

Міністерство освіти і науки України
Мелітопольський державний педагогічний університет
імені Богдана Хмельницького

Остоплецъ I.Ю., Мостова Т.О.

ПСИХОЛОГІЯ СТРЕСУ І ФРУСТРАЦІЇ

навчальний посібник



Запоріжжя – 2025

УДК 159.944.4:159.94(075.8)

Остополец І. Ю., Мостова Т. О. Психологія стресу і фрустрації : навчальний посібник : Запоріжжя: Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, 2025. 179 с.

Рецензенти:

Афанасьєва Н. Є. - доктор психологічних наук, професор кафедри психології і соціології Харківського національного економічного університету імені Семена Кузнеця, м. Харків, Україна

Ситнік С. В. - доктор психологічних наук, професор, завідувачка кафедри теорії та методики практичної психології, Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського», м. Одеса, Україна

Рекомендовано до друку Вченою радою Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького 24.06.2025 року протокол № 17.

ЗМІСТ

Тема 1. Історія розвитку наукової думки про стрес	6
1.1. Історичний вимір виникнення вчення про стрес	6
1.2. Сутність стресу та його різновиди	11
1.3. Основні теорії та наукові концепції стресу	15
Тема 2. Механізми виникнення і перебігу стресу	22
2.1. Нейрофізіологічні та ендокринні механізми стресу	22
2.2. Психологічні механізми перебігу стресу	26
2.3. Взаємозв'язок систем організму під час стресу	29
Тема 3. Причини виникнення стресу	36
3.1. Суб'єктивні причини виникнення стресу	36
3.2. Об'єктивні причини виникнення стресу	38
3.3. Індивідуальні відмінності в реагуванні на стрес	41
Тема 4. Форми стресу та особливості його прояву	47
4.1. Класифікація форм стресу за природою та тривалістю (гострий, хронічний, епізодичний гострий стрес)	47
4.2. Види стресу залежно від впливу на людину	50
4.3. Специфічні прояви стресу: фізіологічні, емоційні, когнітивні та поведінкові індикатори	52
Тема 5. Фрустрація: особливості виникнення, прояву і подолання	59
5.1. Поняття фрустрації та її сутність	59
5.2. Види та джерела фрустрації	63
5.3. Форми фрустраційної поведінки та її наслідки	65
5.4. Шляхи та засоби розвитку толерантності до фрустрації	67
Тема 6. Оцінка і діагностика рівня стресу у дітей та дорослих	74
6.1. Основні підходи до оцінки стресу	74
6.2. Діагностика стресу у дорослих	77

6.3. Визначення стресу у дітей: вікові особливості прояву та методи діагностики	79
Тема 7. Динаміка протікання стресу та можливі наслідки	85
7.1. Стадії перебігу гострого і негострого стресу	85
7.2. Психологічні моделі динаміки стресу	87
7.3. Довгострокові наслідки стресу для здоров'я: соматичні, психічні, соціальні та поведінкові порушення	89
Тема 8. Професійний стрес і засоби його профілактики	96
8.1. Сутність та концепції професійного стресу	96
8.2. Професійне вигорання як форма хронічного професійного стресу	99
8.3. Чинники виникнення професійного стресу та вигорання	99
8.4. Засоби запобігання та профілактики професійного стресу та вигорання	100
Тема 9. Шляхи та засоби профілактики стресу	110
9.1. Концептуальні засади профілактики стресу	110
9.2. Індивідуальні стратегії профілактики та управління стресом	113
9.3. Організаційні та соціальні аспекти профілактики стресу	116
9.4. Формування стресостійкості та резильєнтності	117
Тема 10. Подолання гострого стресу	123
10.1. Сутність та ознаки гострого стресу	123
10.2. Психофізіологічні реакції на гострий стрес	126
10.3. Техніки екстреної самодопомоги при гострому стресі	128
10.4. Перша психологічна допомога оточуючим: принципи та етапи підтримки осіб у стані гострого стресу	131
Тема 11. Посттравматичний стресовий стан та посттравматичний стресовий розлад	139
11.1. Поняття психологічної травми та травматичної події	139
11.2. Гостра стресова реакція та посттравматичний стресовий стан	143

11.3. Діагностичні критерії та основні симптоматичні кластери посттравматичного стресового розладу	144
11.4. Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу	146
Тема 12. Психологічна резильєнтність: сутність, фактори та стратегії розвитку	154
12.1. Поняття резильєнтності як здатності відновлюватися та адаптуватися до змін, труднощів та стресу	154
12.2. Ключові компоненти резильєнтності	155
12.3. Фактори, що впливають на розвиток резильєнтності особистості	157
12.4. Практичні стратегії та вправи для розвитку резильєнтності на індивідуальному та колективному рівнях	159
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	167
Глосарій	174

Тема 1. Історія розвитку наукової думки про стрес.

План:

- 1.1. Історичний вимір виникнення вчення про стрес: від механістичних моделей до холістичного розуміння.
- 1.2. Сутність стресу та його різновиди.
- 1.3. Основні теорії та наукові концепції стресу.

Ключові слова: *стрес, гомеостаз, адаптація, фізіологічна реакція, психологічний стрес, загальний адаптаційний синдром, стадії стресу, тривога, опір, виснаження, дистрес, еустрес, стресори, когнітивна оцінка, копінг, психонейроімунологія, аллостаз, аллостатичне навантаження, психосоматика, психологічна адаптація, життєстійкість.*

Питання 1.1. Історичний вимір виникнення вчення про стрес.

Вивчення феномену стресу в науковій думці є багатограним процесом, що сягає глибокого коріння у філософських та медичних роздумах про взаємозв'язок між зовнішніми впливами та внутрішнім станом організму. Проте, формування системного вчення про стрес як окремої наукової категорії є відносно пізнім явищем, що припадає на XX століття. Ця еволюція відбувалася шляхом інтеграції знань з фізіології, біохімії, медицини та, зрештою, психології, трансформуючи первісні, переважно фізичні та механічні уявлення про «тиск» у комплексне розуміння біологічних та психологічних адаптаційних реакцій.

Хоча сучасне розуміння терміну «**стрес**» ще не було сформовано, ідея про те, що екзогенні фактори можуть впливати на гомеостаз організму, простежується вже в античних медичних трактатах. Гіппократ, наприклад, у своїй теорії гуморального балансу, припускав, що порушення рівноваги рідин в організмі, спричинені зовнішніми впливами або емоційними станами, призводять до патологій. Це можна розглядати як прототип ідеї про

порушення адаптаційних механізмів. Гален, розвиваючи ці ідеї, акцентував на деструктивному впливі інтенсивних емоцій, таких як гнів чи страх, на фізичне здоров'я.

У лінгвістичному контексті термін «stress» в англійській мові з'явився у XVII столітті, походячи від латинського «stringere» (затягувати, стискати) і позначав «тягар, тиск, зусилля» або «важкість, біду» [56]. Проте, на цьому етапі він ще не мав медичного чи психологічного значення.

Значний прогрес у фізіології XIX століття був пов'язаний з фундаментальними роботами Клода Бернара [56], який вперше сформулював концепцію «**внутрішнього середовища**» організму та його відносної сталості. Його теза про те, що стабільність внутрішнього середовища є умовою вільного та незалежного життя, заклала концептуальну основу для подальших досліджень адаптаційних процесів і може бути інтерпретована як раннє передбачення концепції гомеостазу.

Перехід до сучасного наукового розуміння стресу нерозривно пов'язаний з розвитком концепції гомеостазу. Волтер Бредфорд Кеннон [57], видатний американський фізіолог, значно розширив ідеї К. Бернара. У своїй праці «The Wisdom of the Body» він ввів термін «**гомеостаз**» для опису динамічних процесів, що підтримують стабільність внутрішнього середовища організму в умовах мінливого зовнішнього середовища [46]. В. Кеннон емпірично довів, що загрози цій стабільності викликають складні фізіологічні реакції, спрямовані на її відновлення. Він детально описав **реакцію «бий або тікай»**, яка передбачає швидку активацію симпатичної нервової системи та масивний викид катехоламінів (адреналіну та норадреналіну). Ця реакція розглядалася як еволюційно адаптивний механізм, що дозволяє організму миттєво мобілізувати енергетичні ресурси та психофізіологічну готовність у відповідь на сприйняту небезпеку.

Роботи В. Кеннона стали першим систематичним вивченням нейрофізіологічних та ендокринних механізмів відповіді на загрозові

стимули, заклавши основу для подальших досліджень стресу як біологічного феномену.

Кульмінацією фізіологічного підходу до стресу, що надав йому статус самостійної наукової категорії, стали роботи **Ганса Сельє**, австро-угорсько-канадського ендокринолога [55, 56]. Саме Г. Сельє, завдяки своїм дослідженням, не лише широко ввів термін «стрес» у науковий обіг, але й розробив першу всеосяжну теорію стресу. У 1930-х роках, будучи молодим дослідником, Г. Сельє випадково помітив, що різноманітні шкідливі стимули (наприклад, переохолодження, хірургічна травма, інфекційні агенти, фізичне виснаження) викликають у лабораторних тварин схожий, неспецифічний набір фізіологічних змін: гіпертрофію кори надниркових залоз, інволюцію тимуса та лімфатичних вузлів, а також утворення виразок у шлунку. Спочатку він назвав це «синдромом, викликаним різними шкідливими агентами», але згодом усвідомив, що це не специфічна реакція на конкретний шкідливий фактор, а універсальна, неспецифічна відповідь організму на будь-яку вимогу до адаптації.

У 1936 році Г. Сельє опублікував свою знакову працю, де представив концепцію **загального адаптаційного синдрому (ЗАС)**. Він визначив стрес як «неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу» [55]. ЗАС включає три послідовні стадії:

1) **Стадія тривоги**: початкова реакція організму на стресор, що включає шокову фазу (зниження опору) та контршокову фазу (активація захисних механізмів та мобілізація ресурсів, аналогічна реакції «бий або тікай»).

2) **Стадія опору**: якщо стресор продовжує діяти, організм адаптується до нього, фізіологічні зміни стадії тривоги зменшуються, а опір конкретному стресору підвищується, хоча опір іншим стресорам може знижуватися. Ресурси витрачаються більш економно.

3) **Стадія виснаження**: якщо стресор продовжує чинити вплив протягом тривалого часу, або якщо адаптаційні ресурси вичерпуються, організм входить у стадію виснаження, втрачаючи здатність до адаптації [55].

Сельє також розрізняв «**еустрес**» (позитивний, конструктивний стрес, який сприяє розвитку та адаптації) та «**дистрес**» (негативний, шкідливий стрес, що призводить до виснаження та патологій). Його роботи стали наріжним каменем для подальших досліджень стресу, визначивши його як центральний концепт у біології та медицині. Однак, модель Г. Сельє, будучи переважно фізіологічною та біологічною, не повною мірою враховувала психологічні аспекти стресу, зокрема роль когнітивної оцінки та індивідуальних відмінностей.

Наступний значний методологічний зсув у розвитку вчення про стрес відбувся з інтеграцією психологічних теорій, які підкреслили суб'єктивність переживання стресу та вирішальну роль когнітивних процесів. Річард Лазарус та Сьюзан Фолкман [50], починаючи з 1960-х років, здійснили значний рух у розумінні стресу, перевівши акцент з виключно фізіологічних реакцій на когнітивні та емоційні процеси. Вони розробили впливову **когнітивну теорію стресу та подолання (coping)**.

Згідно з цією теорією, стрес виникає не просто внаслідок впливу стресора, а й внаслідок того, як індивід оцінює цей стресор та власні можливості впоратися з ним. Цей процес включає дві ключові стадії:

1) Первинна оцінка, на якій індивід оцінює ситуацію як релевантну або нерелевантну, а якщо релевантну – то як загрозливу (threat), таку, що спричиняє шкоду/втрати (harm/loss), або як виклик (challenge).

2) Вторинна оцінка, на якій індивід оцінює власні ресурси та стратегії для подолання стресора (coping resources and options), тобто, що можна зробити і наскільки ефективними будуть ці дії [50].

Копінг визначається як динамічний процес управління зовнішніми або внутрішніми вимогами, які оцінюються як такі, що перевантажують або перевищують ресурси індивіда. Лазарус і Фолкман розрізняли два основні типи копінгу: копінг, орієнтований на проблему, спрямований на зміну або усунення джерела стресу; та копінг, орієнтований на емоції, спрямований на управління емоційними реакціями на стрес [50].

Теорія Р. Лазаруса і С. Фолкман підкреслила індивідуальні відмінності у переживанні стресу, вирішальне значення суб'єктивного досвіду та когнітивних фільтрів. Вона відкрила шлях для розробки психотерапевтичних та психологічних втручань, спрямованих не лише на усунення стресорів, а й на зміну способу їх оцінки та розвиток адаптивних стратегій подолання.

Після фундаментальних робіт Г. Сельє та Р. Лазаруса з С. Фолкман, вчення про стрес продовжувало еволюціонувати, інтегруючи знання з широкого спектра дисциплін та розвиваючи нові, міждисциплінарні напрямки. Серед таких напрямків виділяється психонейроімунологія (PNI), міждисциплінарна галузь, що виникла у 1970-х роках. Вона системно досліджує складну двосторонню взаємодію між психологічними процесами, нервовою системою (центральною та периферичною), ендокринною системою та імунною системою. Роботи Роберта Адера та Ніколаса Коена [55] емпірично продемонстрували, як стрес може модулювати імунну функцію, надаючи наукове пояснення зв'язку між психологічним стресом та розвитком соматичних захворювань.

Паралельно розвивалися **теорії соціальної підтримки**, які показали, що наявність і якість соціальної підтримки є потужним буфером, що амортизує негативний вплив стресу на фізичне та психічне здоров'я.

Сучасні підходи, зокрема в рамках позитивної психології, розширили сферу досліджень, зосередившись не лише на патогенних наслідках стресу, але й на можливості **посттравматичного зростання** – позитивних психологічних змін, що можуть відбуватися внаслідок боротьби з кризовими ситуаціями та травматичними подіями [50]. Крім того, роботи Брюса Мак'юена [41] та його колег значно поглибили розуміння довготривалих наслідків хронічного стресу, ввівши концепцію **«аллостатичного навантаження»**. Ця концепція описує «зношування» тіла, яке накопичується внаслідок хронічного стресу та повторної або тривалої гіперактивації систем стресової відповіді (наприклад, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та симпатичної нервової системи), пояснюючи, чому хронічний стрес є значним фактором ризику для розвитку

широкого спектра захворювань, включаючи серцево-судинні, метаболічні та нейродегенеративні розлади.

Таким чином, історичний вимір виникнення вчення про стрес демонструє еволюцію від спрощених, механістичних уявлень про зовнішній тиск до комплексного, холістичного розуміння, що враховує складну взаємодію фізіологічних, психологічних, когнітивних та соціальних факторів. Від ранніх концепцій гомеостазу В. Кеннона, через революційні роботи Г. Сельє, що надали феномену назву та структурований опис, до психологічних моделей Р. Лазаруса та С. Фолкман, що підкреслили вирішальну роль когнітивної оцінки та індивідуальних стратегій подолання, ми спостерігаємо безперервну динаміку наукового пізнання.

Сучасні дослідження продовжують розширювати ці горизонти, інтегруючи знання з нейронаук, імунології, генетики, епігенетики та соціології, щоб забезпечити більш повне та глибоке розуміння того, як стрес впливає на наше життя, здоров'я та добробут, а також розробити ефективні стратегії управління ним. Це підкреслює динамічний характер наукового прогресу і відкриває шлях до подальших мультидисциплінарних досліджень та практичних застосувань у сфері охорони здоров'я та психологічного благополуччя.

Питання 1.2. Сутність стресу та його різновиди.

Феномен стресу, хоча й має глибокі історичні корені у фізіологічних та медичних дослідженнях, сьогодні розуміється як багатовимірний конструкт, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Його сутність полягає у складній системній реакції організму на вимоги, які сприймаються як такі, що порушують або загрожують порушити його гомеостаз чи психологічну рівновагу.

Фундаментальне визначення стресу, запропоноване Г. Сельє [56], описує його як неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу. Ця біологічна дефініція підкреслювала універсальність фізіологічних реакцій у відповідь на

різноманітні стресори. Однак, з розвитком психологічної думки, стало очевидним, що суто фізіологічного підходу недостатньо для повного розуміння цього явища. Сучасні концепції розглядають стрес як динамічний процес, що виникає на перетині індивіда та його середовища.

Згідно з когнітивно-транзакційною теорією Р. Лазаруса та С. Фолкман, стрес – це особлива взаємодія між людиною та середовищем, яка оцінюється людиною як така, що виснажує або перевищує її ресурси і загрожує її благополуччю [50]. Цей підхід акцентує на суб'єктивній оцінці ситуації, що робить переживання стресу високо індивідуальним. Таким чином, сутність стресу полягає не лише у впливі зовнішнього чинника, а й у внутрішній переробці цього впливу, сприйнятті загрози та оцінці власних ресурсів для подолання.

Ця інтегративна перспектива дозволяє виділити ключові характеристики стресу: він є багатовимірним явищем, що включає фізіологічні (гормональні, нейровегетативні), психологічні (емоційні, когнітивні) та поведінкові реакції. Він завжди передбачає **дисбаланс** між вимогами ситуації та сприйнятими можливостями індивіда впоратися з ними. При цьому важливу роль відіграє оцінка – процес, за допомогою якого індивід інтерпретує значення події для свого благополуччя. Відповідно, те, що є стресовим для однієї людини, може бути незначним або навіть стимулюючим для іншої.

Різновиди стресу класифікуються за різними критеріями, що відображає його багатогранність та складність.

По-перше, за інтенсивністю та впливом на організм, відповідно до моделі Г. Сельє, розрізняють:

- **Еустрес (eustress).** Цей термін позначає «позитивний» або «корисний» стрес. Він виникає у відповідь на події, що сприймаються як виклики, можливості для зростання або джерела приємного збудження (наприклад, підготовка до важливої події, спортивні змагання, творчість). Еустрес мобілізує ресурси організму, підвищує мотивацію та продуктивність, сприяє адаптації та розвитку.

- **Дистрес (distress).** Це «негативний» або «шкідливий» стрес, який виникає у відповідь на події, що сприймаються як загроза, втрата або надмірне навантаження. Дистрес характеризується почуттям безпорадності, тривоги, фрустрації, призводить до виснаження адаптаційних ресурсів і, за умови тривалої дії, може спричинити психічні та соматичні розлади.

За тривалістю дії та характером виникнення стресорів, виділяють:

- **Гострий стрес (acute stress).** Це короткочасна, інтенсивна реакція на раптову, несподівану подію (наприклад, екстрена ситуація, публічний виступ, нещасний випадок). Фізіологічні реакції при гострому стресі є сильними, але, зазвичай, швидко нормалізуються після усунення стресора. Цей тип стресу часто запускає реакцію «бий або тікай».

- **Епізодичний гострий стрес (episodic acute stress)** характеризується частим повторенням гострих стресових епізодів, які не встигають повністю завершитися і накопичуються. Це може бути пов'язано з постійною поспіхом, неорганізованістю, нездатністю розслабитися.

- **Хронічний стрес (chronic stress)** виникає внаслідок тривалого впливу стресорів, які можуть бути як інтенсивними, так і помірними, але постійними. Хронічний стрес веде до виснаження адаптаційних ресурсів організму, підвищення аллостатичного навантаження, що призводить до розвитку соматичних захворювань (наприклад, серцево-судинних, імунодефіцитних), психічних розладів (депресія, тривожні розлади) та синдрому професійного вигорання [25, с.70-71]. Прикладами можуть бути постійні фінансові труднощі, конфлікти у сім'ї, виснажлива робота, тривала хвороба.

За природою стресорів та сферою впливу, можна класифікувати стрес на такі різновиди:

- **Фізичний стрес** виникає у відповідь на фізичні подразники, такі як екстремальні температури (холод, спека), біль, фізична травма, шум, недосипання, голод, надмірні фізичні навантаження.

Психологічний стрес є найбільш поширеним і різноманітним типом, що виникає внаслідок сприйняття загрози психологічному благополуччю людини. Він може бути поділений на:

Емоційний стрес, спровокований інтенсивними емоціями (страх, гнів, смуток, тривога), часто пов'язаний з міжособистісними конфліктами, втратами, фрустрацією потреб;

Когнітивний стрес, що виникає внаслідок надмірного розумового навантаження, інформаційної перевантаженості, необхідності швидкого прийняття рішень в умовах невизначеності, або внутрішніх когнітивних дисонансів.

Соціальний стрес, пов'язаний з міжособистісними відносинами, соціальними ролями та очікуваннями, що включає конфлікти, соціальну ізоляцію, дискримінацію, публічні виступи, проблеми адаптації до нових соціальних умов [25, с. 88-90].

Професійний стрес (або робочий стрес) виникає внаслідок надмірних вимог на робочому місці, конфліктів з колегами або керівництвом, невідповідності між роллю та компетенціями, низького рівня контролю над робочим процесом, нерівномірного розподілу навантаження. Його тривала дія часто призводить до професійного вигорання [32, с. 38-41].

Навчальний стрес є специфічним для освітнього середовища, він пов'язаний з екзаменами, високими академічними вимогами, конкуренцією, необхідністю засвоєння великих обсягів інформації тощо.

Екологічний стрес викликаний несприятливими факторами навколишнього середовища, такими як забруднення повітря, води, ґрунту, шум, несприятливі кліматичні умови, стихійні лиха [25, с. 95-97].

Технологічний стрес (технострес) – відносно новий вид стресу, пов'язаний з постійним використанням інформаційних технологій, інформаційною перевантаженістю, кібербулінгом, залежністю від гаджетів та соціальних мереж.

Кожен із цих різновидів стресу активує складну мережу нейроендокринних та імунних реакцій. Основні системи, що залучаються, це симпатoadреналова система (SAM), що відповідає за швидку реакцію «бий або тікай», та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (HPA axis), яка регулює довготривалу стресову відповідь через виділення кортизолу. Дисрегуляція цих систем, особливо при хронічному дистресі, лежить в основі психосоматичних захворювань та психічних розладів.

Отже, сутність стресу полягає в динамічній взаємодії між вимогами середовища та індивідуальними можливостями подолання, опосередкованій когнітивною оцінкою. Розуміння його різновидів дозволяє більш диференційовано підходити до діагностики, профілактики та розробки ефективних стратегій управління стресом, враховуючи специфіку його джерела та впливу на різні аспекти життєдіяльності людини.

Питання 1.3. Основні теорії та наукові концепції стресу.

Розуміння феномену стресу еволюціонувало від початкових фізіологічних концепцій до складних психосоціальних моделей, що відображають інтегративний підхід до вивчення взаємодії між організмом і середовищем. Ця еволюція породила низку ключових теорій та моделей, кожна з яких додала важливі аспекти до комплексного осмислення стресових реакцій.

Одним із перших фундаментальних підходів, що заклав основу для систематичного вивчення стресу, є фізіологічна теорія Г. Сельє, відома як **загальний адаптаційний синдром (ЗАС)** [55]. Як вже зазначалося, Г. Сельє визначив стрес як неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу, що пред'являється до нього. Його модель описує три послідовні стадії фізіологічної відповіді: стадію тривоги, стадію опору та стадію виснаження. Ця модель підкреслила універсальність біологічних реакцій на стресори, незалежно від їхньої природи, і дозволила ідентифікувати ключові нейроендокринні механізми, такі як активація гіпоталамо-гіпофізарно-

надниркової осі (ГГНВ) та симпатoadреналової системи (САС). Теорія Г. Сельє, попри її значущість, була переважно біологічно орієнтованою, залишаючи за дужками індивідуальні відмінності у сприйнятті стресу та роль когнітивних процесів.

Суттєвим кроком у розвитку розуміння стресу стала **когнітивно-транзакційна модель** Р. Лазаруса та С. Фолкман [50]. Ця модель кардинально змінила акцент, перемістивши його з біологічної реакції на психологічний процес взаємодії між індивідом і його середовищем. Згідно з цією теорією, стрес виникає не стільки через об'єктивні характеристики стресора, скільки через суб'єктивну когнітивну оцінку індивідом ситуації. Р. Лазарус і С. Фолкман виділили дві основні фази оцінки: первинну оцінку (primary appraisal), під час якої індивід визначає, чи є ситуація релевантною для його благополуччя, чи вона є загрозою, втратою або викликом; та вторинну оцінку (secondary appraisal), під час якої людина оцінює свої ресурси та можливості для подолання стресової ситуації. Лише тоді, коли вимоги ситуації оцінюються як такі, що перевищують доступні ресурси, виникає стрес.

Центральним елементом цієї моделі є також концепція **копінгу (coping)** – свідомих зусиль, спрямованих на управління стресовими вимогами. Вони виділили два основні типи копінгу: орієнтований на проблему (зміна стресора) та орієнтований на емоції (управління емоційними реакціями). Ця модель підкреслила індивідуальну варіативність стресових реакцій і відкрила шлях для психологічних інтервенцій. Л. Наугольник також детально розглядає цю модель як ключову для розуміння психологічного аспекту стресу [25, с. 32-34].

Інші значущі моделі та теорії розвивалися на основі або в доповнення до цих базових підходів:

Модель стресу в життєвих подіях (Life Events Stress Model), розроблена Томасом Холмсом і Річардом Прає [57], фокусується на ролі значущих життєвих змін (як позитивних, так і негативних) як джерел стресу. Вони розробили шкалу соціальної переадаптації (Social Readjustment Rating Scale, SRRS), яка кількісно оцінює стресогенність різних життєвих подій

(наприклад, смерть близької людини, розлучення, зміна роботи) шляхом присвоєння їм певних балів. Накопичення балів протягом короткого періоду корелює з підвищеним ризиком розвитку фізичних та психічних захворювань. Ця модель підкреслює кумулятивний ефект стресорів, але не враховує індивідуальну оцінку та копінгові ресурси.

Модель конгруентності людини-середовища (Person-Environment Fit Model), запропонована Джоном Френчем та Робертом Каплом [33], розглядає стрес як наслідок невідповідності (конгруентності) між вимогами середовища (наприклад, робочого місця) та здібностями, потребами та ресурсами індивіда. Стрес виникає тоді, коли вимоги перевищують можливості людини, або коли її потреби не задовольняються середовищем. Ця модель особливо корисна для розуміння професійного стресу, оскільки вона дозволяє аналізувати вплив організаційних факторів на благополуччя працівників [32, с. 42].

Модель збереження ресурсів (Conservation of Resources, COR) Стівена Хобфолла [34] є ще однією впливовою теорією. Вона стверджує, що люди прагнуть набувати, підтримувати та захищати свої ресурси (об'єкти, стани, особисті характеристики, енергію). Стрес виникає, коли:

1) існує загроза втрати ресурсів;

2) відбувається фактична втрата ресурсів;

3) інвестиції ресурсів не призводять до їх набуття. Ця модель фокусується на динаміці ресурсів, пояснюючи, чому втрати є настільки стресовими і чому люди з меншою кількістю ресурсів більш вразливі до стресу.

Окрему категорію становлять **нейробіологічні та психофізіологічні моделі стресу**, які деталізують механізми функціонування стресових систем на рівні мозку та ендокринної системи. Ці моделі пояснюють роль гіпоталамуса, гіпофіза, наднирників, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори у формуванні стресової відповіді. Вони підкреслюють важливість біологічних маркерів стресу (наприклад, рівнів кортизолу, катехоламінів) та їхнього зв'язку з довгостроковими наслідками для здоров'я, такими як

аллостатичне навантаження, що є кумулятивним «зношуванням» тіла через хронічну активацію стресових систем.

