кокун

Ум. друк. арк. 6,0

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України
01033, м. Київ, вул. Паньківська 2;
тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
№ 6418 від 03.10.2018 р.