Сучасні теорії часто інтегрують елементи різних підходів. Наприклад, **біопсихосоціальна модель стресу** визнає, що стрес є результатом складної взаємодії біологічних (генетична схильність, фізіологічні реакції), психологічних (когнітивна оцінка, особистісні риси, копінг) та соціальних (соціальна підтримка, культурний контекст, соціально-економічний статус) факторів. Цей холістичний підхід є найбільш повним і дозволяє розробляти комплексні стратегії профілактики та лікування стресових розладів.

Отже, еволюція теорій та моделей стресу відображає перехід від лінійно-причинного розуміння до багатофакторного та системного. Від чисто фізіологічного детермінізму Г. Сельє до когнітивного опосередкування Р. Лазаруса та С. Фолкман, і далі до інтегративних біопсихосоціальних підходів, наукове осмислення стресу постійно поглиблюється. Кожна з цих моделей надає цінний інструментарій для аналізу специфічних аспектів стресових реакцій, а їхня сукупність дозволяє всебічно зрозуміти, як індивіди реагують на виклики середовища та як ці реакції впливають на їхнє здоров'я та благополуччя.

Питання для самоконтролю:

1. Як змінювалося розуміння терміна «stress» від XVII століття до формування його сучасного наукового значення?
2. Яку роль відіграли роботи Клода Бернара та його концепція «внутрішнього середовища» у підготовці ґрунту для сучасного вчення про стрес?
3. Опишіть внесок Волтера Бредфорда Кеннона у розуміння стресу. Яке значення має його концепція «гомеостазу» та реакції «бий» або «втікай»?
4. Яке фундаментальне визначення стресу дав Ганс Сельє? Опишіть три стадії загального адаптаційного синдрому, які він виділив.

5. Чому модель Ганса Сельє, попри її значущість, була визнана недостатньою для повного розуміння стресу?
6. Як когнітивно-транзакційна модель Річарда Лазаруса та Сьюзан Фолкман змінила акцент у розумінні стресу? Поясніть сутність первинної та вторинної когнітивної оцінки.
7. Визначте поняття «копінгу» (подолання) згідно з Р.Лазарусом і С.Фолкман та назвіть два основні типи копінгу.
8. Які особливості моделі стресу в життєвих подіях Холмса і Раге? У чому полягає її основне обмеження?
9. Як модель конгруентності людини-середовища пояснює виникнення стресу? Наведіть приклад її застосування.
10. Опишіть модель збереження ресурсів Стівена Хобфолла. За яких умов, згідно з цією моделлю, людина переживає стрес?
11. Які основні системи організму залучаються до фізіологічної відповіді на стрес, і що таке «аллостатичне навантаження»?
12. Яким чином біопсихосоціальна модель стресу інтегрує різні аспекти (біологічні, психологічні, соціальні) для комплексного розуміння цього феномену?

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Який давньогрецький лікар, наряду з Гіппократом, акцентував на деструктивному впливі інтенсивних емоцій (гніву, страху) на фізичне здоров'я, що стало раннім прообразом розуміння стресу?
 - а) Аристотель;
 - б) Гален;
 - в) Демокріт;
 - г) Платон;

2. Заповніть пропуски: Волтер Бредфорд Кеннон ввів термін

« _____ » для опису динамічних процесів, що підтримують стабільність внутрішнього середовища організму, та описав реакцію « _____ ».

3. Встановіть відповідність:

З'єднайте стадії загального адаптаційного синдрому Ганса Сельє з їхніми основними характеристиками:

1. Стадія тривоги;

2. Стадія опору;

3. Стадія виснаження.

а) організм адаптується до стресора, ресурси витрачаються економно;

б) виснаження адаптаційних ресурсів, втрата здатності до адаптації, можливий розвиток хвороб;

в) початкова реакція на стресор, мобілізація захисних механізмів.

4. Виберіть декілька правильних відповідей (не менше двох):

Які твердження відповідають когнітивно-транзакційній моделі стресу Річарда Лазаруса та Сьюзан Фолкман?

а) стрес є суто фізіологічною відповіддю на зовнішній стимул;

б) суб'єктивна когнітивна оцінка ситуації є ключовим фактором виникнення стресу;

в) існують первинна та вторинна оцінки стресової ситуації;

г) копінг – це пасивна реакція організму на стресор;

д) стрес виникає лише тоді, коли вимоги перевищують доступні ресурси індивіда.

5. Підтвердіть чи спростуйте твердження: «Еустрес» – це негативний, шкідливий стрес, що призводить до виснаження адаптаційних ресурсів.

а) правда;

б) неправда.

6. Дайте коротку відповідь: Яке основне обмеження моделі стресу в життєвих подіях Холмса і Раге, попри її здатність кількісно оцінювати стресогенність подій?

7. Виберіть одну правильну відповідь:

Яка модель стресу фокусується на прагненні людини набувати, підтримувати та захищати свої ресурси (об'єкти, стани, особистісні характеристики)?

- а) когнітивно-транзакційна модель;
- б) модель конгруентності людини-середовища;
- в) модель збереження ресурсів Стівена Хобфолла;
- г) модель аллостатичного навантаження.

8. Назвіть та коротко поясніть два основних типи копінгу (подолання) згідно з Р. Лазарусом і С. Фолкман.

9. Виберіть одну правильну відповідь:

Який вид стресу, згідно з наданим матеріалом, відносно новий і пов'язаний з постійним використанням інформаційних технологій та інформаційною перевантаженістю?

- а) соціальний стрес;
- б) професійний стрес;
- в) екологічний стрес;
- г) технологічний стрес.

10. Що означає концепція «аллостатичного навантаження»?

Тема 2. Механізми виникнення і перебігу стресу.

План:

- 2.1. Нейрофізіологічні та ендокринні механізми стресу.
- 2.2. Психологічні механізми перебігу стресу: когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти.
- 2.3. Взаємозв'язок систем організму під час стресу.

Ключові слова: *нейрофізіологія, ендокринологія, центральна нервова система (цнс), гіпоталамус, мигдалеподібне тіло, гіпокамп, префронтальна кора, симпатoadреналова система (САС), катехоламіни (адреналін, норадреналін), гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГВН), КРГ (кортикотропін-рилізінг-гормон), АКТГ (адренотропний гормон), кортизол, петлі зворотного зв'язку, парасимпатична нервова система, когнітивна оцінка, особистісні характеристики, життєстійкість, емоційні реакції, поведінкові реакції, копінг, адаптаційні стратегії, дезадаптаційні стратегії, імунна система, аллостаз, аллостатичне навантаження, психосоматичні розлади, генетична схильність, епігенетика.*

Питання 2.1. Нейрофізіологічні та ендокринні механізми стресу.

Стрессова реакція є високоінтегрованим, системним процесом, що охоплює взаємодію центральної нервової системи (ЦНС) та ендокринної системи. Її первинною метою є мобілізація внутрішніх ресурсів організму для подолання потенційної загрози та подальшого відновлення гомеостазу.

Процес ініціації та регуляції стрессової відповіді починається в центральній нервовій системі (ЦНС), яка є головним центром управління та координації всіх процесів в організмі. Незалежно від того, чи стрессор є реальною фізичною загрозою, чи суто психологічним викликом, перша інстанція, що його розпізнає та інтерпретує, – це **мозок**. Хоча свідоме усвідомлення та раціональна інтерпретація відбувається в корі головного

мозку, первинні, швидкі та автоматичні реакції запускаються в глибоких підкоркових структурах, що є частиною еволюційно давньої системи виживання.

Ключові структури ЦНС відіграють вирішальну роль у механізмах стресу.

Гіпоталамус функціонує як основний інтеграційний центр між нервовою та ендокринною системами. Він отримує сигнали про стресор від вищих мозкових центрів та структур лімбічної системи, є командним пунктом, що ініціює каскад фізіологічних відповідей. Також він контролює функціонування автономної нервової системи та є відправною точкою для активації ендокринних осей стресу.

Мигдалеподібне тіло (amygdala), ця парна структура лімбічної системи, є ключовою для обробки емоцій, зокрема страху, тривоги та гніву. Вона діє як «детектор загроз», швидко оцінюючи емоційну значущість стимулів, і навіть до свідомого розуміння небезпеки, активно посиляє сигнали гіпоталамусу, ініціюючи негайну фізіологічну реакцію. Гіперактивація мигдалеподібного тіла є основою багатьох тривожних та посттравматичних стресових розладів.

Гіпокамп (hippocampus) є також частиною лімбічної системи, критично важливою для формування пам'яті та процесу навчання. У контексті стресу, гіпокамп допомагає модулювати стресову відповідь, надаючи інформацію про контекст та попередній досвід, і має гальмівний вплив на гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (ГГНВ), допомагаючи пригнічувати стресову реакцію, коли загроза минула або є ілюзорною. Проте, тривалий вплив стресових гормонів може спричинити структурні зміни (наприклад, атрофію) та функціональні порушення гіпокампа, що призводить до дефіциту пам'яті та труднощів з емоційною регуляцією.

Префронтальна кора (prefrontal cortex), розташована у лобових частках мозку, відповідає за вищі когнітивні функції: планування, прийняття рішень, оперативну пам'ять, цілеспрямовану поведінку та емоційну регуляцію. Вона може здійснювати низхідний гальмівний контроль над лімбічною

системою, допомагаючи нам свідомо керувати стресовими реакціями та приймати раціональні рішення. Однак, за умов інтенсивного або тривалого стресу її функція може бути порушена, що призводить до зниження когнітивного контролю, імпульсивності та труднощів з концентрацією.

Від ЦНС сигнали передаються до ендокринної системи – складної мережі залоз, що виробляють гормони, які є хімічними посланцями, що циркулюють у крові та впливають на віддалені органи. Ця взаємодія забезпечує потужний «гормональний відгук», який є хімічним посередником нервової активації та забезпечує масштабну, системну мобілізацію ресурсів організму.

У відповідь на стрес активуються дві основні нейроендокринні осі.

Перша – симпатoadреналова система (САС), що є швидкою віссю стресової відповіді та забезпечує негайну мобілізацію організму. При сприйнятті стресора гіпоталамус негайно активує симпатичну нервову систему – гілку автономної нервової системи, відповідальну за реакції «збудження». Симпатичні нервові волокна безпосередньо стимулюють мозкову речовину надниркових залоз (adrenal medulla) до масивного вивільнення нейрогормонів – катехоламінів: адреналіну (епінефрину) та норадреналіну (норепінефрину). Ці катехоламіни є основними медіаторами класичної реакції «бий» або «біжи» (fight-or-flight response), описаної Волтером Бредфордом Кенноном [46]. Вона проявляється швидкими та інтенсивними фізіологічними змінами, спрямованими на підготовку організму до фізичної дії, зокрема: збільшення частоти серцевих скорочень та підвищення артеріального тиску для оптимізації кровотоку; розширення бронхів для збільшення надходження кисню; моментальна мобілізація глюкози з печінки (глікогеноліз) для забезпечення м'язів та мозку швидкою енергією; перерозподіл кровотоку з внутрішніх органів до скелетних м'язів та головного мозку; збільшення зіниць та підвищення чутливості органів чуття [32, с. 23-24]. Основне призначення САС – забезпечити швидку, короткочасну реакцію на гостру загрозу, що дозволяє організму ефективно реагувати на небезпеку.

Друга вісь – гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГНВ), яка є повільною, але довготривалою віссю, що відіграє ключову роль у довгостроковій адаптації до стресу та підтримання гомеостазу. Каскад активації розпочинається з вивільнення гіпоталамусом кортикотропін-рилізінг-гормону (КРГ). КРГ стимулює передню частку гіпофіза до вироблення адренокортикотропного гормону (АКТГ). АКТГ з током крові досягає кори надниркових залоз (adrenal cortex), стимулюючи синтез та вивільнення глюкокортикоїдів, основним представником яких у людини є кортизол.

Кортизол – це багатофункціональний стероїдний гормон з широким спектром метаболічних та імунomodуючих ефектів [25, с. 58-60]. Він підтримує стабільне постачання енергії, сприяючи глюконеогенезу та мобілізації жирних кислот. Хоча в гострий період кортизол може мати протизапальний ефект, його хронічно високі рівні пригнічують імунну функцію, роблячи організм більш вразливим до інфекцій та аутоімунних захворювань. Крім того, кортизол модулює функції мозку, впливаючи на настрій, сон, пам'ять та здатність до навчання, і його дисрегуляція пов'язана з депресією, тривожними розладами та когнітивними порушеннями. ГГНВ відповідає за підтримку адаптаційних реакцій протягом тривалого часу, що особливо актуально при хронічному стресі.

Важливо, що ці системи не працюють ізольовано. Організм має складні петлі зворотного зв'язку для регуляції стресової відповіді. Наприклад, підвищені рівні кортизолу сигналізують гіпоталамусу та гіпофізу про необхідність зниження вироблення КРГ та АКТГ. Це механізм негативного зворотного зв'язку, який забезпечує «вимкнення» стресової реакції після усунення загрози, запобігаючи надмірній та тривалій активації. Після того, як стресовий фактор усунений або організм успішно з ним впорався, активується парасимпатична нервова система – гілка автономної нервової системи, що діє антагоністично до симпатичної. Її функція полягає у поверненні організму до стану спокою, так званої «реакції відпочинку та травлення» (rest-and-digest).

Це включає уповільнення серцебиття, зниження артеріального тиску, стимуляцію травлення та загальне відновлення енергетичних запасів, що дозволяє організму регенерувати та повернутися до гомеостазу.

Підсумовуючи зауважимо, що нейрофізіологічні та ендокринні механізми стресу – це дивовижна демонстрація інтегрованої роботи організму. Вони забезпечують швидку, адаптивну реакцію на виклики, що є критично важливим для виживання. Однак, постійна або надмірна активація цих систем, особливо за умов хронічного дистресу, може призвести до їхнього дисбалансу та виснаження, що, в свою чергу, є основою для розвитку широкого спектра психосоматичних захворювань, імунodefіцитів та психічних розладів. Розуміння цих базових механізмів є фундаментом для вивчення подальших аспектів впливу стресу на психічне та фізичне здоров'я.

Питання 2.2. Психологічні механізми перебігу стресу.

На відміну від чисто біологічних систем, людина – це складна психосоціальна істота, і її реакція на стрес не є суто автоматичною. Вона значною мірою опосередкована суб'єктивним сприйняттям, внутрішніми інтерпретаціями та індивідуальними стратегіями подолання. Саме психологічні механізми перетворюють потенційний стресор на реальне переживання стресу та визначають його вплив на особистість.

Центральним психологічним механізмом, що визначає виникнення та інтенсивність стресу, є **когнітивна оцінка стресору**. Ця концепція, найбільш повно розроблена в когнітивно-транзакційній моделі Р. Лазаруса та С. Фолкман, стверджує, що стрес – це не просто наслідок об'єктивного впливу зовнішнього чинника, а результат того, як індивід інтерпретує та оцінює цю ситуацію [50]. Процес оцінки включає дві ключові фази.

На етапі **первинної оцінки (primary appraisal)** індивід швидко та часто несвідомо оцінює ситуацію на предмет її значущості для власного благополуччя, відповідаючи на запитання: «Чи є ця ситуація релевантною для мене? Чи є вона загрозою, втратою/шкодою, або викликом?». Ситуація може

бути сприйнята як загроза, якщо вона може призвести до майбутніх негативних наслідків; як втрата/шкода, якщо вона вже спричинила збитки або завдала шкоди (фізичної, психологічної, матеріальної); або як виклик, якщо вона сприймається як можливість для зростання, опанування нових навичок, що вимагає зусиль, але потенційно може принести позитивний результат.

Якщо ситуація оцінюється як загрозна, така, що спричинила шкоду, індивід переходить до вторинної оцінки (*secondary appraisal*). На цьому етапі відбувається оцінка власних ресурсів та можливостей для подолання стресової ситуації, ставиться запитання: «Що я можу зробити? Чи достатньо у мене ресурсів (фізичних, психологічних, соціальних) для ефективного відповіді?». Тільки тоді, коли вимоги ситуації оцінюються як такі, що перевищують доступні ресурси, виникає суб'єктивне переживання стресу. Цей механізм пояснює, чому одна й та сама подія може бути стресовою для однієї людини і не стресовою для іншої [25, с. 32-34].

Значний вплив на перебіг стресу мають особистісні характеристики індивіда. Ці риси виступають як фільтри, що модулюють сприйняття стресорів та вибір стратегій реагування. Наприклад, особи з високою нейротичністю схильні більш інтенсивно та негативно реагувати на стресові події, тоді як екстраверти можуть частіше шукати соціальну підтримку.

Індивіди з внутрішнім локусом контролю (переконання, що вони контролюють своє життя) частіше використовують активно-перетворювальні стратегії подолання, тоді як особи з зовнішнім локусом контролю (віра в те, що події контролюються зовнішніми силами) схильні до пасивних реакцій. Висока самооцінка корелює з більшою впевненістю у власних силах та здатності ефективно долати труднощі.

Особливо важливою є концепція життестійкості (*hardiness*) – особистісної риси, що включає три компоненти: залученість (*commitment*), контроль (*control*) та виклик (*challenge*) [14, 15]. Люди з високою життестійкістю сприймають стресори як виклики, активно контролюють ситуацію та

залучаються до неї, що дозволяє їм краще справлятися зі стресом і навіть зростати після криз [17].

Емоційні реакції на стрес є невід'ємною частиною психологічного переживання. Вони виникають як безпосередній наслідок активації описаних раніше нейрофізіологічних систем і слугують як сигналом про загрозу, так і мотиватором до дії. До найпоширеніших емоційних реакцій належать тривога (невизначене відчуття очікування загрози), страх (інтенсивна емоція у відповідь на конкретну загрозу), гнів та роздратування (часто виникають, коли індивід відчуває себе несправедливо ображеним або коли його цілям перешкоджають), а також смуток та апатія (можуть бути реакцією на втрату або виснаження, особливо при хронічному стресі) та фрустрація (виникає, коли цілі блокуються або можливості їх досягнення обмежені). Ці емоції не лише є суб'єктивним переживанням, але й супроводжуються певними фізіологічними змінами (підвищення серцебиття при тривозі, напруга м'язів при гніві) та спонукають до певних поведінкових реакцій.

Поведінкові реакції на стрес – це спостережувані дії, які індивід здійснює у відповідь на стресор. Вони можуть бути як адаптивними, так і дезадаптивними. До активних дій відносяться пошук інформації, планування, вирішення проблеми, безпосередня боротьба з джерелом стресу. Важливою адаптивною поведінкою є пошук соціальної підтримки – звернення до друзів, родини, колег для отримання емоційної, інформаційної або інструментальної допомоги. Проте, стрес може викликати і зміни звичок (порушення режиму сну та харчування, зміна рівня фізичної активності), а також деструктивні форми поведінки: агресія (вербальна або фізична), зловживання психоактивними речовинами (алкоголь, нікотин, наркотики), переїдання або відмова від їжі, самоізоляція. Також поширеними є уникнення та відмова від діяльності: прокрастинація, ігнорування проблеми, відхід від відповідальності.

Всі ці поведінкові реакції тісно пов'язані з концепцією копіngu (coping) – свідомих зусиль, спрямованих на управління зовнішніми або внутрішніми

вимогами, які оцінюються як такі, що перевантажують або перевищують ресурси індивіда. Р. Лазарус і С. Фолкман виділяли два основні типи копінгу: копінг, орієнтований на проблему (Problem-focused coping), спрямований на зміну або усунення джерела стресу (активні дії, планування, вирішення конфлікту); та копінг, орієнтований на емоції (Emotion-focused coping), спрямований на управління емоційними реакціями на стрес, коли зміна стресора неможлива або недоцільна [50]. Це може включати переоцінку ситуації, пошук соціальної підтримки, медитацію, але також і дезадаптивні механізми, як-от заперечення або вживання психоактивних речовин.

Важливо, що ефективність копінгу є динамічною та залежить від контексту, індивідуальних ресурсів та особистісних особливостей. Адаптивні стратегії копінгу сприяють збереженню психологічного благополуччя та здоров'я, тоді як дезадаптивні можуть погіршувати стан та посилювати негативні наслідки стресу [25, 32].

Таким чином, психологічні механізми перебігу стресу є складним комплексом взаємодіючих когнітивних, емоційних та поведінкових процесів. Вони опосередковують вплив об'єктивних стресорів на фізіологічні системи організму, визначаючи індивідуальну варіативність стресових реакцій. Розуміння цих механізмів є ключовим для розробки ефективних стратегій профілактики стресу та психологічних втручань, спрямованих на розвиток адаптивних способів подолання.

Питання 2.3. Взаємозв'язок систем організму під час стресу.

Організм людини – це не сукупність незалежних систем, а високоінтегрована, динамічна сутність. Стрес не є ізольованою реакцією одного органу чи системи; це стан, що охоплює весь організм, і його вплив опосередкований складною, двосторонньою взаємодією між мозком, нервовою системою, ендокринною системою та імунною системою. Розуміння цієї інтеграції є ключовим для пояснення довгострокових наслідків стресу для здоров'я та розвитку стрес-індукованих захворювань.

Інтегративним підходом до вивчення цих взаємозв'язків є психонейроімунологія (ПНІ). ПНІ – це міждисциплінарна наука, що досліджує взаємодію між психологічними процесами (наприклад, емоціями, когнітивними оцінками, копінговими стратегіями), нервовою системою (ЦНС та автономною нервовою системою), ендокринною системою (гормони стресу) та імунною системою. Ця дисципліна доводить, що психічний стан людини безпосередньо впливає на її фізіологію та імунітет, і навпаки. Наприклад, ми вже обговорювали активацію симпатoadреналової системи та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі під час стресу. Продукти їхньої активації – катехоламіни (адреналін, норадреналін) та глюкокортикоїди (кортизол) – мають рецептори на клітинах імунної системи. Це означає, що вони можуть прямо впливати на функцію імунних клітин, змінюючи їхню активність, проліферацію та вироблення цитокінів.

Гострий стрес часто призводить до тимчасового посилення деяких компонентів імунної відповіді (наприклад, мобілізації імунних клітин), готуючи організм до потенційного пошкодження. Однак, хронічний стрес та тривале підвищення рівнів кортизолу, як правило, викликають імуносупресію – пригнічення імунної системи, що робить організм більш вразливим до інфекційних захворювань, уповільнює загоєння ран і може сприяти розвитку злоякісних новоутворень. Водночас, дисрегуляція імунної системи під впливом стресу може призводити до посилення запальних процесів, що є фактором ризику для серцево-судинних захворювань, метаболічного синдрому та деяких аутоімунних станів.

Щоб краще зрозуміти кумулятивний вплив хронічного стресу на організм, була розроблена концепція аллостазу та аллостатичного навантаження. Тоді як гомеостаз означає підтримку сталості внутрішнього середовища через механізми стабілізації (наприклад, підтримка постійної температури тіла), **аллостаз** (від грецького *allos* – інший, *stasis* – стояння) – це процес досягнення стабільності через фізіологічні або поведінкові зміни. Це динамічний процес адаптації, який дозволяє організму реагувати на постійно

мінливі внутрішні та зовнішні умови, підтримуючи життєдіяльність за допомогою активної зміни багатьох фізіологічних параметрів. Наприклад, підвищення артеріального тиску або рівня глюкози під час стресу є аллостатичною реакцією, спрямованою на мобілізацію ресурсів.

Проте, якщо стрес є хронічним або реакція на нього надмірно інтенсивна, ця постійна мобілізація та активація стресових систем (ГГНВ, САС) починає «зношувати» організм. Це і є аллостатичне навантаження – кумулятивне «зношування» тіла, яке виникає внаслідок повторної або тривалої активації систем стресової відповіді. Замість ефективної адаптації, організм страждає від «ціни» постійної мобілізації. Високе аллостатичне навантаження проявляється через:

- **Постійно підвищені рівні стресових гормонів:** хронічно високий кортизол, який може спричинити інсулінорезистентність, ожиріння, остеопороз та пригнічення імунітету.

- **Недостатнє вимкнення стресових реакцій:** порушення негативних зворотних зв'язків у ГГНВ.

- **Неадекватна реакція стресових систем:** гіпо- або гіперреакція на стресори.

Наслідком високого аллостатичного навантаження є зростання ризику розвитку широкого спектра психосоматичних розладів та стрес-індукованих захворювань. Хронічна гіперактивація САС може призводити до гіпертензії, аритмій, ішемічної хвороби серця. Дисрегуляція ГГНВ та імунної системи пов'язана з підвищеною чутливістю до інфекцій, розвитком аутоімунних захворювань, метаболічного синдрому та цукрового діабету 2 типу.

На рівні ЦНС, хронічний стрес та високе аллостатичне навантаження сприяють структурним змінам у гіпокампі та префронтальній корі, що підвищує вразливість до депресивних та тривожних розладів, а також до когнітивних порушень. Ці зв'язки підкреслюють, що розрізнення «психічних» і «фізичних» захворювань є значною мірою умовним, оскільки психічний стрес має прямі фізіологічні наслідки.

Також, не можна ігнорувати роль генетичної та епігенетичної схильності до стресу. Індивідуальні відмінності у вразливості до стресу частково пояснюються генетичними факторами, які можуть впливати на ефективність функціонування стресових осей, активність нейромедіаторних систем та реактивність імунної системи. Сучасні дослідження в галузі епігенетики показують, що фактори навколишнього середовища, зокрема хронічний стрес (особливо стрес раннього розвитку), можуть викликати зміни в експресії генів без зміни самої ДНК. Ці епігенетичні модифікації можуть впливати на чутливість до стресу протягом життя індивіда та навіть передаватися наступним поколінням, формуючи більш чи менш стійкий фенотип.

Таким чином, взаємозв'язок систем організму під час стресу є динамічним, складним та багатогранним процесом. Стрес – це не лише психологічне переживання чи ізольована фізіологічна реакція. Це цілісний стан організму, в якому нервова, ендокринна та імунна системи функціонують як єдине ціле, постійно взаємодіючи та адаптуючись. Розуміння концепцій психонейроімунології та аллостатичного навантаження дозволяє нам перейти від лінійного мислення про причини та наслідки стресу до комплексного, системного погляду, що є необхідним для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування стрес-індукованих розладів у сучасній психологічній та медичній практиці.

Питання для самоконтролю:

1. Які дві основні системи в організмі людини активуються під час стресу?
2. Назвіть три основні структури мозку, які беруть участь у запуску та регуляції стресової реакції.
3. Які «гормони стресу» вивільняються швидкою системою реагування (САС) і за що вони відповідають?
4. Який головний гормон виділяє повільна стресова система (ГГНВ)? Як він впливає на організм?

5. Яка частина нервової системи допомагає організму повернутися до спокійного стану після стресу?
6. Згідно з моделлю Р. Лазаруса та С. Фолкман, які два основні етапи проходять люди, щоб оцінити стресову ситуацію?
7. Як особисті риси людини, наприклад, її впевненість у собі або сприйняття контролю, можуть змінити реакцію на стрес?
8. Перерахуйте кілька типових емоцій, які люди відчувають під час стресу.
9. Що таке «копінг»? Назвіть два основних види копінгових стратегій.
10. Що вивчає психонейроімунологія? Як хронічний стрес впливає на нашу імунну систему?

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Виберіть одну правильну відповідь: Яка структура центральної нервової системи є головним «детектором загроз» і відповідає за швидку емоційну обробку страху та тривоги, ініціюючи фізіологічну стресову відповідь?
 - а) гіпокамп;
 - б) префронтальна кора;
 - в) гіпоталамус;
 - г) мигдалеподібне тіло.
2. Заповніть пропуски. Швидка вісь стресової відповіді, що забезпечує реакцію «бий або біжи», називається _____. Її основними гормонами є _____ та _____.
3. Встановіть відповідність. З'єднайте гормони стресу з віссю, до якої вони належать:
 1. Адреналін;

2. Кортизол;

3. КРГ (Кортикотропін-рилізінг-гормон).

а) гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГНВ);

б) симпатoadреналова система (САС).

4. Виберіть декілька правильних відповідей (не менше двох). Які функції виконує кортизол в організмі під час стресу?

а) підтримує рівень глюкози в крові;

б) стимулює травлення та засвоєння поживних речовин;

в) може пригнічувати імунну функцію при хронічно високих рівнях;

г) викликає негайне розширення бронхів для збільшення надходження кисню;

д) модулює настрій та когнітивні функції.

5. Дайте згоду чи незгоду з наступним твердженням: «Парасимпатична нервова система активується під час гострого стресу для мобілізації енергетичних ресурсів організму».

а) правда;

б) неправда.

6. Дайте коротку відповідь. Згідно з когнітивно-транзакційною моделлю Р.Лазаруса та С.Фолкман, на якому етапі індивід оцінює свої ресурси та можливості для подолання стресової ситуації?

7. Виберіть одну правильну відповідь. Який компонент особистісної риси «життєстійкість (hardiness)» передбачає віру в те, що індивід може впливати на події та контролювати їх?

а) залученість;

б) виклик;

в) контроль;

г) соціальна підтримка.

8. Назвіть та коротко поясніть дві основні групи стратегій копіngu (подолання стресу) за Лазарусом і Фолкман.

9. Виберіть одну правильну відповідь. Як називається міждисциплінарна наука, що досліджує взаємодію між психологічними процесами, нервовою системою, ендокринною системою та імунною системою?

- а) нейропсихологія;
- б) психофізіологія;
- в) психонейроімунологія;
- г) нейроендокринологія;

10. Поясніть сутність концепції «аллостатичного навантаження» та її відмінність від «гомеостазу».

Тема 3. Причини виникнення стресу.

План:

- 3.1. Суб'єктивні причини виникнення стресу.
- 3.2. Об'єктивні причини виникнення стресу.
- 3.3. Індивідуальні відмінності в реагуванні на стрес.

Ключові слова: *когнітивна оцінка, індивідуальні відмінності, первинна оцінка, вторинна оцінка, копінг, особистісні характеристики, життєстійкість, локус контролю, самооцінка, життєві події, соціальні стресори, хронічні стресори, професійний стрес, академічний стрес, травматичні події, дистрес, еустрес, стійкість до стресу, вразливість до стресу, психологічні ресурси, соціальна підтримка.*

Питання 3.1. Суб'єктивні причини виникнення стресу.

Провідною суб'єктивною причиною виникнення стресу є когнітивна оцінка стресору. Згідно з когнітивно-транзакційною моделлю стресу, розробленою Р. Лазарусом та С. Фолкман [50], подія сама по собі не є стресором доти, доки індивід не надасть їй відповідного суб'єктивного значення. Ця модель підкреслює, що не сама подія, а її інтерпретація визначає інтенсивність та характер стресової відповіді.

Процес оцінки відбувається у два етапи:

На етапі **первинної** оцінки індивід, часто на несвідомому рівні, визначає релевантність ситуації для власного благополуччя та її характер. Ситуація може бути оцінена як нерелевантна (не стосується індивіда), доброзичлива/позитивна (обіцяє користь або задоволення), або як стресова. У випадку стресової оцінки вона далі класифікується як:

1. Загроза – очікування майбутніх негативних наслідків, потенційної шкоди або втрати. Наприклад, студент, що готується до складного іспиту, може оцінювати його як загрозу для своєї репутації або майбутньої кар'єри у

випадку невдачі. Це може викликати тривогу, страх та бажання уникнути ситуації.

2. Втрата/шкода. Вже існуючі негативні наслідки або збитки, що вже відбулися. Це переживання постфактум, наприклад, втрата роботи, розлучення, фізична травма. Реакцією на таку оцінку часто є смуток, гнів, відчуття безпорадності.

3. Виклик. Ситуація сприймається як можливість для зростання, розвитку, опанування нових навичок, хоча і вимагає значних зусиль та мобілізації ресурсів. Наприклад, той самий складний іспит може бути оцінений іншим студентом як виклик – можливість продемонструвати знання та перевірити свої здібності, що асоціюється з еустресом та позитивною мотивацією.

Якщо ситуація ідентифікована як стресова, відбувається **вторинна** оцінка. На цьому етапі індивід оцінює власні ресурси та можливості для подолання ситуації, відповідаючи на запитання: «Що я можу зробити? Чи достатньо у мене ресурсів (фізичних, психологічних, соціальних, фінансових, часових) для ефективної відповіді на цю загрозу/виклик/втрату?». Переживання інтенсивного стресу (дистресу) виникає тоді, коли вимоги ситуації сприймаються як такі, що перевищують доступні індивіду ресурси або його здатність до копінгу [25, с. 32-34]. Якщо ж ресурси оцінюються як адекватні, навіть якщо ситуація складна, рівень стресу може бути нижчим, або вона може сприйматися як виклик.

Кейс-приклад: Звільнення з роботи. Для однієї особи, яка має заощадження, підтримку родини та високу кваліфікацію, звільнення може бути оцінене як виклик – шанс змінити сферу діяльності або знайти кращу роботу. Її вторинна оцінка ресурсів буде високою. Для іншої особи, яка має значні борги, низьку самооцінку та відсутність підтримки, те саме звільнення буде оцінене як загроза або втрата, з низькою вторинною оцінкою ресурсів, що призведе до значного дистресу, тривоги та розпачу.

До інших суб'єктивних факторів належать:

Особистісні установки та переконання. Нереалістичні очікування, катастрофізація (тенденція перебільшувати негативні наслідки), перфекціонізм, чорно-біле мислення, низька толерантність до невизначеності можуть значно підвищувати стресогенність подій. Наприклад, перфекціоніст може відчувати надмірний стрес через незначну помилку, яка для іншої людини була б непомітною.

Досвід минулого. Травматичний досвід у минулому може підвищити чутливість до стресорів у майбутньому, змушуючи індивіда інтерпретувати нейтральні події як загрозливі (наприклад, гучний звук може викликати панічну реакцію у ветерана бойових дій).

Цінності та цілі. Конфлікт між особистими цінностями та зовнішніми вимогами, або неможливість досягти значущих цілей, є потужними внутрішніми джерелами стресу, що призводять до екзистенційного напруження.

Отже, суб'єктивні причини стресу є невід'ємною частиною психологічного виміру стресової реакції. Вони підкреслюють, що для ефективного управління стресом необхідно працювати не лише із зовнішніми факторами, але й з внутрішнім світом індивіда, його когнітивними схемами, переконаннями та способами оцінки реальності.

Питання 3.2. Об'єктивні причини виникнення стресу.

На противагу суб'єктивним чинникам, об'єктивні причини виникнення стресу (або стресори) – це зовнішні події, ситуації, обставини чи умови середовища, які за своєю природою мають потенціал викликати стресову реакцію у більшості людей, незалежно від їхньої особистості (хоча інтенсивність реакції, як ми вже знаємо, буде індивідуальною). Розуміння цих зовнішніх джерел стресу є важливим для ідентифікації потенційно небезпечних умов та розробки стратегій їхнього уникнення або модифікації [33]. Об'єктивні стресори можна класифікувати за різними критеріями, зокрема за їхньою інтенсивністю, тривалістю та природою:

Масштабні життєві події. Це значні, зазвичай одноразові події, які вимагають суттєвої адаптації та перебудови життя індивіда. Їхня стресогенність полягає у зміні звичного порядку речей та необхідності значних адаптаційних зусиль.

Позитивні, але стресогенні події (еустрес). До них належать шлюб, народження дитини, підвищення по службі, закінчення університету, переїзд до нового житла. Наприклад, переїзд до нового міста, хоча і є бажаним кроком для кар'єрного зростання, вимагає значних зусиль: пошук житла, адаптація до нового середовища, встановлення нових соціальних зв'язків.

Негативні життєві події (дистрес). Смерть близької людини, розлучення, звільнення з роботи, втрата майна, серйозна хвороба, ув'язнення. Ці події є потужними джерелами дистресу. Наприклад, втрата члена родини, крім глибокого горя, може спричинити фінансові труднощі, зміну соціальної ролі та необхідність перегляду життєвих планів.

Хронічні стресори. На відміну від одноразових подій, хронічні стресори – це тривалі, постійно діючі фактори, що повільно, але невпинно виснажують адаптаційні ресурси організму. Вони можуть бути менш інтенсивними за окремі життєві події, але їхня кумулятивна дія є надзвичайно руйнівною, як зазначено у концепції загального адаптаційного синдрому Г. Сельє [55].

Соціальні стресори. Тривалі конфлікти у родині (наприклад, постійні сварки між батьками), напружені стосунки з сусідами, соціальна ізоляція, булінг, дискримінація, життя в несприятливому соціально-економічному середовищі, постійна політична нестабільність або загроза безпеці.

Професійний стрес. Хронічне перевантаження (постійні дедлайни, понаднормова робота), відсутність контролю над роботою (відсутність можливості впливати на прийняття рішень), низька винагорода при високих зусиллях, конфлікти з колегами або керівництвом, нечіткі вимоги до ролі, неможливість кар'єрного зростання [37].

Екологічні стресори. Постійний високий рівень шуму у великому місті, значне забруднення повітря, погані житлові умови, перенаселеність.

Фінансові проблеми. Хронічна нестача коштів, постійні борги, неможливість забезпечити базові потреби родини.

Роль опікуна. Тривалий догляд за хворим або немічним членом родини, що вимагає постійної фізичної та емоційної залученості.

Щоденні клопоти. Це дрібні, рутинні неприємності та розчарування, якими відчуваємо щодня. Попри їхню незначну інтенсивність окремо, їхня сукупність може мати значний кумулятивний ефект, перевищуючи адаптаційні можливості індивіда та спричиняючи стрес. Приклади: щоденні затори на дорогах, довгі черги у магазинах, дрібні непорозуміння з колегами, технічні несправності (наприклад, поломка побутової техніки), надмірна кількість електронних листів або повідомлень, що вимагають відповіді. Дослідження показують, що щоденні клопоти можуть бути навіть більш значущими предикторами проблем зі здоров'ям, ніж масштабні життєві події, оскільки вони виникають частіше і викликають постійне фонове напруження.

Травматичні події. Це події надзвичайної інтенсивності, що виходять за межі звичайного людського досвіду та загрожують життю або цілісності (фізичній чи психічній) індивіда або його близьких. До них належать стихійні лиха (землетруси, повені), бойові дії, терористичні акти, фізичне або сексуальне насильство, серйозні аварії (ДТП). Травматичні події можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших важких психічних наслідків. В умовах повномасштабної війни в Україні, вплив бойових дій, втрат, обстрілів та переміщення населення є потужними травматичними стресорами з довготривалими наслідками для психічного та фізичного здоров'я населення [41].

Об'єктивні стресори також можуть бути класифіковані за природою впливу: фізичні (екстремальні температури, біль, голод), психологічні (загроза самооцінці, конфлікти, депривація) та соціальні (ізоляція, втрата соціального статусу, тиск групи). Хоча ці стресори мають об'єктивний потенціал викликати стресову реакцію, їхній реальний вплив завжди опосередковується індивідуальною когнітивною оцінкою та наявністю ресурсів для подолання.

Питання 3.3. Індивідуальні відмінності в реагуванні на стрес.

Індивідуальні відмінності у реагуванні на стрес пояснюються складною взаємодією генетичних, біологічних, психологічних та соціальних факторів, що формують унікальну «стресову стійкість» або «вразливість» кожної особистості.

Серед ключових факторів, що зумовлюють ці відмінності, виділяють особистісні характеристики. Зокрема, **життєстійкість** (hardiness) – комплексний конструкт, що включає три взаємопов'язані компоненти: залученість (глибоке включення у життєві події), контроль (переконання, що можна впливати на події) та виклик (сприйняття змін як можливостей для розвитку) [15]. Особи з високою життєстійкістю схильні сприймати стресові ситуації не як загрози, а як виклики, активно контролювати ситуацію та залучатися до подолання труднощів.

Локус контролю впливає на вибір копінгових стратегій: індивіди з внутрішнім локусом контролю (віра у власний вплив на результати подій) частіше вдаються до активних, проблемно-орієнтованих стратегій, тоді як особи із зовнішнім локусом контролю (віра у вплив зовнішніх обставин) схильні до пасивності та безпорадності.

Оптимізм та самоефективність (віра у власні здібності успішно виконувати завдання) позитивно корелюють зі стресостійкістю, оскільки оптимісти очікують позитивних результатів, а особи з високою самоефективністю впевнені у своїх силах.

На противагу, **нейротизм** як риса особистості пов'язаний з підвищеною емоційною реактивністю та вразливістю до стресу. Алекситимія – нездатність розпізнавати та виражати власні емоції – може призвести до труднощів з усвідомленням стресу та його соматизації. Тип особистості А, що характеризується конкурентністю, нетерплячістю, підвищеним відчуттям терміновості та ворожістю, асоціюється з підвищеною фізіологічною реактивністю на стрес.

Кейс-приклад: Дві людини, що переживають серйозну фінансову кризу. Одна людина, що має високу життєстійкість, внутрішній локус контролю та оптимізм, активно шукатиме нові джерела доходу, звертатиметься за допомогою, розглядатиме ситуацію як тимчасовий виклик. Друга, з низькою життєстійкістю, зовнішнім локусом контролю та песимізмом, може впасти у відчай, звинувачувати обставини, уникати вирішення проблем та розвинути депресивні симптоми.

Копінгові стратегії, їх вибір та гнучкість у застосуванні, є суттєвою індивідуальною відмінністю. Ефективність подолання стресу залежить не лише від вибору конкретної стратегії (проблемно-орієнтованої чи емоційно-орієнтованої), але й від її гнучкості та відповідності конкретній ситуації. Адаптивні стратегії, такі як активне вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, переоцінка ситуації, сприяють успішній адаптації.

Деадаптивні стратегії, такі як уникнення, заперечення, зловживання психоактивними речовинами, надмірне обмірковування (румінація), навпаки, посилюють негативні наслідки стресу.

Психологічні ресурси – це внутрішні та зовнішні резерви, які індивід може використовувати для подолання стресу. До них належать:

Стійкість (resilience). Це не просто відсутність негативних наслідків, а здатність успішно адаптуватися до складних життєвих обставин, відновлюватися після травм та стресів, і навіть зростати після криз [1, 40].

Соціальна підтримка. Наявність якісної соціальної мережі (родина, друзі, колеги, громада) є одним з найпотужніших буферів проти стресу. Вона може надавати емоційну підтримку (співчуття, розуміння), інформаційну підтримку (поради, знання), інструментальну підтримку (практична допомога) та відчуття приналежності [32, с. 38-41].

Саморегуляція та емоційний інтелект. Здатність керувати власними емоціями, імпульсами та поведінкою у складних ситуаціях.

До біологічних факторів належать **індивідуальна реактивність** стресових систем (САС та ГГНВ), що може бути генетично детермінованою.

У різних людей є вроджені відмінності у чутливості та силі реакції цих осей. Відмінності у функціонуванні нейромедіаторних систем (серотонін, дофамін, ГАМК) також впливають на схильність до тривоги, депресії та загальну стресостійкість. Генетична схильність означає, що певні генетичні варіації можуть підвищувати або знижувати вразливість до стресу.

Сучасні дослідження в галузі епігенетики показують, що фактори навколишнього середовища, зокрема хронічний стрес (особливо стрес раннього розвитку, наприклад, несприятливе дитинство), можуть викликати довготривалі зміни в експресії генів без зміни самої ДНК. Ці епігенетичні модифікації можуть «програмувати» реакцію на стрес, роблячи людину більш вразливою в дорослому віці.

Кейс-приклад: Дві людини, що переживають бойові дії. Один індивід, який має міцну психологічну стійкість, розвинені копінгові стратегії, активну соціальну підтримку та, можливо, генетичну схильність до високої адаптивності, може відновитися швидше, не розвинувши ПТСР. Інший індивід, що має низьку стресостійкість, схильність до уникнення та відсутність зовнішньої підтримки, навіть за однакових об'єктивних умов може розвинути глибокі психологічні травми та посттравматичні розлади.

Нарешті, досвід та навчання відіграють значну роль. Минулий досвід подолання стресу, а також цілеспрямоване навчання ефективним стратегіям (через психологічну освіту, тренінги, терапію) формують індивідуальні навички та когнітивні схеми, що впливають на майбутні реакції.

Отже, індивідуальні відмінності у реагуванні на стрес є результатом комплексної взаємодії вроджених схильностей, набутих особистісних рис, арсеналу копінгових стратегій та доступних ресурсів, що є фундаментальним для розробки персоналізованих програм стрес-менеджменту та підвищення резистентності до стресу.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке когнітивна оцінка і як вона впливає на стрес?
2. Які існують етапи когнітивної оцінки?
3. Поясніть різницю між загрозою, втратою та викликом у контексті стресу.
4. Які особистісні фактори можуть підвищувати вразливість до стресу?
5. Наведіть приклади об'єктивних причин виникнення стресу.
6. Чим хронічні стресори відрізняються від масштабних життєвих подій?
7. Які наслідки можуть мати щоденні клопоти?
8. Як травматичні події впливають на психічне здоров'я?
9. Що таке життестійкість і як вона допомагає у подоланні стресу?
10. Які психологічні ресурси допомагають у боротьбі зі стресом?

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Який аспект когнітивної оцінки стресору відповідає за очікування майбутніх негативних наслідків?
 - а) виклик;
 - б) втрата/шкода;
 - в) загроза;
 - г) нерелевантна оцінка.
2. За моделлю Р. Лазаруса та С. Фолкман, якщо індивід відчуває, що його ресурси недостатні для подолання ситуації, це відбувається на етапі:
 - а) первинної оцінки;
 - б) вторинної оцінки;
 - в) оцінки копінгу;
 - г) оцінки емоцій.

3. Який з перелічених прикладів є «позитивною, але стресогенною» життєвою подією (еустресом)?

- а) втрата роботи;
- б) розлучення;
- в) підвищення по службі;
- г) серйозна хвороба.

4. Постійні конфлікти у родині або на роботі, що тривають довгий час і виснажують ресурси, відносяться до категорії:

- а) травматичних подій;
- б) щоденних клопотів;
- в) масштабних життєвих подій;
- г) хронічних стресорів;

5. Яка особистісна риса характеризується переконанням, що індивід може впливати на події та контролювати їх?

- а) алекситимія;
- б) життєстійкість (контроль);
- в) оптимізм;
- г) нейротизм.

6. Яка з наведених ситуацій є прикладом «щоденного клопоту», рутини?

- а) стихійне лихо;
- б) довга черга в магазині;
- в) смерть близької людини;
- г) втрата роботи.

7. Нездатність розпізнавати та виражати власні емоції, що може ускладнювати усвідомлення стресу, називається:

- а) самооцінка;

- б) оптимізм;
- в) алекситимія;
- г) життєстійкість.

8. Яке поняття описує здатність успішно адаптуватися до складних життєвих обставин та відновлюватися після стресів?

- а) еустрес;
- б) дистрес;
- в) резильєнтність (стійкість);
- г) катастрофізація;

9. До якого типу стресорів відносяться бойові дії, терористичні акти, фізичне або сексуальне насильство?

- а) хронічні стресори;
- б) щоденні клопоти;
- в) травматичні події;
- г) екологічні стресори.

10. Який з наведених факторів є психологічним ресурсом, що допомагає буферувати стрес?

- а) генетична схильність;
- б) соціальна підтримка;
- в) фізичний біль;
- г) низька толерантність до невизначеності.

Тема 4. Форми стресу та особливості його прояву.

План:

- 4.1. Класифікація форм стресу за природою та тривалістю (гострий, хронічний, епізодичний гострий стрес).
- 4.2. Види стресу залежно від впливу на людину.
- 4.3. Специфічні прояви стресу: фізіологічні, емоційні, когнітивні та поведінкові індикатори.

Ключові слова: *гострий стрес, хронічний стрес, епізодичний гострий стрес, еустрес, дистрес, травматичний стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), фізіологічні прояви, психосоматичні розлади, кардіоваскулярні зміни, ендокринні порушення, імуносупресія, емоційні прояви, тривога, гнів, депресія, апатія, когнітивні прояви, порушення пам'яті, порушення концентрації, прийняття рішень, поведінкові прояви, зміни сну, апетиту, соціальна ізоляція, агресія, дезадаптивні копінгові стратегії, вигорання, адаптаційний синдром, фази стресу.*

Питання 4.1. Класифікація форм стресу за природою та тривалістю (гострий, хронічний, епізодичний гострий стрес).

Розуміння стресу як багатогранного явища вимагає його систематизації, зокрема, розрізнення форм за природою та тривалістю, а також за впливом на організм. Аналіз специфічних проявів стресу на різних рівнях функціонування особистості дозволяє здійснювати своєчасну діагностику та розробляти ефективні стратегії інтервенції.

Стрес як адаптаційна реакція організму може проявлятися у різних формах, залежно від характеристик стресору та часових параметрів його дії. Розрізняють три основні форми стресу за природою та тривалістю, які відрізняються своїми фізіологічними механізмами, наслідками для здоров'я та способами реагування.

Гострий стрес (acute stress) є найбільш поширеною та еволюційно значущою формою. Він виникає як миттєва, інтенсивна, але короткочасна реакція на раптову, несподівану подію, що сприймається як загроза або виклик. Його тривалість зазвичай обмежується моментом дії стресору або короткочасним періодом після нього, дозволяючи організму швидко мобілізувати ресурси для реакції «боротьби або втечі» (fight-or-flight response), як вперше описав В. Кеннон [46].

Фізіологічна відповідь під час гострого стресу характеризується швидкою активацією симпатoadреналової системи (САС) та масивним виділенням катехоламінів (адреналіну та норадреналіну). Це призводить до підвищення частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, прискорення дихання, розширення зіниць, перерозподілу кровотоку до м'язів та пригнічення менш життєво важливих функцій, таких як травлення.

Ця мобілізація є критично адаптивною, дозволяючи індивіду швидко реагувати на небезпеку та підвищуючи шанси на виживання. Після усунення стресору, організм швидко повертається до гомеостазу завдяки активації парасимпатичної нервової системи.

Кейс-приклад: Раптове гальмування автомобіля перед неочікуваною перешкодою на дорозі викликає у водія миттєвий гострий стрес: серце «підскакує», дихання затаюється, м'язи напружуються. Протягом кількох хвилин після уникнення зіткнення ці реакції згасають, і організм відновлює свій звичайний стан.

Хронічний стрес (chronic stress) виникає внаслідок тривалої, постійної або часто повторюваної дії стресорів, які індивід не може контролювати, усунути або уникнути. На відміну від гострого стресу, тут відсутня фаза швидкого повернення до норми. Організм перебуває у стані постійної підвищеної готовності, що призводить до хронічної активації гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГНВ) та стабільно підвищеного рівня кортизолу.

Така тривала мобілізація ресурсів є надзвичайно виснажливою і призводить до кумулятивного «зношування» тіла, відомого як аллостатичне навантаження. На відміну від гомеостазу, що підтримує стабільність у спокої, аллостаз – це динамічний процес досягнення стабільності через зміни фізіологічних параметрів під впливом стресу. Коли аллостаз стає хронічним, виникає аллостатичне навантаження, що підвищує ризик розвитку різноманітних психосоматичних розладів та захворювань: серцево-судинних (гіпертонія, атеросклероз), метаболічних (інсулінорезистентність, цукровий діабет 2 типу), пригнічення імунітету (імуносупресія), розладів травлення, хронічного болю, а також психічних розладів, таких як депресія та тривожні розлади [25; 55].

Кейс-приклад: Опікун особи з хронічним захворюванням, що потребує постійного догляду, перебуває під впливом хронічного стресу. З часом це може призвести до його власного фізичного виснаження, розвитку гіпертонії та зниження стійкості до інфекційних захворювань.

Епізодичний гострий стрес (episodic acute stress) є проміжною формою, що характеризується частими, повторюваними епізодами гострого стресу. Ця форма часто є результатом певного способу життя або особистісних особливостей індивіда, наприклад, типу особистості А, який схильний до нетерплячості, ворожості, постійного поспіху та конкуренції. Такі люди часто організовують свій час таким чином, що постійно стикаються з дедлайнами, конфліктами або непередбаченими обставинами, створюючи «кризу за кризою». Хоча кожен окремий епізод є гострим, їхня часта повторюваність не дає організму можливості повністю відновитися, що призводить до кумулятивного зношування та підвищення ризику розвитку проблем, схожих на наслідки хронічного стресу. Це може проявлятися у постійній тривозі, дратівливості, втомі та цинізмі, які з часом можуть перерости у стан вигорання.

Кейс-приклад: Підприємець-стартапер, який щодня працює по 14 годин, постійно стикається з новими викликами, терміновими завданнями та

ризиками. Він відчуває гострі сплески стресу кілька разів на день, що проявляється у високому тиску та напрузі. Через відсутність адекватного відпочинку між цими епізодами, він відчуває хронічну втому, проблеми з травленням та стає більш роздратованим.

Питання 4.2. Види стресу залежно від впливу на людину.

Залежно від впливу на організм та психіку людини, стрес можна розділити на два основні види, описані Г. Сельє [55] еустрес та дистрес, а також виділити окрему, більш специфічну та інтенсивну категорію – травматичний стрес.

Еустрес (eustress) – це «позитивний» або «корисний» стрес, який сприяє розвитку та підвищенню адаптаційних можливостей організму. Він виникає у відповідь на події, які сприймаються як виклик, ведуть до мобілізації ресурсів, підвищення активності, концентрації та ефективності діяльності. Еустрес є необхідним для особистісного зростання, навчання, досягнення цілей та розвитку стійкості. Він супроводжується позитивними емоціями, відчуттям збудження, приємного хвилювання, задоволення від подолання перешкод та досягнення результатів. Хоча ці події викликають фізіологічну реакцію стресу (активацію САС, виділення кортизолу), вони не призводять до виснаження, оскільки індивід відчуває контроль над ситуацією та бачить у ній потенціал для зростання.

Кейс-приклад: Студент, який активно готується до міжнародної олімпіади, відчуває значне емоційне та інтелектуальне напруження. Однак він сприймає це як захоплюючий виклик, що мотивує його до інтенсивних тренувань, підвищує його когнітивні здібності та зрештою призводить до успіху та особистого задоволення.

Дистрес (distress) – це «негативний» або «шкідливий» стрес, що виникає у відповідь на загрози, втрати, або ситуації, що перевищують адаптаційні можливості індивіда. Дистрес супроводжується неприємними емоціями (тривога, страх, гнів, смуток, апатія), відчуттям безпорадності, загрози,

безконтрольності та безнадії. Тривалий або надмірно інтенсивний дистрес призводить до виснаження адаптаційних ресурсів організму, дезорганізації поведінки та функціональних порушень на фізіологічному та психологічному рівнях. Саме дистрес є головною причиною розвитку психосоматичних розладів (наприклад, синдрому подразненого кишківника, мігрені, фіброміалгії) та психічних розладів, оскільки хронічна активація стресових систем виснажує організм, порушує імунні та ендокринні механізми [25].

Кейс-приклад: Особа, що потрапила у тривалий конфлікт із сусідами, який не може бути вирішений, щодня відчуває дистрес. Це проявляється у постійній дратівливості, порушенні сну, головних болях та відчутті безпорадності, що з часом може призвести до депресивних симптомів.

Травматичний стрес є окремою, найбільш інтенсивною формою дистресу, що виникає у відповідь на події надзвичайної сили, які загрожують життю або фізичній/психічній цілісності індивіда чи його близьких. До таких подій належать стихійні лиха, бойові дії, терористичні акти, фізичне чи сексуальне насильство, серйозні аварії, свідчення подій, що призвели до смерті або серйозних травм інших. Цей вид стресу характеризується інтенсивним страхом, безпорадністю або жахом під час події та може призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Згідно з діагностичними критеріями, ПТСР характеризується чотирма основними кластерами симптомів: нав'язливі спогади (флешбеки, кошмари, інтрузивні думки), уникнення стимулів, пов'язаних з травмою (людей, місць, розмов), негативні зміни у мисленні та настрої (амнезія на ключові аспекти травми, почуття відстороненості, втрата інтересу, негативний погляд на себе та світ), а також гіперзбудженість (безсоння, дратівливість, гіперпильність, проблеми з концентрацією) (APA, DSM-5).

В умовах повномасштабної війни в Україні, вплив бойових дій, втрат, обстрілів, вимушеного переміщення та свідчення насильства є потужними травматичними стресорами з довготривалими наслідками для психічного та

фізичного здоров'я населення, що вимагає специфічних підходів до діагностики та терапії.

Питання 4.3. Специфічні прояви стресу: фізіологічні, емоційні, когнітивні та поведінкові індикатори.

Стрессова реакція є комплексною і проявляється на різних рівнях функціонування індивіда, інтегруючи біологічні та психологічні компоненти. Аналіз цих **специфічних проявів стресу** дозволяє ідентифікувати його наявність, оцінити ступінь впливу та розробити адекватні стратегії інтервенції. Розуміння багатоаспектності симптомів стресу є ключовим для клінічної практики та психологічного консультування.

Фізіологічні прояви є найбільш об'єктивними та первинними індикаторами стрессової реакції, відображаючи активацію симпатoadреналової системи та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Ці реакції є еволюційно закріпленими механізмами, спрямованими на мобілізацію енергетичних ресурсів організму. На кардіоваскулярну систему стрес впливає, спричиняючи тахікардію (прискорене серцебиття), підвищення артеріального тиску (гіпертонія) та аритмії. Хронічна активація цих процесів є значущим фактором ризику розвитку серйозних захворювань, таких як ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда та інсульт, через постійне навантаження на судинну систему.

Зміни у дихальній системі проявляються у прискореному, поверхневому диханні або гіпервентиляції, що може призвести до відчуття нестачі повітря, запаморочення та стиснення в грудях. Це також може спровокувати або посилити напади астми у схильних до неї осіб. У м'язовій системі спостерігається хронічне напруження м'язів, особливо в області шиї, плечей та спини, що часто є причиною головного болю напруги, болю у спині, тремору кінцівок або неконтрольованих тіків. З боку травної системи можуть виникати нудота, біль у животі, зміни апетиту (як психогенне переїдання, так і відраза до їжі), діарея або запор. Хронічний стрес є доведеним фактором, що загострює симптоми синдрому подразненого кишківника, гастриту,

виразкової хвороби та інших шлунково-кишкових розладів. Вплив на ендокринну та імунну системи є фундаментальним: зміни рівня стресових гормонів (особливо стійко підвищений кортизол та дисрегуляція інсуліну) при хронічному стресі призводять до імуносупресії (пригнічення імунітету), підвищеної вразливості до інфекцій, повільного загоєння ран, а також до розвитку метаболічного синдрому, цукрового діабету 2 типу та порушень роботи щитовидної залози.

До інших фізіологічних проявів належать підвищена пітливість, відчуття «мурашок» по тілу, порушення сну (хронічне безсоння, часті нічні пробудження, ранні пробудження, або ж, навпаки, надмірна сонливість), хронічна втома та зниження лібідо.

Емоційні прояви відображають суб'єктивне переживання стресу та можуть бути надзвичайно різноманітними, відображаючи як первинні реакції, так і вторинні наслідки тривалого впливу. **Тривога** є одним з найпоширеніших емоційних індикаторів, що проявляється як невизначене відчуття неспокою, нервозності, передчуття біди, і може варіюватися від легкого занепокоєння до інтенсивних панічних атак. **Страх** виникає як інтенсивна емоція у відповідь на реальну або уявну загрозу, часто супроводжуючись бажанням уникнути небезпеки. **Гнів** та **роздратування** часто з'являються, коли індивід відчуває себе несправедливо ображеним, коли його цілям перешкоджають, або у відповідь на відчуття безсилля та **фрустрації**. Ці емоції можуть бути спрямовані як назовні, так і всередину. **Смуток** та **апатія** можуть бути реакцією на втрату, розчарування або виснаження, особливо при тривалому дистресі, переростаючи у клінічно значущі симптоми **депресії**. До інших емоційних проявів належать почуття безпорадності, провини, сорому, самотності, а також різкі та непередбачувані зміни настрою – від збудження та ейфорії до глибокої апатії чи дратівливості, що ускладнює міжособистісні стосунки.

Когнітивні прояви відображають вплив стресу на психічні процеси та розумові здібності, часто призводячи до зниження ефективності когнітивного

функціонування. Спостерігаються значні **порушення уваги та концентрації**: складнощі з фокусуванням на завданнях, легка відволікання, нездатність зосередитися на тривалій період. **Порушення пам'яті** проявляються у складнощах з запам'ятовуванням нової інформації (особливо при сильному гострому та хронічному стресі, коли високий кортизол впливає на функціонування гіпокампу – структури мозку, критичної для формування пам'яті) та труднощах з відтворенням вже відомої інформації. У сфері мислення характерними є **повторювані, нав'язливі думки (румінація)**, постійне «прокручування» негативних сценаріїв, **труднощі з прийняттям рішень**, зниження **креативності** та здатності до ефективного розв'язання проблем. Часто виникають **когнітивні спотворення**, такі як **катастрофічне мислення** (схильність перебільшувати негативні наслідки) та негативний атрибутивний стиль, коли успіхи приписуються зовнішнім обставинам, а невдачі – власним недолікам.

Кейс-приклад: Висококваліфікований фахівець, який працює в умовах постійного стресу через війну (наприклад, волонтер, що щодня стикається з гуманітарними кризами), може помітити, що його когнітивні функції погіршилися. Він може робити помилки у розрахунках, забувати важливі деталі, важко зосереджуватися на читанні документів, а вночі його переслідують думки про неможливість змінити ситуацію, що викликає безсоння і посилює когнітивний дефіцит.

Поведінкові прояви є спостережуваними діями індивіда у відповідь на стрес і часто є наслідком фізіологічних, емоційних та когнітивних змін. Це може бути зміна звичок, таких як порушення режиму сну (як хронічне безсоння, так і надмірна сонливість протягом дня) та зміни апетиту (переїдання, особливо «емоційне харчування», або, навпаки, повна відсутність апетиту). Часто спостерігається соціальна ізоляція: уникнення контактів з іншими людьми, відмова від участі у соціальних заходах, зниження комунікативності, що може посилити відчуття самотності та безпорадності. До деструктивних форм поведінки належить агресія (як вербальна, так і фізична),

підвищена конфліктність, зловживання психоактивними речовинами (алкоголь, тютюн, наркотики), азартні ігри, надмірні витрати, ризикована поведінка. Ці форми є часто дезадаптивними копінговими стратегіями, які можуть тимчасово знизити напругу, але в довгостроковій перспективі посилюють проблеми, створюючи нові стресори. Уникнення та відмова від діяльності проявляються у прокрастинації (постійне відкладання важливих справ), ігноруванні проблем, відході від відповідальності, пасивності. Зміни у продуктивності включають зниження якості та ефективності роботи, зростання кількості помилок, запізнення на роботу чи навчання, прогули. Можуть також з'являтися нервові звички: гризіння нігтів, смикання волосся, постукування ногою, покручування предметів.

Кейс-приклад: Підліток, що переживає стрес через шкільний булінг, може почати пропускати заняття, втратити інтерес до хобі, стати замкнутим, постійно сидіти вдома, грати в комп'ютерні ігри (як форму уникнення), а вдома проявляти нехарактерну дратівливість до батьків.

Розуміння цих комплексних та взаємопов'язаних проявів стресу є критично важливим для ранньої діагностики, своєчасної психологічної допомоги та розробки індивідуалізованих стратегій підтримки та інтервенції, спрямованих на збереження психічного та фізичного здоров'я індивіда.

Питання для самоконтролю:

1. Охарактеризуйте основні відмінності між гострим та хронічним стресом з точки зору їхніх фізіологічних механізмів та наслідків для організму.
2. Наведіть приклад ситуації, що ілюструє епізодичний гострий стрес, та поясніть його кумулятивний вплив на здоров'я.
3. Поясніть концепцію аллостатичного навантаження і її зв'язок з хронічним стресом.
4. У чому полягає принципова відмінність між еустресом та дистресом? Наведіть по одному прикладу, що ілюструє кожен з них.

5. Які основні діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу (ПТСР)?
6. Опишіть основні фізіологічні прояви стресу, вплив на які системи організму є найбільш значущим при тривалому стресі.
7. Які емоційні прояви стресу є найбільш поширеними? Як вони можуть впливати на міжособистісні стосунки?
8. Як стрес впливає на когнітивні функції? Наведіть приклади порушень пам'яті та мислення.
9. Перелічіть та охарактеризуйте декілька поведінкових проявів стресу, включаючи як адаптивні, так і дезадаптивні реакції.
10. Поясніть, чому синдром вигорання може розглядатися як наслідок тривалого епізодичного гострого стресу або хронічного стресу.
11. Які взаємозв'язки існують між фізіологічними, емоційними, когнітивними та поведінковими проявами стресу?
12. Яким чином знання про різні форми та прояви стресу можуть бути використані у клінічній практиці або психологічному консультуванні?

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Яка форма стресу характеризується швидкою, інтенсивною, але короткочасною реакцією організму, що активує симпатoadреналову систему для «боротьби або втечі»?
 - а) хронічний стрес;
 - б) епізодичний гострий стрес;
 - в) гострий стрес;
 - г) травматичний стрес.
2. Феномен «кумулятивного зношування» організму, що виникає внаслідок тривалої, постійної активації стресових систем, відомий як:
 - а) еустрес;
 - б) гомеостаз;

- в) аллостатичне навантаження;
- г) резильєнтність.

3. Тривала, постійна або часто повторювана дія стресорів, які індивід не може контролювати, призводить до _____ стресу, що може викликати кумулятивне «зношування» організму.

4. Який вид стресу пов'язаний з позитивними емоціями, відчуттям збудження та мобілізацією ресурсів для досягнення цілей?

- а) дистрес;
- б) травматичний стрес;
- в) епізодичний гострий стрес;
- г) еустрес.

5. Постійні труднощі з концентрацією уваги, румінація та зниження здатності до прийняття рішень є типовими:

- а) фізіологічними проявами стресу;
- б) емоційними проявами стресу;
- в) когнітивними проявами стресу;
- г) поведінковими проявами стресу.

6. Який з перелічених симптомів є характерним фізіологічним проявом хронічного стресу і може призводити до підвищеної вразливості до інфекцій?

- а) зниження лібідо;
- б) гіпервентиляція;
- в) імуносупресія;
- г) тремор кінцівок.

7. Яка з наведених ситуацій є прикладом «епізодичного гострого стресу»?

- а) рік догляду за хворим родичем;
- б) смерть близької людини;
- в) часті, постійні «аврали» та дедлайни на роботі;
- г) одноразова, раптова аварія.

8. Здатність організму підтримувати стабільність своїх внутрішніх параметрів, динамічно змінюючи їх у відповідь на стресори, відома як _____, а її тривале перевантаження призводить до аллостатичного навантаження.

9. Який тип стресу найчастіше призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР)?

- а) гострий стрес;
- б) хронічний стрес;
- в) травматичний стрес;
- г) еустрес.

10. Згідно з концепцією Ганса Сельє, виснаження адаптаційних ресурсів організму, що призводить до дезорганізації поведінки та функціональних порушень, характерне для:

- а) еустресу;
- б) дистресу;
- в) епізодичного гострого стресу;
- г) адаптаційної енергії.

Тема 5. Фрустрація: особливості виникнення, прояву і подолання.

План:

- 5.1. Поняття фрустрації та її сутність.
- 5.2. Види та джерела фрустрації.
- 5.3. Форми фрустраційної поведінки та її наслідки.
- 5.4. Шляхи та засоби розвитку толерантності до фрустрації.

Ключові слова: *фрустрація, фрустратор, фрустраційна ситуація, фрустраційна реакція, психологічна фрустрація, бар'єр, перешкода, потреба, мотив, ціль, агресія, регресія, фіксація, апатія, сублімація, витіснення, захисні механізми, толерантність до фрустрації, фрустраційна толерантність, зовнішні фрустратори, внутрішні фрустратори, емоційна нестабільність, адаптація, дезадаптація, стрес, дистрес, конфлікт, тривога.*

Питання 5.1. Поняття фрустрації та її сутність.

У широкому контексті психології стресу та адаптації, фрустрація виступає як один із фундаментальних психічних станів, що тісно взаємодіє зі стресовими реакціями, часто передуючи їм, будучи їхньою частиною або наслідком. Розуміння механізмів виникнення та форм прояву фрустрації дозволяє не лише глибше осмислити природу дистресу, але й розробити більш точні та ефективні стратегії психологічної допомоги та профілактики дезадаптивних станів.

Термін «**фрустрація**» походить від латинського *frustratio*, що означає обман, розлад, руйнування планів, марність зусиль. У психологічному сенсі **фрустрація** – це психічний стан, що виникає в ситуації неможливості задоволення тієї чи іншої потреби, досягнення певної цілі або реалізації мотиву, внаслідок наявності об'єктивних чи суб'єктивно непереборних перешкод або бар'єрів [28]. Сутність фрустрації полягає у специфічному переживанні блокування або перешкоджання цілеспрямованій діяльності, що

незмінно супроводжується інтенсивними негативними емоціями, такими як розчарування, гнів, роздратування, образа, тривога, почуття безсилля та безнадії [23].

На відміну від загального стресу, який є неспецифічною реакцією організму на будь-яку вимогу, фрустрація специфічно фокусується на перешкоді до досягнення мети. Однак ці поняття нерозривно пов'язані: фрустрація часто виступає як потужний **фрустратор** або **стресор**, що викликає стресову реакцію, або ж є прямим наслідком хронічного стресу, коли тривале емоційне та фізичне навантаження перешкоджає досягненню особистісних або професійних цілей. Наприклад, у професійній діяльності хронічний професійний стрес може призвести до **професійної фрустрації**, коли працівник, незважаючи на значні зусилля, не може реалізувати свої професійні амбіції, досягти поставлених завдань або забезпечити належний рівень якості роботи через надмірне навантаження, відсутність необхідних ресурсів, або міжособистісні конфлікти.

Дослідження І. Остопольця [28] наочно демонструє, що **професійні фрустрації вчителя** є джерелом значної емоційної нестабільності та сприяють розвитку дезадаптивних реакцій, підкреслюючи актуальність цього феномену у педагогічній психології.

Основними елементами структури фрустрації є:

- **Фрустрована потреба/мотив/ціль** – внутрішня детермінанта активності, бажання або завдання, яке індивід прагне задовольнити або досягти. Сила фрустрації прямо пропорційна важливості цієї потреби чи цілі.
- **Фрустратор (бар'єр/перешкода)** – фактор, що об'єктивно або суб'єктивно сприймається як перешкода на шляху до задоволення потреби або досягнення цілі. Це може бути зовнішня обставина або внутрішня якість особистості.
- **Фрустраційна ситуація** – конкретні обставини, за яких виникає блокування.

• **Фрустраційна реакція** – комплекс психологічних (когнітивних, емоційних) та поведінкових відповідей індивіда на фрустрацію [23].

Кейс-приклад: Молодий підприємець розробив інноваційний бізнес-план (ціль – реалізація проєкту та отримання прибутку). Однак, через несподіване посилення регуляторних обмежень з боку держави (зовнішній фрустратор), він не зміг отримати необхідні дозволи на реалізацію свого проєкту. Це призвело до глибокого розчарування, відчуття безсилля та агресії до бюрократичної системи – все це становить його фрустраційну реакцію на фрустраційну ситуацію.

Кейс-приклад фрустрації в повсякденному житті «Загублений ключ».

Ситуація: Олена, молода мати двох дітей, поспішає забрати молодшого сина з дитячого садочка. Вона вже запізнюється через несподівану телефонну розмову по роботі. Підійшовши до дверей квартири, Олена починає шукати ключ у сумочці, де зазвичай лежить її зв'язка. Сумочка велика, наповнена дитячими іграшками, серветками, покупками. Вона швидко перебирає речі, але ключа немає.

Розгортання фрустрації:

Ціль/Потреба: Забрати дитину вчасно, потрапити додому, виконати обов'язок.

Фрустратор (зовнішній): Відсутність ключа, який є необхідною перешкодою для досягнення цілі (відкрити двері). Додатковими фрустраторами є тайм-пресинг (запізнення) та вже накопичений стрес від телефонної розмови.

Фрустраційна ситуація: Стоячи перед зачиненими дверима, відчуваючи тиск часу та відповідальності, Олена не може їх відчинити.

Фрустраційна реакція Олени (можливі варіанти):

Залежно від її толерантності до фрустрації та накопиченої втоми, реакція Олени може проявлятися по-різному:

1) Агресія (вербальна): Олена починає голосно лаятися на себе, на ситуацію, на «безлад у сумці», бурмотіти про несправедливість. Може вигукувати фрази типу: «Ну чому це завжди зі мною?!».

2) Агресія фізична (зміщена/непряма): Олена з силою кидає сумочку на землю, б'є кулаком по дверях, або ж, знайшовши ключ через деякий час, сердито кидає його на стіл, входячи в квартиру. Ця агресія є переміщеною, оскільки прямий «винний» об'єкт – ключ – не має усвідомленої волі.

3) Регресія: Олена відчуває, як у неї на очах з'являються сльози. Вона може почати схлипувати, відчуваючи повну безпорадність і бажання, щоб хтось інший вирішив цю проблему за неї, як дитина. Їй хочеться сісти на підлогу та просто здатися.

4) Фіксація: Олена продовжує наполегливо перешукувати сумку, хоча вже зрозуміла, що ключа там немає. Вона витрушує всі речі, потім знову їх складає і починає шукати спочатку, не змінюючи стратегії, хоча це очевидно не працює. Може бездумно натискати кнопку дзвінка, сподіваючись, що хтось відповість, хоча знає, що вдома нікого немає.

5) Апатія: Після кількох безрезультатних спроб, Олена може просто опустити руки. Вона припиняє пошуки, сідає біля дверей, відчуваючи повну байдужість до ситуації та відсутність будь-яких емоцій, крім спустошеності. Може пролунати думка: «Все одно нічого не вийде».

6) Конструктивні (адаптивні) реакції (якщо висока толерантність до фрустрації): Олена робить глибокий вдих, щоб заспокоїтись (емоційна регуляція). Вона швидко аналізує ситуацію: «Ключа немає в сумці. Де він ще може бути? На столі? У кишені куртки, яку я зняла?» (проблемно-орієнтований копінг). Вона згадує, що залишила запасний ключ у сусідки або чоловіка. Вона швидко телефонує чоловіку або сусідці, щоб попросити допомоги (пошук соціальної підтримки). Паралельно вона дзвонить у дитячий садок, щоб попередити про запізнення (управління ситуацією).

7) Наслідки: Якщо Олена обирає *деструктивні реакції*, це може посилити її дистрес, призвести до емоційного виснаження, відчуття провини, погіршення настрою на весь залишок дня.

Якщо вона демонструє *конструктивні реакції*, вона відчуває тимчасове розчарування, але зберігає контроль над ситуацією, ефективно її вирішує і, як наслідок, зміцнює свою толерантність до фрустрації для майбутніх подібних ситуацій.

Цей повсякденний кейс «Загубленого ключа» демонструє, як на перший погляд незначний інцидент може викликати значну фрустрацію та як індивідуальні реакції на неї можуть суттєво відрізнятися, впливаючи на подальше психологічне самопочуття.

Питання 5.2. Види та джерела фрустрації.

Класифікація фрустрацій за джерелом їх виникнення дозволяє глибше зрозуміти природу блокування.

За джерелом виникнення фрустрації виділяють:

• **Зовнішні фрустратори.** Це перешкоди, що походять із зовнішнього середовища і є об'єктивно невідконтрольними або важкоконтрольованими для індивіда. Вони можуть бути:

– **фізичними**, обмеження, пов'язані з навколишнім середовищем (наприклад, погодні умови, географічні бар'єри, відсутність фізичних ресурсів – зламаний інструмент, брак матеріалів).

– **соціальними**, обмеження, що накладаються соціальними нормами, правилами, законами, відмовою інших людей у співпраці, міжособистісними конфліктами, дискримінацією, конкуренцією, або ж невідповідністю суспільним очікуванням (наприклад, неможливість отримати бажану посаду через відсутність зв'язків).

– **економічними**: фінансові обмеження, економічна криза, інфляція, що перешкоджають задоволенню матеріальних потреб або реалізації проєктів.

Приклад зовнішнього фрустратора: Вчений, який не може продовжити свої дослідження через припинення державного фінансування грантів – це зовнішній економічний фрустратор.

• **Внутрішні фрустратори.** Ці перешкоди виникають зсередини індивіда, пов'язані з його особистісними особливостями, внутрішніми конфліктами або обмеженнями. До них належать:

– **особистісні обмеження:** нереалістичні очікування, низька самооцінка, відсутність необхідних знань, навичок або фізичних/психологічних здібностей (наприклад, надмірна сором'язливість, фізична вада, що обмежує певні види діяльності).

– **внутрішні конфлікти мотивів.** Ситуація, коли дві або більше сильні, але взаємовиключні потреби чи цілі вступають у конфлікт, блокуючи одна одну (наприклад, бажання досягти кар'єрного успіху та водночас проводити багато часу з родиною). Це може викликати глибоку **психологічну фрустрацію**.

– **ціннісні конфлікти.** Суперечність між особистими цінностями та вимогами зовнішнього середовища.

Приклад внутрішнього фрустратора: Студент, який дуже хоче виступити на конференції, але відчуває сильний страх публічних виступів (внутрішній психологічний бар'єр), що не дозволяє йому реалізувати своє бажання.

За характером блокування фрустрації також можуть бути:

• **депривація** – відсутність необхідних умов для задоволення базових потреб (наприклад, сенсорна депривація, брак сну).

• **втрата** – втрата чогось цінного (смерть близької людини, втрата роботи, майна).

• **перешкода** – пряме блокування шляху до досягнення цілі.

Професійна фрустрація, як правило, має комплексний характер, поєднуючи вплив зовнішніх (організаційні правила, робоче навантаження,

конфлікти з колегами) та внутрішніх (власний перфекціонізм, неадекватні очікування, низька самоефективність) фрустраторів [23].

Питання 5.3. Форми фрустраційної поведінки та її наслідки.

Реакція на фрустрацію може бути різноманітною, від адаптивної до деструктивної, залежно від особистісних особливостей індивіда, його толерантності до фрустрації та характеру фрустратора. Класичні форми фрустраційної поведінки були виділені С. Розенцвейгом, а також є центральною темою відомої теорії фрустрації-агресії Долларда, Міллера та співавторів.

Теорія фрустрації-агресії [23] постулює, що «фрустрація завжди призводить до деякої форми агресії». Хоча пізніші дослідження (наприклад, Берковіца, 1969) показали, що зв'язок не є настільки прямим і агресія є лише однією з можливих реакцій, а не єдиною, ця гіпотеза залишається важливою для розуміння деструктивної поведінки. Агресія може бути спрямована безпосередньо на фрустратор (наприклад, пошкодження майна), на іншу особу, що сприймається як винна (фізична або вербальна агресія), або на себе (самозвинувачення, самоушкодження). Вона також може бути витіснена або переміщена на безпечний об'єкт (наприклад, гнів на керівника, який потім виливається на члена сім'ї).

Основні форми фрустраційної поведінки:

Деадаптивні (деструктивні) реакції

Агресія. Як зазначено вище, це може бути пряма фізична або вербальна атака, непряма агресія, або аутоагресія (спрямована на себе). Наприклад: Водій, який застряг у зatoryжній пробці (зовнішній фрустратор), починає голосно лаятися, сигналити та агресивно маневрувати, наражаючи на небезпеку інших учасників руху.

Регресія – повернення до більш примітивних, інфантильних форм поведінки, характерних для попередніх стадій розвитку (наприклад, плач,

вередування, істерики, демонстрація безпорадності, уникання відповідальності).

Наприклад: Дорослий співробітник, якому доручили відповідальне завдання, з яким він не справляється, може почати виправдовуватися, звинувачувати інших або відмовлятися від роботи, імітуючи хворобу, як це робив би дитина.

• **Фіксація (ригідність)** – нав'язливе, стереотипне повторення неефективних дій, які раніше не приводили до бажаного результату. Індивід не здатний змінити свою стратегію, «застрягаючи» в циклі невдач, незважаючи на очевидну безрезультативність.

Наприклад: Студент, який постійно намагається вирішити складне рівняння одним і тим же невірним методом, ігноруючи підказки та не шукаючи нових формул.

• **Апатія** – стан глибокої байдужості, емоційного заціпеніння, втрати інтересу та мотивації до будь-якої діяльності. Це пасивна форма реакції, що виникає при виснаженні ресурсів та відчутті повного безсилля перед **фрустратором**.

Наприклад: Людина, яка довго шукала роботу, але отримала сотні відмов, може впасти в апатію, перестати відгукуватися на вакансії, доглядати за собою, замикаючись у власному світі.

• **Захисні механізми (за З. Фройдом та А. Фройд)** – несвідомі психологічні стратегії, що використовуються для зменшення тривоги та захисту еґо від неприємних думок чи почуттів, викликаних фрустрацією. Хоча вони тимчасово знижують напругу, їх надмірне використання може призвести до дезадаптації.

Витіснення – несвідоме блокування неприємних спогадів, думок або бажань зі свідомості.

Проекція – приписування власних небажаних якостей, думок або почуттів іншим людям.

Раціоналізація – пояснення своїх невдач або неприйнятних вчинків за допомогою псевдологічних, соціально прийнятних причин.

Заперечення: Відмова визнавати існування неприємної реальності.

Адаптивні (конструктивні) форми фрустраційної поведінки:

- **Сублімація** – перенаправлення фрустрованої енергії (наприклад, агресії, сексуального потягу) у соціально прийнятну та продуктивну діяльність (спорт, мистецтво, наукові дослідження).

- **Компенсація** – задоволення фрустрованої потреби або досягнення мети через заміну її іншою, більш доступною або соціально схвальною (наприклад, якщо не вдалося стати спортсменом, то стати успішним тренером).

- **Конструктивне вирішення проблем** – активний пошук шляхів усунення **фрустратора** або обходу його, зміна стратегії поведінки, використання гнучкого підходу.

- **Переоцінка** – зміна значення або пріоритету фрустрованої мети, визнання її менш важливою або нереалістичною. Це когнітивна стратегія, що дозволяє зберегти психологічну рівновагу.

Наслідки хронічної або інтенсивної фрустрації є деструктивними і можуть проявлятися у розвитку емоційної нестабільності, підвищеної **тривожності**, депресивних станів, психосоматичних розладів (синдром подразненого кишківника, гіпертонія, мігрень), зниженні адаптаційних можливостей особистості, розвитку дезадаптації та навіть професійного вигорання [28].

Питання 5.4. Шляхи та засоби розвитку толерантності до фрустрації.

Толерантність до фрустрації (або **фрустраційна толерантність**) – це здатність індивіда витримувати та ефективно реагувати на блокування цілеспрямованої діяльності без виражених деструктивних психологічних чи поведінкових реакцій. Це ключова якість для підтримки психологічної стійкості та резильєнтності у сучасному світі. Розвиток толерантності до

фрустрації є важливим напрямком психопрофілактики стресу, тривоги та психічних розладів.

Шляхи та засоби розвитку толерантності до фрустрації включають:

1. **Формування реалістичних очікувань та когнітивна реструктуризація.** Часто джерелом фрустрації є не стільки зовнішні перешкоди, скільки власні нереалістичні, надмірні або ірраціональні очікування. Застосування принципів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), зокрема методів А. Елліса [52] у раціонально-емотивній поведінковій терапії (РЕПТ), дозволяє ідентифікувати та змінити деструктивні когнітивні установки та стереотипи, що посилюють фрустраційну реакцію. Навчання об'єктивній оцінці власних можливостей та обмежень зовнішнього світу допомагає зменшити емоційне розчарування.

Наприклад: студент, який не отримав найвищий бал на іспиті, може думати: «Я повний невдаха, якщо не отримав «відмінно». Когнітивна реструктуризація допоможе йому змінити цю думку на більш реалістичну: «Я доклав зусиль, і отримав хороший результат, хоча й не ідеальний. Це досвід, з якого я можу навчитися».

2. **Розвиток адаптивних копінгових стратегій та емоційної регуляції.**

Проблемно-орієнтований копінг – навчання активним стратегіям розв'язання проблем, що полягають в аналізі ситуації, розробці альтернативних рішень та їх послідовній реалізації для усунення або обходу фрустратора.

Емоційно-орієнтований копінг – опанування ефективних технік емоційної регуляції, таких як усвідомлення та прийняття емоцій, а не їх придушення. До них відносяться **релаксаційні техніки** (глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація, медитація), **майндфулнес** (практика усвідомленості), яка вчить спостерігати за фрустраційними почуттями без осуду та застрягання в них.

Тайм-менеджмент та планування – ефективне управління часом та ресурсами допомагає запобігти фрустрації, спричиненій хаосом та перевантаженням.

Підвищення самооцінки та самоефективності – впевненість у власних силах та здатність справлятися з труднощами є потужним буфером проти деструктивного впливу фрустрації. Позитивний досвід успішного подолання попередніх перешкод, навіть незначних, поступово зміцнює ці якості.

Розвиток психологічної гнучкості та резильєнтності – здатність адаптуватися до мінливих умов, відмовлятися від неефективних стратегій поведінки та шукати нові шляхи досягнення цілей, замість фіксації на невдачі. Резильєнтність включає в себе здатність до позитивної переоцінки негативних подій та зростання після них [1, 9].

Використання соціальної підтримки. Активне залучення мережі соціальної підтримки (друзі, сім'я, колеги, наставники) є важливим ресурсом для подолання фрустрації. Можливість висловити свої почуття, отримати пораду або емоційну підтримку значно знижує суб'єктивну тяжкість переживань.

Психокорекційні та психотерапевтичні програми. Для осіб з вираженою низькою толерантністю до фрустрації та дезадаптивними реакціями ефективними є спеціалізовані програми психологічної корекції. Ці програми, як зазначає І. Остополец [28] у своїй дисертації, можуть включати:

- **тренінги навичок:** навчання альтернативним, більш адаптивним способам поведінки у фруструючих ситуаціях.
- **техніки релаксації та тілесно-орієнтованої терапії** для зняття нервово-м'язового напруження, що часто супроводжує фрустрацію.
- **робота з емоціями:** вправи на усвідомлення, прийняття та конструктивне вираження негативних емоцій, тренінг саморегуляції емоційного стану.

– **робота з когнітивними процесами:** усвідомлення та подолання глибинних когнітивних установок та стереотипів, які посилюють фрустрацію; аналіз «базових захистів» та їх зв'язку з раннім досвідом [28].

Кейс-приклад: Менеджер проекту зіткнувся з тим, що ключовий підрядник не виконав свою частину роботи вчасно, що загрожує зривом дедлайнів (фрустрація). Якщо він має високу толерантність до фрустрації, він не впадає в агресію чи апатію. Натомість, він: а) звертається до юриста для оцінки можливостей впливу на підрядника (проблемно-орієнтований копінг); б) розробляє план «Б» для мінімізації наслідків (гнучкість мислення); в) обговорює ситуацію з командою, щоб знайти спільне рішення та отримати підтримку (соціальна підтримка); г) використовує дихальні вправи, щоб заспокоїтись перед важливою розмовою з керівництвом (емоційна регуляція).

Таким чином, розуміння фрустрації не лише як окремого психічного стану, але й як важливого компонента стресового процесу, дозволяє розробити цілеспрямовані та ефективні підходи до формування психологічної стійкості, що є запорукою успішної адаптації індивіда до викликів сучасного життя зокрема і в професійній діяльності.

Питання для самоконтролю:

1. Розкрийте сутність фрустрації, пояснивши її ключові елементи (потреба/ціль, фрустратор, фрустраційна ситуація, фрустраційна реакція). У чому полягає її відмінність від загального стресу, і як вони взаємопов'язані?
2. Наведіть приклади зовнішніх та внутрішніх фрустраторів. Поясніть, чому професійна фрустрація часто має змішаний характер.
3. Опишіть основні положення гіпотези фрустрації-агресії. Які були подальші уточнення цієї гіпотези, що роблять її більш гнучкою?
4. Назвіть та охарактеризуйте щонайменше чотири дезадаптивні (деструктивні) форми фрустраційної поведінки. Наведіть по одному прикладу до кожної.

5. Поясніть, що таке регресія та фіксація як реакції на фрустрацію. У чому їхня неадаптивність?
6. Які адаптивні (конструктивні) форми фрустраційної поведінки ви знаєте? Наведіть приклади, як вони допомагають подолати фрустрацію.
7. Дайте визначення поняттю «толерантність до фрустрації». Чому ця якість є важливою для психологічної стійкості?
8. Які когнітивні стратегії є ключовими у розвитку толерантності до фрустрації? Поясніть, як когнітивна реструктуризація допомагає у цьому процесі.
9. Наведіть щонайменше три практичні шляхи розвитку толерантності до фрустрації на індивідуальному рівні.
10. Як соціальна підтримка може виступати буфером для фрустрації? Наведіть приклад її ролі в повсякденному житті.
11. Які наслідки хронічної фрустрації для психічного та фізичного здоров'я індивіда? Поясніть, як вона може призвести до дезадаптації та професійного вигорання.
12. Які специфічні психокорекційні заходи можуть бути застосовані для роботи з фрустрованості, зокрема у професійному контексті?

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Заповніть пропуск: Фрустрація – це психічний стан, що виникає в ситуації неможливості задоволення тієї чи іншої потреби, досягнення певної цілі або реалізації мотиву, внаслідок наявності _____ чи _____.
2. Який з перелічених прикладів є зовнішнім фрустратором?
 - а) низька самооцінка;
 - б) страх публічних виступів;
 - в) несподівана поломка обладнання на роботі;
 - г) внутрішній конфлікт мотивів.

3. Висловіть згоду чи не згоду. Теорія фрустрації-агресії стверджує, що агресія завжди є єдиною можливою реакцією на фрустрацію.

4. Встановіть відповідність між формою фрустраційної поведінки та її характеристикою:

1. Агресія;
 2. Регресія;
 3. Фіксація;
 4. Апатія.
- а) повернення до примітивних, дитячих форм поведінки;
 - б) нав'язливе повторення неефективних дій;
 - в) байдужість, емоційне заціпеніння, втрата інтересу;
 - г) деструктивні дії, спрямовані на об'єкт, іншу особу або себе.

5. Який компонент фрустрації описується як «фактор, що перешкоджає задоволенню потреби або досягненню цілі»?

- а) мотив;
- б) фрустраційна реакція;
- в) бар'єр;
- г) ціль.

6. Яка з наведених реакцій на фрустрацію є адаптивною (конструктивною)?

- а) витіснення;
- б) раціоналізація;
- в) сублімація;
- г) проекція.

7. Заповніть пропуск: Здатність індивіда переносити фрустрацію без значних деструктивних психологічних наслідків називається _____.

8. Висловіть згоду чи не згоду з наступним твердженням: «Розвиток толерантності до фрустрації включає навчання ідентифікації та зміні деструктивних когнітивних установок».

9. Який з цих психокорекційних заходів є спрямованим на роботу з емоціями при фрустрованості?

- а) навчання альтернативним способам поведінки;
- б) зняття нервово-м'язового напруження;
- в) тренінг саморегуляції емоційного стану;
- г) аналіз глибинних джерел фрустрації.

10. Чому розуміння фрустрації є важливим для профілактики професійного вигорання?

- а) тому що вигорання є прямою причиною фрустрації;
- б) оскільки фрустрація може бути постійним джерелом дистресу, що виснажує ресурси та призводить до вигорання;
- в) тому що фрустрація є єдиним захисним механізмом від вигорання;
- г) оскільки професійне вигорання завжди призводить до агресивних реакцій.

Тема 6. Оцінка і діагностика рівня стресу у дітей та дорослих.

План:

- 6.1. Основні підходи до оцінки стресу.
- 6.2. Діагностика стресу у дорослих.
- 6.3. Визначення стресу у дітей: вікові особливості прояву та методи діагностики.

Ключові слова: *діагностика стресу, оцінка стресу, самозвітні методи, опитувальники стресу, шкали стресу, фізіологічні показники стресу, біохімічні маркери стресу, кортизол, варіабельність серцевого ритму, гальванічна шкірна реакція, шкала Холмса-Раге (SRRS), шкала Персіні, опитувальник Спілбергера, шкала депресії Бека, шкала тривоги Гамільтона, проєктивні методика, спостереження, батьківські опитувальники, дитячі шкали стресу, ігрові методика, вікові особливості стресу, психофізіологічний моніторинг, психодіагностика.*

Питання 6.1. Основні підходи до оцінки стресу.

Ефективне управління стресом починається з його точної та всебічної діагностики. Визначення рівня стресу – це комплексний процес, що вимагає врахування як суб'єктивного досвіду індивіда, так і об'єктивних фізіологічних показників. Особливе значення має диференційований підхід до діагностики стресу у різних вікових категоріях, зокрема у дітей та дорослих, зважаючи на їхні психологічні та фізіологічні особливості.

Оцінка стресу є багатогранним завданням, що вимагає використання різноманітних методологічних підходів для отримання максимально повної та достовірної інформації. Загалом, методи діагностики стресу можна розділити на дві великі категорії: суб'єктивні та об'єктивні.

Суб'єктивні методи базуються на самозвіті індивіда про свої переживання, симптоми та сприйняття стресових подій. Основною перевагою

цих методів є прямий доступ до внутрішнього світу особистості, її когнітивної оцінки ситуації, емоційних реакцій та усвідомлених поведінкових патернів. Опитувальники та шкали самозвіту є найбільш поширеними інструментами у цій категорії. Вони дозволяють швидко зібрати великий обсяг інформації та є економічно ефективними. Однак їхня головна вада полягає у суб'єктивності та можливості спотворення даних через соціальну бажаність, недостатню саморефлексію, афективний стан на момент заповнення або обмеженість інсайту щодо власних реакцій на стрес. Прикладами таких інструментів є опитувальники, що вимірюють кількість стресових подій (наприклад, життєвих змін), інтенсивність їхнього впливу, а також частоту та вираженість симптомів стресу (фізичних, емоційних, когнітивних).

Об'єктивні методи, натомість, прагнуть виміряти фізіологічні та біохімічні зміни в організмі, які є невід'ємними компонентами стресової реакції, незалежно від суб'єктивного усвідомлення індивіда. Ці методи менш схильні до свідомого спотворення, що забезпечує їхню високу валідність та надійність у фіксації стресової відповіді. До фізіологічних показників стресу відносять параметри активності вегетативної нервової системи та інших систем:

- **Варіабельність серцевого ритму (ВСР).** Зниження ВСР є індикатором дисбалансу вегетативної нервової системи та хронічної активації симпатичної гілки, що характерно для стресу.

- **Гальванічна шкірна реакція (ГШР)** вимірює зміни електропровідності шкіри, що відображає активність потових залоз під впливом симпатичної нервової системи.

- **Артеріальний тиск та частота серцевих скорочень.** Моніторинг цих показників дозволяє оцінити гостру стресову реакцію та хронічну гіпертензію.

- **М'язова напруга** вимірюється за допомогою електроміографії (ЕМГ), відображаючи підвищене м'язове напруження, характерне для стресу.

• **Електроенцефалографія (ЕЕГ).** Дослідження мозкових хвиль може виявити зміни в активації різних ділянок мозку, пов'язаних з тривогою та стресом. До **біохімічних маркерів стресу** належать:

1. **Кортизол** – «гормон стресу», рівень якого в крові, слині або сечі є прямим індикатором активації гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі [2].
2. **Катехоламіни** (адреналін, норадреналін) є маркерами активації симпато-адреналінової системи.
3. **Запальні маркери:** цитокіни, С-реактивний білок – їхній підвищений рівень вказує на хронічне запалення, що може бути спричинене довготривалим стресом.

Основні недоліки об'єктивних методів включають їхню високу вартість, інвазивність (для деяких біохімічних аналізів), залежність результатів від часу доби та умов забору, а також необхідність спеціалізованого обладнання та кваліфікованого персоналу.

Кейс-приклад. Для комплексної оцінки стресу у керівника компанії, який скаржиться на постійну втому та безсоння, може бути застосований **мультимодальний підхід**. Це включатиме заповнення опитувальника сприйнятого стресу (PSS) та щоденника сну (суб'єктивні дані), а також вимірювання рівня ранкового кортизолу в слині та моніторинг варіабельності серцевого ритму протягом робочого дня (об'єктивні дані). Такий підхід дозволить отримати повну картину: як індивід суб'єктивно переживає стрес, і які фізіологічні зміни відбуваються в його організмі.

Враховуючи переваги та недоліки, найбільш ефективним є **мультимодальний підхід** до оцінки стресу, що поєднує різні методи для отримання всебічної та перехресної верифікації даних. Це дозволяє уникнути викривлень, властивих окремим методам, та забезпечити максимально точну діагностику.

Питання 6.2. Діагностика стресу у дорослих.

Діагностика стресу у дорослих осіб є складною, але критично важливою для своєчасного втручання та запобігання розвитку пов'язаних зі стресом захворювань. Дорослі мають розвинену здатність до вербалізації та саморефлексії, що робить **самозвітні методи** провідними інструментами, але також можуть використовувати механізми психологічного захисту, що вимагає обережності у інтерпретації.

Серед найбільш поширених та валідизованих **опитувальників та шкал стресу** для дорослих виділяють:

- **Шкала соціальної переадаптації Холмса-Раге (Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale, SRRS).** Ця шкала, розроблена Томасом Холмсом та Річардом Раге [52], оцінює рівень стресу на основі кількості та інтенсивності значущих **життєвих подій**, що відбулися в житті індивіда за певний період (зазвичай останній рік). Кожній події (наприклад, смерть члена родини, розлучення, зміна роботи, шлюб) присвоюється певна кількість «одиниць зміни життя». Сума цих одиниць дозволяє спрогнозувати ймовірність розвитку захворювань, пов'язаних зі стресом. Обмеженням є те, що шкала не враховує суб'єктивної оцінки подій та **резильєнтності** індивіда.

- **Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS),** розроблена Коеном, Камарком та Мермелштайном [43] ця шкала є одним з найбільш часто використовуваних інструментів для вимірювання глобального рівня **сприйнятого стресу**. Вона фокусується не на самих стресових подіях, а на тому, наскільки індивід суб'єктивно відчуває себе перевантаженим, нездатним впоратися зі стресом, наскільки ситуації у його житті є непередбачуваними та неконтрольованими. PSS відображає концепцію когнітивної оцінки стресу, яка є центральною у моделі Р. Лазаруса та С. Фолкман [50].

- **Опитувальник стану-риси тривожності Спілбергера (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI).** Цей інструмент, розроблений Чарльзом Спілбергером [56], розрізняє **стан тривоги** (тимчасову реакцію на конкретну

ситуацію) та **рису тривожності** (стабільну особистісну схильність до тривожних реакцій). Це критично важливо для розуміння природи тривоги, що супроводжує стрес.

- **Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) та Шкала тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS).** Ці шкали, хоч і спрямовані на діагностику депресії та тривоги відповідно, є незамінними для оцінки емоційних наслідків стресу, оскільки **дистрес** часто проявляється саме у цих симптомах. BDI є самозвітним опитувальником, тоді як HARS зазвичай заповнюється клініцистом на основі інтерв'ю.

- **Опитувальники копінгових стратегій:** наприклад, COPE [50] допомагають оцінити, які стратегії подолання стресу використовує індивід (проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані, адаптивні чи дезадаптивні).

Проективні методики (наприклад, Тематичний Аперцептивний Тест – ТАТ, Тест Роршаха) також можуть бути використані, хоча вони менш стандартизовані для кількісної оцінки рівня стресу. Їхня цінність полягає у виявленні несвідомих конфліктів, захисних механізмів, прихованих стресорів та типових способів реагування на них. Вони надають глибинний, якісний аналіз особистості, що може доповнювати дані опитувальників.

Кейс-приклад. До психолога звернувся дорослий чоловік 45 років, скаржиться на постійну втому, дратівливість, проблеми зі сном та зниження продуктивності на роботі після отримання нової, дуже відповідальної посади.

Для діагностики стресу психолог може використати: PSS для оцінки його суб'єктивного сприйняття стресу; STAI для диференціації між тривогою як станом і тривожністю як рисою; BDI для виключення або підтвердження депресивних симптомів. Також може бути проведене клінічне інтерв'ю для збору анамнезу, уточнення контексту стресових подій та оцінки його **копінгових стратегій**. Фізіологічний моніторинг може доповнити картину об'єктивними даними.

Питання 6.3. Визначення стресу у дітей: вікові особливості прояву та методи діагностики.

Діагностика стресу у дітей має свою значну специфіку, обумовлену віковими особливостями прояву стресу та обмеженими можливостями дітей до вербалізації своїх переживань. На відміну від дорослих, діти часто виражають стрес не через слова, а через зміни в поведінці, грі, емоційному стані та фізіологічних реакціях.

Вікові особливості прояву стресу у дітей:

- **Немовлята та дошкільнята.** Стрес може проявлятися у порушеннях сну (часті нічні пробудження, труднощі із засинанням), змінах апетиту (відмова від їжі, надмірне смоктання), частих плачах, підвищеній дратівливості, регресії у розвитку (наприклад, повернення до використання підгузків після привчання до горщика), затримці мовленнєвого розвитку, соматичних скаргах (біль у животі, головний біль без видимих причин).

- **Молодші школярі.** У дітей можуть з'являтися шкільні проблеми (зниження успішності, відмова відвідувати школу), агресія або, навпаки, замкнутість, порушення поведінки (непослух, гіперактивність), підвищена тривожність, формування страхів, проблеми з однолітками, соматичні скарги.

- **Підлітки.** Прояви стресу у підлітків стають більш схожими на дорослі, але можуть бути посилені пубертатними змінами. Це включає зміни настрою, ризиковану поведінку, соціальну ізоляцію, суїцидальні думки, вживання психоактивних речовин, порушення харчової поведінки (анорексія, булімія), проблеми з самооцінкою, депресивні та тривожні розлади [30].

З огляду на ці особливості, до діагностики стресу у дітей відносяться наступні методи:

- **Спостереження** – це один з найважливіших методів. Спостереження за поведінкою дитини в різних умовах (удома, у школі, під час гри) дозволяє виявити невербальні сигнали стресу, зміни у взаємодії з оточуючими, рівень активності, емоційні реакції. Важливо проводити спостереження як батькам,

так і педагогам, а також психологам у природному середовищі або під час спеціально організованих занять.

• **Батьківські опитувальники та опитувальники для опікунів/вчителів.** Оскільки маленькі діти не можуть самостійно адекватно оцінити свій стан, інформація від дорослих, що їх оточують, є критично важливою. Існують стандартизовані опитувальники, що дозволяють батькам або вчителям оцінити частоту та інтенсивність поведінкових, емоційних та фізіологічних проявів стресу у дитини. Прикладами є Child Behavior Checklist (CBCL) або Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), які мають пункти, що стосуються поведінкових проблем, тривоги, депресії, пов'язаних зі стресом.

• **Самозвітні шкали для старших дітей та підлітків.** Зі зростанням вербальних та рефлексивних здібностей, старші діти та підлітки можуть заповнювати адаптовані для їхнього віку опитувальники стресу, тривоги та депресії (наприклад, адаптовані версії PSS, STAI, а також шкали, що оцінюють специфічні для підлітків стресори, такі як академічний тиск, проблеми з однолітками). Проте, важливо враховувати можливість недооцінки або перебільшення симптомів.

• **Ігрові методики та експресивні техніки.** Для молодших дітей, які ще не можуть повною мірою вербалізувати свої переживання, ігрові методики та малювання є потужними діагностичними інструментами. Дитина може відтворити стресову ситуацію у грі, виразити свої емоції через малюнок, глину або пісок. Аналіз змісту гри, сюжетів, вибору фігур та кольорів допомагає психологу зрозуміти внутрішній світ дитини та джерела її стресу.

• **Проективні методики (адаповані для дітей):** наприклад, дитячий Тематичний Аперцептивний Тест (САТ), тест «Малюнок сім'ї» або «Малюнок людини», які можуть розкрити внутрішні конфлікти та джерела тривоги.

• **Психофізіологічний моніторинг.** Хоча він є складнішим у виконанні з дітьми, однак може бути використаний для об'єктивної фіксації фізіологічної

реакції на стрес, наприклад, варіабельності серцевого ритму під час стресових завдань.

Кейс-приклад. До шкільного психолога звернулися батьки 7-річного хлопчика, який раптово почав мочити ліжко вночі, став агресивним до молодшої сестри і відмовляється ходити до школи після переїзду в нове місто. Для діагностики стресу психолог проведе: спостереження за хлопчиком під час ігрових сесій та на перервах у школі; попросить батьків заповнити опитувальник поведінкових проблем дитини (наприклад, SDQ); може запропонувати хлопчикові намалювати «свою сім'ю» або «дім» та обговорити зміст малюнка. Комбінація цих методів дозволить виявити, що основною причиною стресу є труднощі з адаптацією до нової школи та розлука зі старими друзями, а також відчуття втрати контролю над ситуацією.

Отже, ефективна діагностика стресу у дітей та дорослих потребує інтегрованого підходу, що поєднує різноманітні методи та інструменти, враховуючи індивідуальні та вікові особливості індивіда.

Питання для самоконтролю:

1. У чому полягає основна перевага об'єктивних методів оцінки стресу порівняно з суб'єктивними? Назвіть щонайменше два приклади таких методів.
2. Назвіть, які біохімічні маркери стресу найчастіше використовуються в дослідженнях та клінічній практиці.
3. Чому мультимодальний підхід вважається найбільш ефективним при визначенні рівня стресу?
4. Яка шкала використовується для оцінки стресу на основі кількості та інтенсивності життєвих подій, що відбулися в житті індивіда? Поясніть її принцип.
5. В чому ключова відмінність між вимірюванням «стану тривоги» та «рисів тривожності» за опитувальником Спілбергера?

6. Чому прямий самозвіт може бути менш достовірним методом оцінки стресу у маленьких дітей порівняно з дорослими?
7. Які поведінкові зміни у немовляти або дошкільника можуть свідчити про наявність стресу?
8. Опишіть, як ігрові методики допомагають діагностувати стрес у дітей, які ще не можуть вербалізувати свої переживання.
9. Які дві основні групи опитувальників самозвіту використовуються у дорослих для оцінки стресу? Наведіть по одному прикладу.
10. Обґрунтуйте, чому спостереження є критично важливим методом при діагностиці стресу у дітей.
11. Які обмеження мають проєктивні методики при кількісній оцінці рівня стресу, і яка їхня основна цінність?
12. Назвіть приклад фізіологічного показника стресу, який вимірює активність вегетативної нервової системи та її баланс.

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Виберіть вірне твердження:
 - а) самозвітні методи оцінки стресу завжди є повністю об'єктивними;
 - б) біохімічні маркери стресу, такі як рівень кортизолу, є суб'єктивними показниками;
 - в) основною перевагою суб'єктивних методів є прямий доступ до внутрішнього переживання стресу індивідом;
 - г) варіабельність серцевого ритму є прикладом поведінкового індикатора стресу.
2. Заповніть пропуск: Шкала Холмса-Раге (SRRS) оцінює рівень стресу на основі кількості та інтенсивності _____, що відбулися в житті індивіда за певний період.

3. Позначте «Так» або «Ні»: Для маленьких дітей, які ще не можуть вербалізувати свої переживання, ігрові методики можуть бути ефективним діагностичним інструментом.

4. Який з перелічених інструментів фокусується на тому, наскільки індивід суб'єктивно відчуває себе перевантаженим та нездатним впоратися зі стресом?

- а) шкала депресії Бека (BDI);
- б) шкала соціальної переадаптації Холмса-Раге (SRRS);
- в) шкала сприйнятого стресу (PSS);
- г) шкала тривоги Гамільтона (HARS).

5. Встановіть відповідність між методом діагностики стресу та його характеристикою:

- 1. Гальванічна шкірна реакція (ГШР);
- 2. Батьківські опитувальники;
- 3. Проективні методики.

а) допомагають виявити несвідомі конфлікти та приховані стресори, є якісним аналізом;

б) вимірює зміни електропровідності шкіри, відображаючи активність симпатичної нервової системи;

в) використовуються для оцінки поведінкових та емоційних проявів стресу у дітей з точки зору їхніх опікунів.

6. Який фактор є основною перешкодою для широкого використання біохімічних маркерів стресу у рутинній клінічній практиці?

- а) їхня повна неінформативність;
- б) висока вартість та необхідність спеціалізованого обладнання;
- в) надмірна суб'єктивність результатів;
- г) їхня неможливість застосування до дітей.

7. Заповніть пропуск: Для діагностики стресу у підлітків, на відміну від молодших дітей, зростає значення _____ шкал, хоча і з урахуванням можливих спотворень.

8. Висловіть згоду чи незгоду з твердженням: Зниження варіабельності серцевого ритму (ВСР) зазвичай свідчить про зниження рівня стресу та гарний баланс вегетативної нервової системи.

9. Який тип методу діагностики стресу є найбільш ефективним для отримання всебічної та перехресної верифікації даних?

- а) виключно суб'єктивні опитувальники;
- б) виключно об'єктивні фізіологічні виміри;
- в) мультимодальний підхід, що поєднує різні методи;
- г) лише клінічне інтерв'ю.

10. Виберіть твердження, що найкраще описує вплив стресу на травну систему як фізіологічний прояв:

- а) завжди призводить до підвищення апетиту;
- б) може викликати нудоту, біль у животі та зміни у роботі кишківника (діарея/закреп);
- в) є виключно психосоматичним розладом і не має фізіологічних підстав;
- г) завжди проявляється лише у немовлят.

Тема 7. Динаміка протікання стресу та можливі наслідки.

План:

- 7.1. Стадії перебігу гострого і негострого стресу.
- 7.2. Психологічні моделі динаміки стресу.
- 7.3. Довгострокові наслідки стресу для здоров'я: соматичні, психічні, соціальні та поведінкові порушення.

Ключові слова: динаміка стресу, загальний адаптаційний синдром (ЗАС), стадії стресу, стадія тривоги, стадія опору, стадія виснаження, адаптаційна енергія, фізіологічні механізми стресу, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГНВ), симпатoadреналова система (САС), гормони стресу, когнітивна оцінка, Лазарус, Фолкман, первинна оцінка, вторинна оцінка, копінг, адаптація, дезадаптація, резильєнтність, стресові розлади, психосоматичні захворювання, кардіоваскулярні захворювання, імуносупресія, метаболічні порушення, психічні розлади, депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), синдром вигорання, поведінкові наслідки, соціальні наслідки, якість життя.

Питання 7.1. Стадії перебігу гострого і негострого стресу.

Розуміння стресу неможливе без глибокого аналізу його динаміки, тобто етапів, які переживає організм під впливом стресорів. Цей процес варіюється залежно від тривалості та інтенсивності стресової події, що, своєю чергою, визначає спектр можливих наслідків для фізичного, психічного та соціального благополуччя індивіда. Дослідження динаміки стресу дозволяє розробити ефективніші стратегії превенції та інтервенції.

Динамічний аспект стресової реакції найбільш повно представлений у концепції ЗАС – загального адаптаційного синдрому, розробленої видатним ендокринологом Г. Сельє [55]. Ця модель є фундаментальною для розуміння

фізіологічної відповіді організму на будь-який значущий стресор, незалежно від його специфіки. ЗАС складається з трьох послідовних стадій стресу: стадії тривоги, стадії опору та стадії виснаження.

Перша – стадія тривоги (alarm reaction) – є негайною фізіологічною відповіддю організму на усвідомлення стресору. Вона характеризується швидкою та інтенсивною активацією симпатoadреналової системи (САС), що призводить до негайного викиду катехоламінів (адреналіну та норадреналіну). Це спричиняє комплексні зміни: прискорення серцебиття, підвищення артеріального тиску, перерозподіл кровотоку до м'язів, мобілізацію глюкози та жирів з депо для забезпечення енергією, розширення зіниць.

Ця стадія є по суті реакцією «боротьби або втечі», що готує організм до екстрених дій. Фізіологічно це виглядає як короткочасний шок та контршок (підвищення активності наднирників). На цій стадії задіяні первинні, швидкі механізми адаптації.

Друга – стадія опору (stage of resistance) – настає, якщо дія стресору продовжується або не може бути усунена. Організм намагається адаптуватися до стресової ситуації, підтримуючи високий рівень стійкості, але вже не на рівні гострої тривоги.

На цій стадії основну роль відіграє активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГНВ), що призводить до тривалого вироблення кортизолу та інших глюкокортикоїдів. Ці гормони допомагають підтримувати підвищений рівень енергії, регулювати метаболізм та пригнічувати запальні процеси, щоб організм міг ефективно протистояти тривалій загрозі. Зовнішні ознаки стресу можуть бути менш вираженими, ніж на стадії тривоги, оскільки організм нібито «звикає» до стресових умов. Однак, незважаючи на зовнішню стабільність, внутрішні ресурси організму постійно виснажуються, що Сельє назвав витратою адаптаційної енергії.

Кейс-приклад: Люди, що живуть в умовах тривалих обстрілів, на початковому етапі відчують стадію тривоги (паніка, пошук укриття). Якщо ситуація затягується, вони переходять у стадію опору: вчать розрізняти види

вибухів, облаштовують побут у підвалах, звикають до постійної небезпеки, зберігаючи функціональність, але це відбувається за рахунок значного внутрішнього напруження.

Третя – стадія виснаження (stage of exhaustion) – настає, якщо дія стресору продовжується надто довго, або якщо його інтенсивність є надмірною, перевищуючи адаптаційні можливості організму.

На цьому етапі вичерпуються всі резерви адаптаційної енергії, і організм втрачає здатність підтримувати опір стресору. Характерними є ознаки, що нагадують стадію тривоги, але вони вже не є адаптивними: відбувається значне пригнічення імунної системи, порушення функції внутрішніх органів, з'являються ознаки фізичного та психічного виснаження. Організм стає вразливим до хвороб, розвиваються психосоматичні захворювання, психічні розлади, а в крайніх випадках можлива загибель організму. Це стан, коли «системи дають збій» через перевантаження.

Кейс-приклад: Професійний спортсмен, який інтенсивно тренувався протягом тривалого часу без адекватного відпочинку, може досягти стадії виснаження. Його продуктивність різко падає, він постійно відчуває втому, стає схильним до частих травм та інфекцій, а також може розвинути депресивні стани.

Питання 7.2. Психологічні моделі динаміки стресу.

На відміну від суто фізіологічного підходу Г. Сельє [55], психологічні моделі стресу акцентують увагу на ролі суб'єктивного сприйняття та переробки інформації. Однією з найбільш впливових є модель когнітивної оцінки Р. Лазаруса та С. Фолкман [50]. Ця модель підкреслює, що стрес не є просто автоматичною реакцією на об'єктивні події, а результатом складної взаємодії між індивідом та середовищем, де ключову роль відіграє інтерпретація події.

Відповідно до цієї моделі, динаміка стресу розгортається через дві основні фази когнітивної оцінки:

- **Первинна оцінка.** На цьому етапі індивід швидко та інстинктивно оцінює подію або ситуацію з точки зору її особистісної значущості та потенційного впливу. Визначається, чи є ситуація:

- **Нерелевантною** (не має значення для мене).
- **Доброякісно-позитивною** (є викликом, який може принести користь або зростання – що веде до **еустресу**).

- **Стрессовою**, яка, своєю чергою, може бути оцінена як:

- а) загроза** (потенційна шкода або втрата, що може статися у майбутньому);

- б) втрата/шкода** (вже відбулася, наприклад, втрата близької людини або майна).

- в) виклик** (ситуація, що вимагає зусиль для подолання, але дає можливість для зростання та майстерності). Саме первинна оцінка визначає, чи буде ситуація взагалі сприйматися як стресова.

- **Вторинна оцінка.** Якщо ситуація визнана стрессовою, індивід переходить до вторинної оцінки, де він оцінює свої наявні ресурси та можливості для копіngu (подолання стресу). Це включає оцінку власних навичок, знань, соціальної підтримки, фінансових ресурсів тощо. Питання, що виникають на цьому етапі: «Що я можу зробити?» «Чи є у мене достатньо ресурсів, щоб впоратися з цим?» «Чи мої стратегії подолання будуть ефективними?»

Взаємодія первинної та вторинної оцінки формує кінцеве переживання стресу та визначає емоційну реакцію. Якщо ресурси сприймаються як недостатні для подолання загрози, виникає дистрес. Якщо ресурси адекватні або навіть перевищують вимоги виклику, це може призвести до еустресу.

Динаміка стресу також включає стадії адаптації та дезадаптації.

Адаптація – це процес пристосування організму та психіки до стресових умов, що дозволяє підтримувати функціональність. Це може бути як ефективний копінг, так і психологічні захисти.

Деадаптація – це стан, коли адаптаційні ресурси вичерпані, і індивід не може ефективно функціонувати, що веде до розвитку розладів. Розвиток **резильєнтності** (життєстійкості) є ключовим фактором, що дозволяє індивіду залишатися в стадії адаптації навіть при значних стресорах.

Кейс-приклад: Після раптового звільнення з роботи (об'єктивний стресор), індивід проходить первинну оцінку: це втрата (доходу) та загроза (майбутній стабільності). Далі відбувається вторинна оцінка: якщо він має збереження, затребувані навички, підтримку родини та віру у власні сили (висока самоефективність), він може оцінити свої ресурси як достатні – і стрес перейде в стадію виклику. Якщо ж він безробітний, має фінансові проблеми, не має підтримки та страждає від низької самооцінки, вторинна оцінка покаже недостатність ресурсів, що призведе до глибокого дистресу та потенційної деадаптації, яка може проявитися в апатії, соціальній ізоляції та небажанні шукати нову роботу.

Питання 7.3. Довгострокові наслідки стресу для здоров'я: соматичні, психічні, соціальні та поведінкові порушення.

Хронічний та інтенсивний дистрес має руйнівні довгострокові наслідки для всіх аспектів функціонування індивіда, значно погіршуючи якість життя. Ці наслідки проявляються на соматичному (тілесному), психічному, соціальному та поведінковому рівнях [17].

Соматичні наслідки. Тривала активація стресових систем призводить до виснаження організму та дисрегуляції його основних функцій.

Серцево-судинні захворювання. Хронічний стрес є значущим фактором ризику розвитку гіпертонії, ішемічної хвороби серця, аритмій, атеросклерозу, інфарктів та інсультів. Постійно підвищений артеріальний тиск та частота серцевих скорочень зношують судини та серцевий м'яз.

Імунна система. Довготривалий вплив кортизолу призводить до імуносупресії, роблячи організм більш вразливим до інфекційних

захворювань (ГРВІ, герпес та інше), аутоімунних розладів та навіть підвищує ризик розвитку онкологічних захворювань [25].

Метаболічні порушення. Хронічний стрес може сприяти розвитку інсулінорезистентності, цукрового діабету 2 типу, ожиріння (особливо абдомінального типу) через зміни в метаболізмі глюкози та жирів.

Шлунково-кишковий тракт. Загострення або розвиток виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, синдрому подразненого кишківника, хронічних гастритів та колітів.

Інші наслідки. Хронічні головні болі напруги, мігрені, фіброміалгія, дерматологічні проблеми (екзема, псоріаз), порушення репродуктивної функції, прискорене старіння.

Психічні наслідки. Тривалий стрес є провідним фактором у розвитку широкого спектра психічних розладів.

Депресія. Стрес є одним з найпотужніших предикторів розвитку депресивних станів, особливо коли індивід відчуває втрату контролю та безвихідність.

Тривожні розлади. Хронічне відчуття загрози може призвести до генералізованого тривожного розладу, панічних атак, фобій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Виникає після переживання травматичних подій, характеризується нав'язливими спогадами, уникненням, негативними змінами у настрої та гіперзбудженістю. В умовах війни в Україні, ПТСР є масовим явищем, насамперед у осіб, які пережили бойовий стрес, що потребує значних зусиль для діагностики та реабілітації [33].

Синдром вигорання. Особливо поширений серед представників «допомагаючих» професій, що працюють з людьми у стресових умовах, характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням професійної ефективності [42].

Порушення сну, пам'яті, концентрації уваги та прийняття рішень.

Соціальні наслідки. Стрес може значно погіршити соціальне функціонування індивіда.

Проблеми у міжособистісних стосунках. Підвищена дратівливість, агресивність, емоційна відстороненість можуть призвести до конфліктів у сім'ї, з друзями та колегами.

Соціальна ізоляція. Прагнення уникнути стресових ситуацій може призвести до відмови від соціальних контактів, що посилює відчуття самотності та безвиході.

Зниження соціальної активності. Втрата інтересу до хобі, громадської діяльності, що раніше приносили задоволення.

Проблеми на роботі/навчанні. Зниження продуктивності, часті пропуски, конфлікти з керівництвом та колегами, що може призвести до втрати роботи або виключення з навчального закладу [22].

Поведінкові порушення. Стрес часто призводить до розвитку дезадаптивних копінгових стратегій.

Зловживання психоактивними речовинами. Алкоголь, тютюн, наркотики, що використовуються як спосіб «втечі» від стресу, але лише погіршують ситуацію.

Порушення харчової поведінки: Переїдання (особливо «емоційне харчування») або, навпаки, відмова від їжі, що може призвести до ожиріння або розладів харчової поведінки.

Агресія та імпульсивність. Нездатність контролювати емоції може виливатися у спалахи гніву, фізичну або вербальну агресію.

Ризикована поведінка. Нехтування безпекою, необдумані вчинки.

Прокрастинація та пасивність. Відкладання важливих справ, апатія, відсутність мотивації до дій.

Кейс-приклад: Особа, яка протягом багатьох років працювала на дуже стресовій роботі (хронічний стрес), з часом може розвинути цілий комплекс наслідків: хронічний головний біль (соматичний прояв), постійну тривогу та депресивні епізоди (психічні), розірвання стосунків з партнером через

постійну дратівливість та відсутність часу на сім'ю (соціальні), а також зловживання алкоголем після роботи та суттєве зменшення фізичної активності (поведінкові). Це свідчить про системний вплив стресу на всі сфери життєдіяльності індивіда.

Таким чином, динаміка протікання стресу, від його початкової мобілізації до повного виснаження адаптаційних ресурсів, є багатофакторним процесом, що визначає довгострокові наслідки для фізичного та психічного здоров'я, а також для соціального функціонування індивіда.

Питання для самоконтролю:

1. Опишіть три стадії Загального адаптаційного синдрому (ЗАС) за Гансом Сельє, вказавши ключові фізіологічні процеси, що відбуваються на кожній з них.
2. Яку роль відіграє гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГНВ) у стадії опору ЗАС?
3. Поясніть концепцію адаптаційної енергії в контексті моделі Сельє та її значення для розуміння стадії виснаження.
4. В чому полягає принципова відмінність психологічних моделей динаміки стресу від фізіологічної моделі ЗАС?
5. Охарактеризуйте два основні етапи когнітивної оцінки у моделі Лазаруса та Фолкман. Чим вони відрізняються?
6. Наведіть приклад ситуації, коли та сама об'єктивна подія може бути оцінена як виклик (ведучи до еустресу) однією людиною та як загроза (ведучи до дистресу) іншою, пояснивши це через призму когнітивної оцінки.
7. Які соматичні наслідки хронічного стресу є найбільш небезпечними для серцево-судинної системи та імунітету?
8. Перелічіть щонайменше три психічні розлади, що можуть бути довгостроковим наслідком тривалого дистресу.
9. Як стрес може впливати на соціальне функціонування індивіда та його міжособистісні стосунки? Наведіть приклади.

10. Опишіть декілька дезадаптивних поведінкових порушень, що можуть розвинути як відповідь на хронічний стрес, та поясніть їхній негативний вплив.

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Яка стадія Загального адаптаційного синдрому (ЗАС) характеризується мобілізацією ресурсів організму та інтенсивною активацією симпатoadреналової системи («боротьби або втечі»)?

- а) стадія виснаження;
- б) стадія опору;
- в) стадія тривоги;
- г) стадія адаптації.

2. Яка стадія Загального адаптаційного синдрому (ЗАС) характеризується вичерпанням адаптаційної енергії?

- а) тривоги;
- б) опору;
- в) виснаження;
- г) відновлення.

3. Згідно з моделлю Р. Лазаруса та С. Фолкман, як називається оцінка власних ресурсів для подолання стресу?

- а) первинна;
- б) вторинна;
- в) третинна;
- г) комплексна.

4. Який гормон відіграє ключову роль на стадії опору?

- а) інсулін;
- б) кортизол;

- в) адреналін;
- г) дофамін;

5. Встановіть відповідність між стадіями стресу та їхніми характеристиками:

- 1. Стадія тривоги;
- 2. Стадія опору;
- 3. Стадія виснаження.

а) організм мобілізує енергію для дії («бий або тікай»);

б) організм пристосовується до стресора, зберігаючи відносну стабільність;

в) виснаження резервів, порушення функцій, підвищений ризик хвороб.

6. Які з перелічених наслідків можуть бути спричинені хронічним стресом? (Виберіть три відповіді)

- а) підвищення імунітету;
- б) депресія;
- в) серцево-судинні захворювання;
- г) підвищення концентрації уваги;
- д) порушення сну.

7. Які елементи включає в себе первинна оцінка за Лазарусом та Фолкман? (Виберіть три відповіді)

- а) оцінка наявних ресурсів;
- б) оцінка загрози;
- в) оцінка втрати/шкоди;
- г) оцінка можливостей для зростання;
- д) вибір копінг-стратегій.

8. Які з перелічених факторів впливають на динаміку стресу?
(Виберіть три відповіді)

- а) тривалість стресора;
- б) інтенсивність стресора;
- в) суб'єктивне сприйняття;
- г) вік людини;
- д) колір очей.

9. Фізіологічні зміни на стадії тривоги (наприклад, прискорене серцебиття) є результатом активації гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГНВ).

- а) правильно;
- б) неправильно.

10. Згідно з моделлю Р. Лазаруса та С. Фолкман, якщо ситуація оцінюється як «виклик», це завжди призводить до дистресу.

- а) правильно;
- б) неправильно.

Тема 8. Професійний стрес і засоби його профілактики.

План:

- 8.1. Сутність та концепції професійного стресу.
- 8.2. Професійне вигорання як форма хронічного професійного стресу.
- 8.3. Чинники виникнення професійного стресу та вигорання.
- 8.4. Засоби запобігання та профілактики професійного стресу та вигорання.

Ключові слова: *професійний стрес, психологічні навантаження, стресори робочого середовища, рольовий конфлікт, тайм-пресинг, професійне вигорання, емоційне виснаження, деперсоналізація, цинізм, зниження особистих досягнень, професійна ефективність, трикомпонентна модель вигорання, стадії вигорання, перфекціонізм, стиль керівництва, корпоративна культура, соціальна підтримка, групи ризику, допомагаючі професії, хронічний стрес, тайм-менеджмент, релаксаційні техніки, розвиток життєстійкості.*

Питання 8.1. Сутність та концепції професійного стресу.

Сучасний світ характеризується експоненційним зростанням динаміки, глобальною конкуренцією та безпрецедентним інформаційним навантаженням, що робить **професійний стрес** невід'ємною частиною трудової діяльності [37]. Це явище, що виходить за межі індивідуальної реакції, перетворюючись на системну проблему, яка впливає на продуктивність праці, здоров'я та добробут працівників, а також на стабільність та розвиток організацій. Глибоке розуміння етіології, динаміки та наслідків професійного стресу, включно з його крайньою формою – професійним вигоранням, є критично важливим для розробки ефективних стратегій превенції та інтервенції.

Професійний стрес визначається як сукупність психологічних, фізіологічних та поведінкових реакцій, що виникають у відповідь на негативні або надмірні вимоги та тиск робочого середовища, які перевищують адаптаційні можливості індивіда. На відміну від загального стресу, чий джерела можуть бути будь-якими життєвими подіями, професійний стрес є специфічним феноменом, коріння якого закладені виключно у трудовій діяльності та її контексті. Він є результатом транзакційної взаємодії між індивідом та його робочим середовищем, де ключову роль відіграє суб'єктивна когнітивна оцінка вимог і ресурсів [50].

Наукове осмислення професійного стресу базується на декількох провідних теоретичних концепціях:

- **Модель «вимоги-контроль» (Demand-Control Model)**, розроблена Робертом Каразек [43] є однією з найбільш впливових. Вона постулює, що найвищий рівень **психологічної напруги** та ризику для здоров'я виникає в умовах **високих робочих вимог** (наприклад, інтенсивний робочий темп, жорсткі терміни, висока відповідальність) та **низького контролю** (обмежена автономія у прийнятті рішень, мінімальний вплив на робочий процес). Каразек виділяє чотири типи роботи: пасивна (низькі вимоги, низький контроль), активна (високі вимоги, високий контроль – сприяє навчанню та зростанню), низьконапружена (низькі вимоги, високий контроль) та **високонапружена** (високі вимоги, низький контроль) – остання є найбільш стресогенною.

- **Модель «зусилля-винагорода» (Effort-Reward Imbalance Model)**, запропонована Йоханнесом Зіґрістом [46], акцентує увагу на дисбалансі між зусиллями, які працівник докладає у своїй роботі, та отриманими за це винагородами. Винагороди включають заробітну плату, безпеку роботи, кар'єрні перспективи (зовнішні), а також визнання, повагу та можливості для професійного розвитку (внутрішні). Хронічний дисбаланс, де високі зусилля не супроводжуються адекватною винагородою, створює відчуття несправедливості та є потужним джерелом дистресу, що може призвести до

підвищеного ризику розвитку серцево-судинних захворювань та психічних розладів.

• **Модель «вимог-ресурсів праці» (Job Demands-Resources, JD-R Model)**, розроблена Євон Демеруті та Арнольдом Шойфелі [41], є інтегративним підходом, що поєднує попередні концепції. Вона розрізняє вимоги праці (фізичні, психологічні, соціальні або організаційні аспекти роботи, що вимагають постійних зусиль, пов'язані з фізіологічними та психологічними витратами, наприклад, високе робоче навантаження, рольова невизначеність, емоційні вимоги) та ресурси праці (фізичні, психологічні, соціальні або організаційні аспекти, що сприяють досягненню цілей, знижують витрати, стимулюють розвиток, наприклад, соціальна підтримка, автономія, зворотний зв'язок, можливості навчання). Модель JD-R припускає, що вимоги праці, якщо вони перевищують ресурси, призводять до виснаження та професійного вигорання («енергетичний шлях»), тоді як ресурси праці сприяють залученості та благополуччю працівників («мотиваційний шлях»), а також можуть виступати буфером, пом'якшуючи негативний вплив високих вимог.

Стресори робочого середовища охоплюють широкий спектр факторів: від фізичних (шум, погане освітлення) до психосоціальних (наприклад, **рольовий конфлікт** – суперечливі очікування від різних осіб; тайм-пресинг; відсутність чітких кар'єрних перспектив; конфлікти з колегами чи керівництвом; агресія на робочому місці).

Кейс-приклад: Інженер-конструктор працює над терміновим проєктом з жорсткими дедлайнами (високі вимоги), але керівництво не надає йому достатньо інформації та не дозволяє самостійно обирати методи виконання (низький контроль). Це призводить до високої психологічної напруги, що відповідає високонапруженій роботі за моделлю Каразек. Крім того, незважаючи на понаднормову працю, його внесок не отримує належного визнання чи додаткової винагороди (дисбаланс «зусилля-винагорода»), що

посилює його стресовий стан. З позиції JD-R моделі, він відчуває високі вимоги праці при низьких ресурсах праці.

Питання 8.2. Професійне вигорання як форма хронічного професійного стресу.

Професійне вигорання (burnout) є специфічним психологічним синдромом, що виникає внаслідок хронічного професійного стресу, з яким індивід не зміг успішно впоратися. Це не просто втома, а комплексний стан, що впливає на емоційний, когнітивний та поведінковий рівні функціонування особистості. Термін вперше застосував Герберт Фрейденбергер [48] для опису виснаження у працівників сфери послуг, особливо тих, хто працює з людьми. Однак найбільш відомою та емпірично підтвердженою є **трикомпонентна модель вигорання** Крістіни Маслач [49], яка лягла в основу створення **Опитувальника вигорання Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI)**.

Ця модель включає три взаємопов'язані виміри:

1. **Емоційне виснаження (Emotional Exhaustion):** є центральним компонентом синдрому і проявляється у відчутті надзвичайної втоми, фізичного та психічного виснаження, нестачі енергії, навіть після тривалого відпочинку. Це відчуття «вичерпаності» та «порожнечі», що є наслідком постійного емоційного перевантаження. З фізіологічної точки зору, це відповідає стадії виснаження загального адаптаційного синдрому Г. Сельє, але конкретно пов'язане з професійною діяльністю, призводячи до **хронічного аллостатичного навантаження** [57].

2. **Деперсоналізація / Цинізм (Depersonalization / Cynicism).** Цей компонент відображає негативне, байдуже або цинічне ставлення до реципієнтів послуг (клієнтів, пацієнтів, студентів), колег та навіть до власної роботи. Працівник починає емоційно відсторонюватися, сприймати людей як об'єкти, а не як особистості, що супроводжується втратою співчуття, емпатії та гуманності. Це часто є захисним механізмом від надмірного емоційного навантаження та розчарування.

3. Зниження особистих досягнень (Reduced Personal Accomplishment). Цей вимір характеризується відчуттям некомпетентності, низької ефективності та втратою сенсу власної професійної діяльності. Працівник сумнівається у своїх здібностях, не відчуває прогресу, втрачає мотивацію до розвитку та перестає вірити у власні сили, навіть якщо раніше був успішним та отримував позитивний зворотний зв'язок. Це призводить до зниження **професійної ефективності** та самооцінки.

Динаміка розвитку вигорання, як правило, є поступовою і може починатися з високого ентузіазму та надмірної залученості, яка з часом переходить у розчарування, стагнацію, апатію та, зрештою, виснаження. Важливо відрізнити вигорання від депресії або звичайної втоми, оскільки вигорання є синдромом, прив'язаним до професійного контексту.

Кейс-приклад. Вчитель початкових класів, який почав працювати з великим натхненням та бажанням допомогти кожній дитині, після кількох років інтенсивної роботи з великими класами, понаднормової підготовки, нестачі підтримки з боку адміністрації та батьків, починає відчувати хронічну втому, яка не зникає після вихідних (**емоційне виснаження**). Згодом він помічає, що став дратівливим до учнів, часто підвищує голос, а деякі батьки дратують його до такої міри, що він намагається звести спілкування з ними до мінімуму (**деперсоналізація/цинізм**). На кінець навчального року, незважаючи на всі зусилля, він відчуває, що його праця не має сенсу, а діти нічого не навчилися, що призводить до глибокого розчарування у собі як педагогу (**зниження особистих досягнень**). Ця ситуація є класичним проявом **синдрому професійного вигорання**.

Питання 8.3. Чинники виникнення професійного стресу та вигорання.

Виникнення професійного стресу та вигорання є полідетермінованим процесом, що виникає внаслідок складної взаємодії індивідуальних, організаційних та соціальних чинників.

Індивідуальні чинники – це особистісні характеристики працівника, які можуть підвищувати або знижувати його вразливість до стресорів.

- **Особистісні особливості.** До них відносяться високий рівень **нейротизму** (схильність до переживання негативних емоцій), **перфекціонізм** (надмірне прагнення до досконалості, що призводить до високих самовимог та незадоволеності), низька **життєстійкість (hardiness)**, **зовнішній локус контролю** (переконання, що події контролюються зовнішніми силами, а не власними діями), що знижує відчуття впливу на ситуацію. **Висока емпатія**, хоч і є важливою для «допомагаючих» професій, може призвести до **емпатичної втоми та вторинної травматизації** [25], що є фактором ризику вигорання.

- **Копінгові стратегії.** Неефективні або дезадаптивні стратегії подолання стресу (наприклад, уникнення, вживання психоактивних речовин, самозвинувачення) посилюють негативний вплив стресорів.

- **Особистісні ресурси.** Відсутність психологічних ресурсів, таких як **самоефективність** (віра у власні здібності), **оптимізм** та **резильєнтність** (здатність відновлюватися після невдач), робить індивіда більш вразливим.

Організаційні чинники. Ці фактори пов'язані з особливостями робочого середовища, структури організації та управління, що є провідними у виникненні професійного стресу.

- **Робоче навантаження.** Як кількісне (надмірний обсяг роботи, понаднормові години), так і якісне (складність завдань, емоційне навантаження – наприклад, постійна робота з конфліктами чи горем).

- **Рольова невизначеність та конфлікт.** Нечіткі обов'язки, суперечливі вимоги або очікування від різних джерел, що створює плутанину та напругу.

- **Брак контролю та автономії.** Обмежені можливості працівника впливати на свій робочий процес, приймати рішення, що призводить до відчуття безсилля.

- **Недостатня соціальна підтримка.** Відсутність розуміння, допомоги та визнання з боку керівництва та колег.

- **Несправедливість.** Відчуття несправедливого розподілу ресурсів, можливостей, винагород, або нерівне ставлення. Це прямо пов'язано з моделлю дисбалансу «зусилля-винагорода».

- **Неефективне лідерство.** Авторитарний, не підтримуючий або пасивний стиль керівництва, відсутність зворотного зв'язку.

- **Відсутність визнання та адекватної винагороди:** як матеріальної, так і психологічної.

- **Несприятливі умови праці,** не комфортний фізичний простір, шум, відсутність необхідного обладнання.

- **Конфлікти у колективі та нездорова корпоративна культура.**

- **Обмежені можливості для професійного розвитку та кар'єрного зростання.**

Соціальні чинники – це більш широкі макросоціальні аспекти, що впливають на професійну сферу.

- **Економічна нестабільність:** загроза безробіття, невизначеність щодо майбутнього, що посилює тривогу.

- **Суспільні очікування та стереотипи** щодо певних професій, що можуть створювати додатковий тиск.

- **Соціокультурні трансформації.** Швидкі зміни у технологіях, вимогах до професій, що вимагають постійної адаптації.

Групи ризику. Дослідження одностайно показують, що найбільш схильними до професійного стресу та вигорання є представники «допомагаючих професій», де емоційне навантаження та відповідальність за життя/добробут інших є надзвичайно високими. Це, зокрема, медичні працівники (лікарі, медсестри), педагоги, соціальні працівники, психологи, працівники правоохоронних органів та рятувальних служб. В умовах тривалого військового конфлікту в Україні, ці групи, а також військовослужбовці та волонтери, зазнають надзвичайно високого рівня хронічного стресу, що кратно збільшує ризик вигорання та ПТСР.

Кейс-приклад: IT-розробник працює у великій міжнародній компанії. Він відчуває високий рівень стресу через постійні зміни в проєкті, нечіткі вимоги замовника (рольова невизначеність) та часті термінові завдання, які він не може відкласти (низький контроль). Його перфекціонізм змушує його затримуватися на роботі, а відсутність регулярного зворотного зв'язку від керівництва та низька зарплата порівняно з ринком (дисбаланс «зусилля-винагорода») посилюють його відчуття виснаження та демотивації. Цей кейс демонструє взаємодію індивідуальних та організаційних чинників у розвитку професійного стресу та вигорання.

Питання 8.4. Засоби запобігання та профілактики професійного стресу та вигорання.

Ефективна профілактика професійного стресу та запобігання вигоранню вимагає багаторівневого, системного підходу, що включає індивідуальні стратегії, організаційні інтервенції та підтримку на соціальному рівні.

Індивідуальні стратегії профілактики. Ці заходи спрямовані на підвищення особистої стресостійкості та ефективності копінгу.

Розвиток адаптивних копінгових стратегій. Навчання проблемно-орієнтованим стратегіям (активне розв'язання проблем, планування) та емоційно-орієнтованим (переоцінка ситуації, пошук соціальної підтримки, релаксація). Це відповідає транзакційній моделі стресу [50].

Застосування технік управління стресом: Регулярна практика релаксаційних технік (діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова релаксація, медитація, майндфулнес-орієнтована редукція стресу (MBSR), що дозволяє знизити активацію симпатичної нервової системи.

Когнітивна реструктуризація – виявлення та зміна ірраціональних думок та когнітивних спотворень (наприклад, катастрофізації, поляризованого мислення), які посилюють стресову реакцію. Принципи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) є тут дуже ефективними.

Ефективний тайм-менеджмент: планування завдань, пріоритезація, вміння делегувати повноваження та встановлювати реалістичні терміни.

Дотримання здорового способу життя: достатній та якісний сон, збалансоване харчування, регулярна **фізична активність**, яка є потужним фізіологічним буфером стресу.

Психологічна детоксикація та відсторонення: вміння «відключатися» від роботи після закінчення робочого дня, присвячувати час хобі та інтересам, що не пов'язані з роботою. Це сприяє психологічному відстороненню від стресорів.

Розвиток резильєнтності та життєстійкості: Формування оптимізму, віри у власні сили (**самоефективність** за А. Бандурою), здатності до саморегуляції, пошуку сенсу та зростання після травматичних подій. **Тренінги стресостійкості та стрес-інкуляційний тренінг (SIT)** є ефективними. Стрес-інкуляційний тренінг (CIT) – це один з ефективних методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), спрямований на підвищення стресостійкості та здатності індивіда ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями. Концепція CIT була розроблена Дональдом Мейхенбаумом (Meichenbaum, 1975, 1985) і базується на ідеї, що людину можна «вакцинувати» проти негативного впливу стресу, поступово піддаючи її керованим стресовим ситуаціям та навчаючи адаптивним стратегіям подолання.

Основна мета CIT полягає у тому, щоб навчити людину використовувати різноманітні копінгові стратегії (як когнітивні, так і поведінкові) для управління стресом, а не просто реагувати на нього автоматично. Цей тренінг не прагне усунути стрес повністю, оскільки стрес є невід'ємною частиною життя, а навчити індивіда ефективно з ним взаємодіяти.

Пошук соціальної підтримки: активне спілкування з родиною, друзями, колегами та професіоналами, коли відчувається потреба у допомозі або пораді.

Організаційні інтервенції. Ці заходи впроваджуються на рівні компанії та спрямовані на системне зменшення стресорів та підвищення ресурсів працівників.

Оптимізація робочого навантаження. Справедливий розподіл завдань, реалістичні терміни виконання, уникнення постійних понаднормових годин.

Чітке визначення ролей та обов'язків. Усунення **рольової невизначеності** та **рольових конфліктів** шляхом прозорих посадових інструкцій та комунікації.

Надання автономії та контролю. Делегування повноважень, надання працівникам більшої свободи у прийнятті рішень щодо їхньої роботи, що підвищує відчуття відповідальності та майстерності (компонент ресурсів праці у JD-R моделі).

Розвиток ефективної комунікації та соціальної підтримки: створення відкритої, підтримуючої атмосфери, заохочення взаємодопомоги, проведення тимбілдингів, менторських програм.

Підвищення організаційної справедливості. Прозорість у прийнятті рішень, справедливому розподілі винагород, визнанні та кар'єрних можливостях.

Навчання лідерів. Розвиток у керівників навичок **трансформаційного лідерства** (що сприяє розвитку та мотивації підлеглих), емпатії, ефективного зворотного зв'язку.

Впровадження програм управління стресом. Регулярні тренінги з стресостійкості, тайм-менеджменту, психологічної підтримки, доступ до послуг психологічного консультування або програм допомоги працівникам (EAPs).

Покращення умов праці. Забезпечення ергономічного робочого місця, достатнього освітлення, зниження шуму, зон відпочинку.

Гнучкі графіки роботи та можливість віддаленої роботи, якщо це можливо, для покращення балансу між роботою та особистим життям.

Визнання та адекватна винагорода. Регулярне визнання заслуг працівників, справедлива оплата праці, що відповідає їхнім зусиллям та внеску (ключовий аспект моделі «зусилля-винагорода»).

Роль соціальної підтримки. На всіх рівнях, від індивідуального до організаційного, соціальна підтримка відіграє ключову роль як буфер проти стресу. Це може бути підтримка від родини, друзів, колег, керівництва або професійних спільнот. Відчуття приналежності, можливість обговорити проблеми та отримати емоційну чи інструментальну допомогу значно знижує негативний вплив стресорів та сприяє підвищенню життєстійкості. Особливо це стосується професій, які працюють у кризових умовах (як, наприклад, в Україні під час повномасштабної війни), де взаємна підтримка та психологічна безпека у колективі є життєво необхідними для запобігання вигоранню та ПТСР серед медиків, рятувальників, військових, педагогів, волонтерів.

Кейс-приклад: Велика міжнародна гуманітарна організація, що працює в регіонах військових конфліктів, помітила високий рівень вигорання серед своїх польових працівників. Для профілактики було впроваджено комплекс заходів: обов'язкові психологічні дебрифінги після відряджень, регулярні тренінги з управління стресом та майндфулнес для всього персоналу. Крім того, організація запровадила систему ротації персоналу для запобігання тривалому перебуванню у високостресових зонах, забезпечила доступ до віддаленої психологічної підтримки та створила програми наставництва, де більш досвідчені співробітники підтримували новачків.

Це є прикладом комплексних організаційних інтервенцій, спрямованих на збереження психічного здоров'я працівників в екстремальних умовах.

Питання для самоконтролю:

1. У чому полягає ключова відмінність між загальним стресом та професійним стресом?
2. Опишіть основні положення моделі «вимоги-контроль» Р. Каразек. Яка комбінація факторів є найбільш стресогенною?
3. Поясніть сутність дисбалансу «зусилля-винагорода» за Й. Зіґрістом. Які види винагород існують у цій моделі?

4. Які три основні компоненти включає трикомпонентна модель вигорання К. Масlach? Коротко охарактеризуйте кожен.
5. Як модель «вимог-ресурсів праці» (JD-R) пояснює розвиток вигорання та залученості?
6. Наведіть щонайменше три індивідуальні чинники, які можуть підвищувати ризик розвитку професійного стресу та вигорання.
7. Які організаційні чинники є основними джерелами професійного стресу на робочому місці? Назвіть щонайменше чотири.
8. Поясніть, що таке стрес-інкуляційний тренінг (CIT). Навіщо він застосовується і які його основні фази?
9. Наведіть по два приклади індивідуальних стратегій та організаційних інтервенцій, спрямованих на запобігання професійному стресу та вигоранню.
10. Чому «допомагаючі професії» (наприклад, медичні працівники, педагоги) входять до основних груп ризику щодо професійного вигорання?

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Заповніть пропуск: Згідно з моделлю «вимоги-контроль» Р. Каразек, найвищий рівень психологічної напруги виникає при поєднанні високих вимог та низького _____.
2. Який компонент професійного вигорання описується як відчуття цинізму, байдужості та відстороненості від клієнтів/пацієнтів?
 - а) емоційне виснаження;
 - б) деперсоналізація;
 - в) зниження особистих досягнень;
 - г) соціальна ізоляція.
3. Висловіть згоду чи незгоду з твердженням: Професійне вигорання є синонімом звичайної фізичної втоми, що зникає після короткого відпочинку.

4. Встановіть відповідність між моделлю професійного стресу та її ключовим фокусом:

1. Модель «вимоги-контроль» (Karasek);
2. Модель «зусилля-винагорода» (Siegrist);
3. Модель «вимог-ресурсів праці» (JD-R).

а) баланс між витраченими зусиллями та отриманими компенсаціями (матеріальними та психологічними);

б) співвідношення між психологічними вимогами до роботи та рівнем автономії працівника;

в) взаємодія між стресорами робочого середовища та факторами, що сприяють мотивації та розвитку.

5. Який з наведених індивідуальних чинників може підвищувати ризик професійного вигорання?

- а) високий рівень резильєнтності;
- б) ефективні навички тайм-менеджменту;
- в) високий рівень емпатії (у «допомагаючих» професіях);
- г) зовнішній локус контролю.

6. Яка з перелічених організаційних інтервенцій є найбільш ефективною для зниження професійного стресу на системному рівні?

- а) заохочення індивідуальних медитацій;
- б) збільшення робочого навантаження для підвищення продуктивності;
- в) впровадження програм психологічної підтримки та навчання лідерів;
- г) повна відмова від робочих зустрічей.

7. Заповніть пропуск: Стрес-інкуляційний тренінг (СІТ) базується на ідеї, що людину можна «вакцинувати» проти негативного впливу стресу, навчаючи її _____ стратегіям.

8. Висловіть згоду чи незгоду з твердженням: Зниження особистих досягнень як компонент вигорання означає, що працівник відчуває себе некомпетентним та нездатним ефективно виконувати свої обов'язки, незважаючи на об'єктивні успіхи.

9. Яка фаза Стрес-інкуляційного тренінгу (СІТ) передбачає розуміння природи стресу та виявлення власних неадаптивних реакцій?

- а) фаза розвитку навичок;
- б) фаза застосування та закріплення;
- в) фаза концептуалізації;
- г) фаза релаксації.

10. Чому працівники правоохоронних органів часто відносяться до групи ризику щодо розвитку професійного вигорання?

- а) через низьке робоче навантаження та відсутність відповідальності;
- б) через постійну взаємодію з людьми у стресових ситуаціях, високий рівень небезпеки та емоційне навантаження;
- в) через надмірну соціальну підтримку та визнання;
- г) через монотонність їхньої роботи.

Тема 9. Шляхи та засоби профілактики стресу.

План:

- 9.1. Концептуальні засади профілактики стресу: Первинна, вторинна та третинна профілактика.
- 9.2. Індивідуальні стратегії профілактики та управління стресом: Когнітивні, поведінкові та фізіологічні техніки саморегуляції.
- 9.3. Організаційні та соціальні аспекти профілактики стресу: Роль робочого середовища та соціальної підтримки.
- 9.4. Формування стресостійкості та резильєнтності: Розвиток особистісних ресурсів для подолання стресу.

Ключові слова: *профілактика стресу, управління стресом, стресостійкість, резильєнтність, копінг-стратегії, первинна профілактика, вторинна профілактика, третинна профілактика, техніки саморегуляції, когнітивна реструктуризація, релаксація, дихальні вправи, медитація, майндфулнес, тайм-менеджмент, фізична активність, здоровий спосіб життя, соціальна підтримка, організаційний стрес, психологічна допомога, психогігієна, адаптація, емоційний інтелект, самоусвідомлення, відновлення ресурсів.*

9.1. Концептуальні засади профілактики стресу: первинна, вторинна та третинна профілактика.

У сучасному світі, що характеризується високою динамікою, невизначеністю та значним рівнем психоемоційних навантажень, ефективна профілактика стресу є не просто рекомендацією, а нагальною потребою для збереження психологічного благополуччя, адаптації та продуктивності особистості. Метою превентивних заходів є не повна елімінація стресу, оскільки помірний рівень еустресу є каталізатором розвитку та мобілізації ресурсів, а саме підвищення здатності індивіда долати стресові виклики,

мінімізуючи при цьому потенційно шкідливі наслідки дистресу. Це досягається шляхом комплексного впливу на взаємодію між особистістю та середовищем.

Систематизований підхід до профілактики стресу базується на трирівневій моделі, запозиченій з епідеміології та медичної профілактики, і адаптованій до психологічних потреб [25]. Ця модель дозволяє здійснювати превентивні заходи на різних етапах розвитку стресової реакції:

Первинна профілактика. Цей рівень є найбільш стратегічно важливим і економічно вигідним, оскільки його головною метою є запобігання виникненню стресу або значне зниження його інтенсивності ще до того, як він почне негативно впливати на індивіда. Акцент робиться на модифікації стресорів або підвищенні загальної стресостійкості особистості.

Мета: Зменшити ймовірність появи стресових реакцій та формування хронічного стресу.

Основні напрямки та заходи:

Оптимізація умов середовища: усунення або мінімізація об'єктивних стресорів (наприклад, зменшення шуму, покращення освітлення, ергономіка робочого місця).

Психологічна освіта та інформування: надання знань про природу стресу, його ознаки, причини та потенційні наслідки. Це підвищує обізнаність та сприяє ранньому розпізнаванню небезпеки.

Навчання навичкам управління: розвиток ефективних копінг-стратегій та базових технік саморегуляції, таких як тайм-менеджмент, постановка реалістичних цілей, вміння говорити «ні» (асертивність), ефективне планування.

Зміцнення особистісних ресурсів, таких як самооцінка, самоефективність, емоційний інтелект, що підвищують загальну резильєнтність.

Створення та підтримка міцних соціальних зв'язків, як у професійному, так і в особистому житті. Це формує буфер проти стресових

факторів. *Наприклад:* корпоративна програма з навчання працівників основам тайм-менеджменту та ефективній комунікації, а також створення можливостей для регулярних перерв та фізичної активності протягом робочого дня.

Вторинна профілактика застосовується тоді, коли стрес вже виник, але ще не досяг критичного рівня та не спричинив значних, незворотних змін. Мета цього етапу – **раннє виявлення** стресових реакцій та швидке втручання для запобігання їх поглибленню та хронізації. Основне завдання: Перервати негативну динаміку стресової реакції та запобігти її переходу в дистрес або клінічно значущі розлади.

Основні напрямки та заходи:

- Регулярне моніторингове обстеження стану працівників (наприклад, за допомогою психологічних тестів, опитувальників, або за результатами спостереження за поведінковими ознаками).

- Надання оперативної допомоги особам, які демонструють початкові ознаки стресу, для аналізу ситуації та вироблення індивідуальних стратегій подолання.

- Навчання **технікам швидкої саморегуляції** (наприклад, експрес-методи релаксації, спеціальні дихальні вправи, що дозволяють оперативно знизити рівень емоційного та фізіологічного збудження).

- Створення умов для обміну досвідом та взаємної підтримки між людьми, які переживають схожі стресові ситуації, *наприклад:* впровадження системи анонімного скринінгу рівня стресу серед медичних працівників, а у випадку виявлення високих показників – надання їм доступу до безкоштовних сесій з психологом та майстер-класів з антистресового дихання.

Третинна профілактика застосовується на етапі, коли стрес вже призвів до значних і часто стійких негативних наслідків для здоров'я (психосоматичні захворювання, депресія, ПТСР, хронічне вигорання). Цей рівень профілактики включає заходи з реабілітації та запобігання рецидивам.

Мета: Мінімізувати шкоду, сприяти відновленню функціонування та запобігти повторному виникненню дезадаптивних станів.

Основні напрямки та заходи:

- Індивідуальна або групова терапія, спрямована на глибоку проробку психотравмуючих переживань, корекцію дезадаптивних поведінкових патернів та когнітивних спотворень.
- Застосування фармакологічних препаратів (антидепресанти, анксіолітики) за призначенням лікаря для стабілізації стану.
- Програми, що включають заходи з відновлення соціального, професійного та особистісного функціонування, включаючи розвиток нових **копінг-стратегій**.
- Допомога у відновленні соціальних зв'язків, поверненні до роботи чи навчання, адаптації до змін у житті. Наприклад, програма реабілітації для військовослужбовців, що включає індивідуальні сесії з травма-орієнтованим терапевтом, групову терапію, елементи арт-терапії та фізіотерапії, а також підтримку у поверненні до цивільного життя [31].

9.2. Індивідуальні стратегії профілактики та управління стресом: Когнітивні, поведінкові та фізіологічні техніки саморегуляції.

Ефективне управління стресом на індивідуальному рівні полягає в активному застосуванні різноманітних технік саморегуляції, що дозволяють свідомо впливати на когнітивні, емоційні та фізіологічні реакції на стресори.

1. **Когнітивні стратегії.** Ці стратегії фокусуються на зміні способу мислення, сприйняття та інтерпретації стресових подій, оскільки не сама подія, а її суб'єктивна оцінка часто визначає інтенсивність стресу [50].

2. **Когнітивна реструктуризація.** Це основний інструмент когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), що передбачає ідентифікацію **ірраціональних думок, когнітивних викривлень** (наприклад, катастрофізація, чорно-біле мислення, надмірне узагальнення), що посилюють стрес, та їх свідому заміну на більш реалістичні, об'єктивні та адаптивні думки.

Це допомагає змінити суб'єктивну оцінку події з «загрози» на «виклик» або «можливість», *наприклад*: менеджер, якому потрібно провести складну презентацію, може відчувати сильний стрес через думки: «Я жахливо виступлю, всі думатимуть, що я некомпетентний». За допомогою когнітивної реструктуризації він може замінити їх на: «Я добре підготувався, можу бути трохи нервовим, але це нормально. Моя мета – донести інформацію, а не бути ідеальним. Навіть якщо зроблю помилку, це не знищить мою кар'єру».

Позитивне переосмислення (рефреймінг) – це вміння знаходити позитивні сторони або уроки навіть у негативних ситуаціях, що сприяє розвитку резильєнтності.

Встановлення реалістичних цілей та очікувань щодо себе, інших та зовнішніх обставин зменшує ймовірність **фрустрації** та розчарування.

Відсторонення та перефокусування уваги. Свідоме відведення думок від **стресора** на іншу, нейтральну або приємну діяльність (наприклад, читання книг, хобі).

Поведінкові стратегії стосуються зміни повсякденних звичок та реакцій на зовнішні подразники.

- **Ефективний тайм-менеджмент**: планування робочого та особистого часу, встановлення пріоритетів, уникнення прокрастинації, делегування завдань допомагають уникнути відчуття перевантаження, хаосу та **хронічного стресу**.

- **Асертивність**: навчання навичкам впевненої, але поважної відмови від надмірних вимог, висловлення власних потреб та встановлення особистих кордонів. Це дозволяє уникнути накопичення агресії та **фрустрації**.

- **Регулярна фізична активність**. Помірні фізичні навантаження (біг, плавання, йога, танці, ходьба) є потужним антистресовим фактором. Вони сприяють виробленню ендорфінів (гормонів, що покращують настрій), знижують рівень кортизолу, нормалізують сон та покращують загальний фізичний стан.

- **Збалансоване харчування та достатній сон.** Ці базові фізіологічні потреби є фундаментом для енергетичного та психологічного відновлення організму. Дефіцит сну та нездорове харчування значно знижують стресостійкість.

- **Активна участь у соціальному житті, підтримка** зв'язків з родиною, друзями та колегами. **Соціальна підтримка** є важливим буфером, що знижує вплив стресу та сприяє кращому копінгу [25].

- **Хобі та відпочинок.** Наявність улюблених занять, що приносять задоволення та дозволяють відволіктися від повсякденних турбот, є ключовим для відновлення ресурсів.

3. **Фізіологічні техніки саморегуляції** – ці техніки безпосередньо впливають на фізичні прояви стресу, знижуючи активацію симпатичної нервової системи та сприяючи розслабленню.

- **Дихальні вправи:** контрольоване, глибоке діафрагмальне дихання є одним з найшвидших способів активувати парасимпатичну нервову систему, сповільнити серцебиття та знизити рівень тривоги. М. Сандомирский [43] детально описує різні дихальні техніки для зняття напруження. *Приклад:* Техніка «квадратного дихання» (вдих на 4 рахунки, затримка на 4, видих на 4, затримка на 4) може швидко заспокоїти в момент гострого стресу.

- **Прогресивна м'язова релаксація (за Е. Джекобсоном).** Метод полягає у послідовному напруженні та розслабленні різних груп м'язів тіла, що допомагає усвідомити різницю між напруженням і розслабленням, та досягти глибокого фізичного розслаблення.

- **Майндфулнес (практика усвідомленості).** Метод, що передбачає свідоме, безсудове зосередження на теперішньому моменті, включаючи тілесні відчуття, дихання, думки та емоції. Допомагає вийти зі стану «автопілота», зменшити румінацію та тривогу.

- **Йога, тай-чи.** Комплексні практики, що поєднують фізичні вправи, дихальні техніки та медитацію, ефективно знижують рівень стресу та підвищують гнучкість тіла та розуму.

- **Масаж та водні процедури** – забезпечують фізичне розслаблення та сприяють зменшенню м'язового напруження, яке часто супроводжує стрес.

9.3. Організаційні та соціальні аспекти профілактики стресу.

Профілактика стресу не може бути ефективною без врахування контексту, в якому перебуває індивід. **Організаційний стрес** є поширеним явищем, і тому робоче середовище та соціальні зв'язки відіграють вирішальну роль у підтриманні психологічного благополуччя.

1. **Організаційні інтервенції (на рівні робочого місця):** Спрямовані на створення такого робочого середовища, яке мінімізує **стресори** та підтримує ресурси працівників [14].

- **Рациональний розподіл обов'язків, уникнення понаднормової роботи, забезпечення адекватних ресурсів (інформація, обладнання, персонал), покращення ергономіки робочих місць.**

- **Усунення рольової невизначеності та конфліктів ролей, що є значними фрустраторами.**

- **Підтримка балансу «робота-життя», заохочення гнучких графіків, відпусток, можливостей для віддаленої роботи, що дозволяє працівникам краще поєднувати професійні та особисті обов'язки.**

- **Розвиток культури відкритої комунікації та зворотного зв'язку, створення можливостей для висловлення ідей, проблем та отримання конструктивного зворотного зв'язку.**

- **Програми розвитку лідерства, навчання керівників ефективним навичкам управління персоналом, вирішення конфліктів, делегування та надання підтримки.**

- **Програми підтримки працівників (Employee Assistance Programs – EAP), надання конфіденційного доступу до психологічного консультування, юридичної та фінансової допомоги. Це є формою вторинної та третинної профілактики на рівні організації.**

- **Заходи з тімбіндингу та корпоративні заходи:** сприяють згуртуванню колективу, зміцненню соціальної підтримки та зниженню конфліктності.

Кейс-приклад: В одній з великих компаній, що спеціалізується на розробці програмного забезпечення, було запроваджено «День без зустрічей» раз на тиждень, а також щомісячні «Дні ментального здоров'я», коли працівники могли взяти оплачуваний вихідний для відпочинку та відновлення. Це значно знизило рівень хронічного стресу та покращило продуктивність.

2. **Соціальні аспекти та підтримка.** Ширший соціальний контекст також має значний вплив на здатність індивіда справлятися зі стресом.

- **Роль сім'ї та друзів.** Близькі стосунки є основним джерелом емоційної підтримки, розуміння та практичної допомоги у складні періоди.

- **Громадські та волонтерські організації.** Участь у житті громади або волонтерська діяльність може підвищити відчуття приналежності, сенсу та власної цінності, що є важливими факторами резильєнтності.

- В умовах війни, надзвичайних ситуацій або тривалих криз, роль **психологічного супроводу**, що надається державними та громадськими організаціями, є критично важливою для запобігання ПТСР та інших тяжких наслідків [18]. Це включає гарячі лінії, центри психологічної допомоги, групи підтримки.

- **Психоосвіта на рівні суспільства:** Підвищення загальної обізнаності населення щодо проблем ментального здоров'я, зменшення стигматизації звернень до психологів та психіатрів.

9.4. Формування стресостійкості та резильєнтності.

Стресостійкість і резильєнтність – це не вроджені, а динамічні якості, які можна розвивати та зміцнювати протягом життя. Це комплекс особистісних ресурсів, що дозволяють індивіду не просто виживати в умовах стресу, а й зростати, набуваючи нового досвіду та розвиваючи адаптивні стратегії [14].

1. **Розвиток емоційного інтелекту (ЕІ)** включає здатність усвідомлювати, розуміти та керувати власними емоціями, а також розпізнавати емоції інших та ефективно взаємодіяти з ними. Високий ЕІ дозволяє не «застрягати» в негативних емоціях, а використовувати їх як інформацію для адаптивних дій.

2. **Формування сильної та гнучкої «Я-концепції»**, впевненість у власних силах (**самоефективність**), реалістична самооцінка, усвідомлення своїх сильних сторін та обмежень. Це допомагає не сприймати невдачі як глобальний крах особистості.

3. **Культивування оптимізму та позитивного мислення.** Навчання фокусуватися на можливостях, а не на перешкодах, шукати позитивні аспекти навіть у складних ситуаціях, це не означає ігнорування проблем, а конструктивний підхід до них.

4. **Розвиток саморегуляції** та опанування широкого спектра як когнітивних (наприклад, когнітивна реструктуризація), так і фізіологічних (дихальні техніки, релаксація) і поведінкових (планування, асертивність) методів впливу на свій стан.

5. **Формування соціальної компетентності**, що передбачає навички ефективної комунікації, вирішення конфліктів, вміння будувати та підтримувати підтримуючі стосунки.

6. **Наявність життєвої мети та сенсу.** Чітко сформовані цінності, життєві цілі та відчуття сенсу у своїй діяльності або житті в цілому надають потужну внутрішню мотивацію та ресурс для подолання труднощів. Люди, що мають глибокий сенс, краще протистоять хронічному стресу та фрустрації.

7. **Навчання на досвіді.** Кожен успішно подоланий виклик або стресова ситуація є цінним досвідом, що зміцнює віру у власні сили та розширює арсенал копінг-стратегій. Аналіз минулих успіхів та невдач допомагає навчатися та зростати.

8. **Догляд за собою (self-care).** Регулярна практика самообслуговування, яка включає відпочинок, хобі, час для себе, фізичну

активність, контакт з природою. Це не «розкіш», а необхідність для поповнення ресурсів та запобігання вигоранню [42].

Кейс-приклад: Вчителька початкових класів, пані Ольга, відчувала сильне професійне вигорання через надмірне навантаження, постійний шум у класі та вимогливих батьків. В рамках програми профілактики стресу для освітян, вона почала відвідувати тренінги з тайм-менеджменту та когнітивної реструктуризації. Вона навчилася чіткіше планувати уроки, делегувати деякі завдання батьківському комітету (що було формою асертивної поведінки та делегування). Коли вона відчувала роздратування, вона використовувала дихальні вправи, яким її навчили на тренінгу, а також свідомо змінювала свої думки про «ідеальний урок» на більш реалістичні. Крім того, вона почала займатися танцями, що стало її засобом сублімації та відновлення ресурсів. Через кілька місяців її рівень стресу значно знизився, а її стресостійкість зросла.

Загалом, ефективна профілактика стресу – це безперервна, багатовекторна діяльність, що інтегрує індивідуальні зусилля з підтримкою з боку соціального та організаційного середовища. Вона спрямована не лише на уникнення негативних станів, а й на формування сильної, резильєнтної особистості, здатної адаптуватися до викликів і зберігати психологічне благополуччя у будь-яких умовах.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке профілактика стресу? У чому її головна мета?
2. Назвіть три основні рівні профілактики стресу (рівні профілактики).
3. Наведіть приклад заходу первинної профілактики стресу.
4. Наведіть приклад заходу вторинної профілактики стресу.
5. Наведіть приклад заходу третинної профілактики стресу.
6. Що таке когнітивні стратегії профілактики стресу? Наведіть один приклад.

7. Назвіть дві поведінкові стратегії профілактики стресу, які можна використовувати щодня.
8. Які фізіологічні техніки саморегуляції ви знаєте? Назвіть щонайменше дві.
9. Як організація може допомогти в профілактиці стресу своїх працівників? Наведіть два приклади.
10. Чому соціальна підтримка важлива для боротьби зі стресом?
11. Поясніть, що таке стресостійкість? Як її формувати?
12. Що таке резильєнтність і чим вона відрізняється від стресостійкості?

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Заповніть пропуск: Головна мета профілактики стресу – це не повне його усунення, а підвищення здатності індивіда _____ до стресових викликів.
2. Який рівень профілактики стресу спрямований на раннє виявлення стресових реакцій та швидке втручання?
 - а) первинна профілактика;
 - б) вторинна профілактика;
 - в) третинна профілактика;
 - г) пост-профілактика.
3. Висловіть свою згоду чи не згоду із даним твердженням. «Проведення тренінгів з тайм-менеджменту для працівників є прикладом первинної профілактики стресу».
4. Яка з цих стратегій є переважно когнітивною для профілактики стресу?
 - а) глибоке дихання;
 - б) здорове харчування;

- в) зміна негативних думок на позитивні;
- г) спілкування з друзями.

5. Заповніть пропуск: Метод, що передбачає послідовне напруження та розслаблення груп м'язів для досягнення фізичної релаксації, називається _____ м'язова релаксація.

6. Висловіть свою згоду чи не згоду із даним твердженням. «Регулярна фізична активність може допомогти знизити рівень стресу, оскільки сприяє виробленню «гормонів щастя».

7. Який аспект відіграє ключову роль у профілактиці професійного стресу на рівні організації?

- а) індивідуальні хобі працівників;
- б) оптимізація робочого навантаження;
- в) перегляд улюблених серіалів;
- г) уникання будь-яких контактів з колегами.

8. Що є важливою частиною соціальної підтримки в контексті профілактики стресу?

- а) постійне ізолювання від людей;
- б) відмова від будь-якої допомоги;
- в) наявність міцних зв'язків з родиною та друзями;
- г) ігнорування проблем інших.

9. Заповніть пропуск: Здатність особистості успішно адаптуватися до складних життєвих ситуацій та відновлюватися після негативного досвіду називається _____.

10. Висловіть свою згоду чи не згоду із даним твердженням.
«Стресостійкість – це вроджена якість, яку неможливо розвивати протягом життя».

Тема 10. Подолання гострого стресу.

План:

- 10.1. Сутність та ознаки гострого стресу.
- 10.2. Психофізіологічні реакції на гострий стрес.
- 10.3. Техніки екстреної самодопомоги при гострому стресі.
- 10.4. Перша психологічна допомога оточуючим.

Ключові слова: *гострий стрес, кризова ситуація, реакція «бий або тікай», симпатична нервова система, парасимпатична нервова система, адреналін, кортизол, екстрена самодопомога, психофізіологічна саморегуляція, дихальні вправи, заземлення, тілесні відчуття, прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес, фокусування уваги, безпечне місце, Перша психологічна допомога (ППД), емпатія, активне слухання, стабілізація, дебрифінг, деф'юзія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), психологічна травма.*

Питання 10.1. Сутність та ознаки гострого стресу.

У сучасному світі, що характеризується високою мінливістю, невизначеністю, складністю та амбівалентністю (так званий VUCA-світ), здатність ефективно долати гострий стрес є фундаментальним компонентом психологічного благополуччя та адаптації особистості. На відміну від профілактики стресу, яка зосереджена на довгостроковому запобіганні його виникненню або підвищенні загальної стресостійкості та резильєнтності, подолання гострого стресу стосується негайних реакцій та інтервенцій в момент виникнення інтенсивної, раптової та часто непередбачуваної стресової події. Метою таких екстрених заходів є мінімізація руйнівного впливу гострої стресової реакції, запобігання розвитку довготривалих психологічних розладів (як-от ПТСР), сприяння швидкому відновленню внутрішнього балансу та функціонування [17, 25].

Гострий стрес (також відомий як первинна стресова реакція, або реакція на гострий стрес) – це інтенсивна, але зазвичай короткочасна (від кількох хвилин до кількох годин, рідше – до кількох днів) психофізіологічна відповідь організму на раптову, значущу подію, яка суб'єктивно сприймається як загроза, виклик, втрата або шок. Ця реакція є еволюційно закріпленим, адаптивним механізмом, що має на меті мобілізацію всіх систем організму для негайної відповіді на небезпеку, що виникла, або для швидкого вирішення екстреної проблеми. Прикладами таких подій можуть бути: пряма загроза життю (аварія, напад), несподівана втрата близької людини, екстремальний дедлайн на роботі з високими ставками, публічна критика, отримання раптової шокуючої новини (наприклад, про небезпечну хворобу або катастрофу).

Комплексні ознаки гострого стресу охоплюють три основні рівні функціонування:

Психологічні (когнітивно-емоційні) прояви.

- **Інтенсивні емоції.** Переважно це сильний страх, тривога (аж до панічної атаки), гнів, розгубленість, безпорадність, відчуття шоку, невіри в те, що відбувається. Емоції можуть бути настільки інтенсивними, що повністю поглинають свідомість.

- **Порушення когнітивних функцій.** Значне порушення концентрації уваги, звуження свідомості («тунельний зір» або гіперфокус на джерелі загрози), труднощі з прийняттям рішень (ступор або, навпаки, імпульсивність), зниження здатності до логічного мислення та аналізу. Може спостерігатися дезорієнтація у часі та просторі.

- **Диссоціативні явища.** У деяких випадках можуть виникати диссоціативні реакції, такі як **дереалізація** (відчуття нереальності навколишнього світу) або **деперсоналізація** (відчуття відстороненості від власного тіла чи думок, ніби це відбувається не зі мною). Ці механізми є психологічним захистом від непереносимої реальності.

- **Румінація та нав'язливі думки.** Після завершення події може виникати багаторазове прокручування стресової ситуації в голові, нав'язливі спогади чи образи.

- **Фізіологічні (тілесні) прояви:**

- Прискорене серцебиття (тахікардія), підвищення артеріального тиску, прискорене та поверхнєве дихання (гіпервентиляція), підвищене потовиділення, розширення зіниць.

- Відчуття скутості, тремор (тремтіння) в кінцівках, спазми. Це підготовка м'язів до дії.

- Відчуття «метеликів у животі», нудота, рідше блювота або діарея. Це пов'язано з перерозподілом кровотоку від органів травлення до м'язів.

- Сухість у роті, відчуття «кому в горлі», блідість або почервоніння шкіри. Ці реакції є прямим наслідком викиду гормонів стресу.

- **Поведінкові прояви:**

- **Зміни в активності** - від гіперактивності (метушливі, хаотичні рухи, крик) до повного ступору (завмирання, нездатність рухатися чи говорити).

- **Імпульсивність**, необдумані дії, неадекватні реакції.

- **Агресія.** Вербальна або фізична агресія, спрямована на джерело загрози або на оточуючих.

- **Уникання**, прагнення втекти, сховатися, уникнути подальшого контакту з стресором.

- **Відмінності гострого стресу від хронічного:**

Розуміння цих відмінностей є критично важливим для вибору адекватних стратегій подолання та профілактики.

Таблиця 1.

Порівняльний аналіз ознак гострого та хронічного стресу

Ознака	Гострий стрес	Хронічний стрес
Тривалість	Короткочасний (хвилини, години, рідше до кількох днів).	Тривалий (тижні, місяці, роки).
Інтенсивність	Висока, пікова, різка.	Помірна, але постійна, кумулятивна.
Характер стресора	Несподівана, інтенсивна подія/загроза.	Постійний тиск, невизначеність, рутина, конфлікти.
Мета реакції	Мобілізація для негайної дії/виживання.	Адаптація до тривалих несприятливих умов.
Основні гормони	Переважно адреналін, норадреналін.	Переважно кортизол (тривала секреція).
Вплив на здоров'я	Раптові психосоматичні реакції, ризик травми.	Виснаження ресурсів, хронічні захворювання, вигорання, депресія, зниження імунітету.
Енерговитрати	Інтенсивне, швидке, одноразове.	Поступове, постійне виснаження.
Потенційні наслідки	ПТСР, гостра стресова реакція, панічні атаки.	Депресія, тривожні розлади, психосоматичні захворювання, вигорання.

Якщо гострий стрес є адаптивним механізмом, що готує організм до ефективної реакції, то хронічний стрес виникає тоді, коли цей механізм залишається постійно ввімкненим, виснажуючи адаптаційні резерви організму.

Питання 10.2. Психофізіологічні реакції на гострий стрес.

Фундаментальне розуміння реакції «бий або тікай» (fight-or-flight response), вперше описаної В. Кенноном, є центральним для усвідомлення динаміки гострого стресу. Це нейрофізіологічний каскад, призначений для виживання в умовах безпосередньої загрози.

Коли людина стикається з потенційною загрозою, інформація про неї швидко обробляється мигдалеподібним тілом – структурою в лімбічній системі мозку, що відповідає за обробку емоцій, особливо страху. Мигдалеподібне тіло подає сигнал гіпоталамусу – командному центру мозку.

Гіпоталамус активує симпатичну нервову систему, яка є частиною вегетативної нервової системи. СНС, своєю чергою, стимулює надниркові залози, розташовані над нирками.

Мозковий шар надниркових залоз негайно виділяє в кров адреналін (епінефрин) та норадреналін (норепінефрин). Ці гормони є основними медіаторами реакції «бий або втікай»:

- **Прискорення серцебиття та підвищення тиску** для швидкого постачання кисню та поживних речовин до м'язів.

- **Розширення бронхів**, збільшення об'єму вдихуваного повітря для максимізації надходження кисню.

- **Перерозподіл кровотоку**. Кров відводиться від органів, що не є критично важливими для негайного виживання (наприклад, травна система, шкіра), і спрямовується до великих м'язів (рук, ніг). Це може пояснювати блідість шкіри або відчуття «метеликів у животі».

- **Мобілізація енергії**. Печінка вивільняє запаси глюкози в кров для забезпечення негайної енергії м'язам.

- **Розширення зіниць** покращує зір для кращого сприйняття загрози.

Паралельно з цим, гіпоталамус активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь (ГГН-вісь), що призводить до вивільнення кортизолу (основного гормону стресу) з кіркового шару надниркових залоз. Кортизол підтримує довготривалу мобілізацію енергії, регулює артеріальний тиск та пригнічує імунну систему, що є виправданим у короткостроковій перспективі для збереження ресурсів.

На рівні психіки людина відчуває посилену пильність, сенсорні порогои знижуються, можливе загострення слуху та зору. Мислення стає швидким, але

часто менш раціональним, зосередженим на вирішенні негайної загрози. Здатність до мультитаскінгу знижується.

Після того, як загроза минула або була успішно подолана, активується парасимпатична нервова система. Вона є антагоністом СНС і відповідає за повернення організму до стану гомеостазу. Ця система сповільнює серцебиття, знижує артеріальний тиск, нормалізує дихання, повертає кровотік до внутрішніх органів та відновлює травлення. Фаза відновлення є критично важливою для запобігання виснаженню та розвитку хронічних наслідків стресу. Якщо ж організм залишається в стані гіперактивації протягом тривалого часу, це може призвести до системних порушень.

Питання 10.3. Техніки екстреної самодопомоги при гострому стресі.

В момент переживання гострого стресу, коли психофізіологічна реакція є максимально інтенсивною, ключовим завданням є швидка стабілізація стану. Мета цих технік – перервати цикл стресової реакції «бий або втікай», свідомо активувати парасимпатичну нервову систему та повернути людині відчуття контролю над власним тілом та емоціями. Вони є частиною ширшої концепції психофізіологічної саморегуляції.

1. **Дихальні вправи.** Контрольоване дихання – це один з найшвидших та найефективніших інструментів для зниження фізіологічного збудження та активації парасимпатичної системи.

Блуждаючий нерв, що проходить від мозку до черевної порожнини, є основною ланкою парасимпатичної нервової системи. Повільне, глибоке діафрагмальне дихання стимулює цей нерв, що призводить до сповільнення серцебиття, зниження артеріального тиску та загального розслаблення організму. Крім того, свідоме дихання перемикає фокус уваги з внутрішнього хаосу на фізіологічний процес, що заспокоює.

Техніка «Квадратне дихання» (Box Breathing) – це проста і потужна техніка для швидкого заспокоєння. Інструкція: 1) Повільний вдих через ніс на 4 рахунки; 2) Затримка дихання на 4 рахунки; 3) Повільний видих через рот

(можна зі звуком «фууух») на 4 рахунки; 4) Затримка дихання на видиху на 4 рахунки. Повторювати цей цикл 3-5 разів.

Діафрагмальне (черевне) дихання. Інструкція: «Покладіть одну руку на груди, іншу на живіт. При вдиху намагайтеся наповнити повітрям живіт так, щоб піднімалася лише рука на животі, а груди залишалися відносно нерухомими. Видихайте повільно». Ця техніка забезпечує більш повне надходження кисню та глибше розслаблення.

Дихання «4-7-8» (за доктором Ендрю Вейлом): Вдих через ніс на 4 рахунки, затримка дихання на 7 рахунків, видих через рот зі звуком «фууух» на 8 рахунків. Особливо ефективне для заспокоєння перед сном або в стані сильної тривоги.

Техніки заземлення (Grounding Techniques). Ці техніки допомагають «повернути» людину в реальність, коли вона відчуває себе відірваною від тіла, перебуває в паніці, або переживає сильні флешбеки. Вони допомагають переключити фокус уваги з внутрішніх тривожних думок та інтенсивних емоцій на зовнішнє, реальне середовище, сприяючи відчуттю безпеки та присутності в теперішньому моменті.

Сенсорна стимуляція допомагає «перезавантажити» мозок, активувати префронтальну кору (відповідальну за логічне мислення) та зменшити активність лімбічної системи (емоційного центру).

Вправа: «Правило 5-4-3-2-1».

1. Назвіть **5** речей, які ви **бачите** навколо себе. Опишіть їх детально (колір, форма).
2. Назвіть **4** речі, які ви можете **доторкнутися** (і доторкніться до них). Відчуйте їх текстуру, температуру.
3. Назвіть **3** речі, які ви **чуєте**.
4. Назвіть **2** речі, які ви можете **понюхати**.
5. Назвіть **1** річ, яку ви можете **скуштувати** (це може бути жуйка, вода або просто відчуття власної слини).

Фізичне заземлення: «Свідомо відчуйте опору під ногами – натисніть п'ятами на підлогу, відчуйте твердість поверхні. Сядьте або ляжте, відчуючи, як ваше тіло торкається поверхні. Можна стиснути кулаки, напружити м'язи ніг та рук, а потім різко розслабити. Концентрація на фізичних відчуттях допомагає «заземлитися» у моменті та усвідомити своє тіло. Тримання в руках холодного предмета (льоду, пляшки з водою) або навпаки теплого, концентруючись на відчуттях температури, також може бути ефективним.

Прогресивна м'язова релаксація (за Е. Джекобсоном). Ця техніка полягає у послідовному, свідомому напруженні (5-7 секунд) та наступному повному розслабленні (20-30 секунд) різних груп м'язів тіла. Починати можна з кінчиків пальців ніг і рухатися вгору до обличчя.

Механізм впливу допомагає усвідомити різницю між напруженням та розслабленням, що сприяє глибокому фізичному розслабленню. Зниження м'язового напруження, яке є поширеною реакцією на стрес, сприяє зменшенню психологічної тривоги. Регулярна практика підвищує загальну здатність до релаксації.

Фокусування уваги та елементи Майндфулнес.

Фокусування уваги на нейтральному об'єкті. «Якщо ви відчуваєте, що думки скачуть або ви застрягли на стресорі, свідомо переключіть увагу на якийсь нейтральний об'єкт у вашому оточенні (наприклад, візерунок на стіні, годинник, елемент одягу). Детально опишіть його про себе: «Це годинник, він круглий, має три стрілки, чорні цифри на білому фоні, скло трохи відблискує». Ця техніка допомагає «перервати» потік тривожних думок та відновити контроль над увагою.

Короткочасна практика усвідомленості (Майндфулнес). Це техніка «тут і зараз». «Зверніть увагу на теперішній момент: на те, що ви відчуваєте у своєму тілі (без оцінки), на звуки навколо, на своє дихання. Дозвольте думкам просто «проходити повз», не занурюючись у них і не оцінюючи. Мета – просто

спостерігати. Ця практика допомагає вийти зі стану «автопілота» та зменшити румінацію.

Візуалізація «безпечного місця». У стані сильного емоційного перевантаження або паніки, коли реальність здається загрозливою, можна використовувати візуалізацію. Інструкція: «Заплющте очі (якщо це безпечно) і уявіть собі місце, де ви відчуваєтеся абсолютно безпечно, спокійно та комфортно. Це може бути реальне місце або вигадане. Спробуйте максимально детально уявити всі сенсорні деталі: які там запахи, які звуки (шум прибою, спів птахів), які кольори ви бачите, які відчуття на шкірі (теплий вітер, м'який пісок). Чим детальніше візуалізація, тим ефективніше вона допоможе знизити рівень тривоги та створити відчуття внутрішньої стабільності та безпеки».

Кейс-приклад індивідуальної самодопомоги: Військовослужбовець, перебуваючи на позиції, після раптового обстрілу відчув сильне серцебиття, тремтіння в руках і ногах, та гостре відчуття страху. Він зрозумів, що це гострий стрес, і почав застосовувати діафрагмальне дихання, глибоко вдихаючи животом і повільно видихаючи. Це допомогло йому трохи заспокоїтися. Потім він сфокусувався на звуках навколо (техніка заземлення), розрізняючи звук вітру від далеких вибухів, що дозволило йому «повернутися» в реальність і відновити контроль над своїми емоціями, а не піддаватися паніці.

Питання 10.4. Перша психологічна допомога оточуючим.

Перша психологічна допомога (ППД) – це неінвазивна, гуманна, підтримуюча та практична допомога людині, яка щойно пережила серйозну кризову подію або знаходиться у стані гострого стресу. Це не є професійною психотерапією чи консультуванням, але є критично важливим першим кроком для стабілізації стану людини, запобігання розвитку більш серйозних психологічних наслідків, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або закріплення психологічної травми.

Психологічна травма – це глибоке емоційне або психічне ушкодження, що виникає внаслідок впливу надзвичайно стресових подій, які перевищують здатність людини їх інтегрувати, зрозуміти та переробити. Вона може призвести до довгострокових негативних змін у психіці та поведінці.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це комплексний психічний розлад, що може розвинутиися після переживання або свідчення травматичної події, яка загрожувала життю або серйозно порушувала фізичну цілісність. Характеризується нав'язливими спогадами (флешбеками), унікаючою поведінкою, негативними змінами в когнітивній сфері та настрої, а також гіперзбудженістю. ППД є важливим фактором профілактики ПТСР у гострий період.

Основні принципи надання ППД (за рекомендаціями ВООЗ та інших організацій):

ППД базується на кількох ключових принципах, що забезпечують її ефективність та етичність:

1. **Безпека.** Першочерговим завданням є забезпечення фізичної та психологічної безпеки як для того, хто надає допомогу, так і для того, хто її отримує. Це включає усунення безпосередніх загроз.
2. **Гідність і повага.** Завжди ставтеся до людини з повагою, враховуйте її культуру, вік, стать, релігійні переконання. Не нав'язуйте допомогу, якщо людина відмовляється, і поважайте її вибір.
3. **Слухання без примусу.** Дозвольте людині говорити, якщо вона цього хоче, але не змушуйте її розповідати свою історію. Слухайте активно та з емпатією.
4. **Сприяння самопомозі.** Підтримуйте і заохочуйте здатність людини долати труднощі самостійно, використовувати власні ресурси.
5. **Принцип «Не зашкодь».** Уникайте будь-яких дій або слів, які можуть погіршити стан людини або травмувати її повторно. Не давайте хибних обіцянок.

6. **Спокій та впевненість.** Ваш власний спокій і впевненість передаються постраждалому і допомагають йому стабілізуватися. Говоріть спокійним, чітким голосом.

Етапи надання ППД (схема «Подивись, Послухай, Зв'яжися/З'єднай»):

Ця триступенева модель є універсальною та легко запам'ятовується, дозволяючи послідовно надавати допомогу:

1. **ПОДИВИСЬ (Look):**

- **Оцінка ситуації та безпеки.** Перед тим, як підходити до постраждалого, переконайтеся, що місце є безпечним для вас обох. Чи є нові загрози? Чи потрібна медична допомога?

- **Визначення, хто потребує допомоги.** Огляньте оточення. Хто виглядає найбільш постраждалим? Хто має явні ознаки **гострого стресу** (шок, дезорієнтація, ступор, паніка)? Хто має видимі фізичні травми? Хто потребує базових потреб (вода, їжа, тепло, укриття)?

- **Оцінка фізичного стану.** Чи є людина притомною? Чи дихає? Чи є ознаки серйозних травм? (У разі потреби, медична допомога є пріоритетом).

2. **ПОСЛУХАЙ (Listen):**

- **Встановлення контакту.** Підійдіть до людини спокійно. Представтеся. Запропонуйте допомогу, наприклад: «Доброго дня, я тут, щоб допомогти. Мене звати [Ваше ім'я]. Як ви почуваетесь?».

- **Активне та емпатійне слухання.** Дозвольте людині говорити, якщо вона цього хоче. Будьте терплячими. Не перебивайте, не давайте порад, якщо про них не просять. Визнайте її почуття, використовуючи фрази: «Я бачу, що вам зараз дуже страшно/боляче/важко». Уникайте знецінюючих фраз типу «Все буде добре» або «Не хвилюйтесь», оскільки вони можуть бути сприйняті як відсутність розуміння.

- **Дізнатися про потреби та турботи.** Запитайте людину, що найбільше її турбує зараз, або які її нагальні потреби: «Чи потрібна вам вода?», «Вам холодно?», «Чи можу я допомогти вам зв'язатися з кимось?».

3. ЗВ'ЯЖИСЯ/З'ЄДНАЙ (Link):

• **Задоволення базових потреб.** Якщо це можливо, надайте практичну допомогу: вода, їжа, теплий одяг/ковдра, допомога у переміщенні до безпечного місця або укриття.

• **Надання достовірної інформації.** Надавайте лише перевірену, правдиву та зрозумілу інформацію про ситуацію, про доступні послуги або про те, що відбувається навколо. Уникайте поширення чуток або невизначених прогнозів.

• **Зв'язок з джерелами підтримки.** Допоможіть людині зв'язатися з її родиною, друзями або іншими близькими. За потреби, зв'яжіть її з фахівцями (медиками, психологами, соціальними працівниками, рятувальними службами).

• **Заохочення до самодопомоги та адаптації.** Підтримуйте здатність людини використовувати власні ресурси для подолання стресу. Нагадайте їй про її попередній успішний досвід подолання труднощів.

Чого НЕ СЛІД робити при наданні ППД:

• **Не примушуйте!** Ніколи не змушуйте людину говорити про травматичний досвід, якщо вона не готова.

• **Не перебивайте!** Не перебивайте, не давайте непрошених порад, не обіцяйте неможливого.

• **Не знецінюйте!** Не недооцінюйте переживання людини фразами типу «Не переймайся через дрібниці» або «Іншим ще гірше».

• **Уникайте жаргону!** Не використовуйте професійний психологічний або медичний жаргон, який може бути незрозумілим.

• **Не торкайтеся людини без її дозволу!**

• **Не критикуйте!** Не засуджуйте! Не висловлюйте зневаги до емоційних реакцій людини!

Кейс-приклад надання ППД в умовах гуманітарної кризи: У тимчасовому прихистку для переселенців волонтер помітив жінку з дитиною, які здавалися розгубленими та виснаженими. Жінка сиділа, обійнявши дитину, її погляд був

відсутнім. Волонтер підійшов, сів на відстані, щоб не порушувати її особистий простір, і спокійно представився. Він запитав: «Я бачу, вам, мабуть, дуже важко. Чи потрібна вам вода, можливо, щось тепле?» Жінка кивнула. Волонтер приніс воду та чай, а потім запропонував дитині іграшку. Він не питав, що сталося, а просто дав зрозуміти, що він поруч і готовий допомогти. Коли жінка трохи випила, вона сама почала говорити, що вони щойно прибули, і вона не знає, куди далі. Волонтер уважно вислухав її, не перебиваючи, а потім чітко і зрозуміло пояснив, які є можливості розміщення, де можна отримати медичну допомогу та гуманітарну підтримку. Він допоміг їм заповнити необхідні документи та зв'язатися з центром реєстрації, забезпечивши перехід від стану гострого стресу до вирішення нагальних практичних питань.

Ефективне подолання гострого стресу є запорукою мінімізації його руйнівного впливу. Швидке застосування технік самопомоги та вміння надавати Першу психологічну допомогу оточуючим є невід'ємними навичками в сучасному світі, що сприяють збереженню психічного здоров'я, підвищенню резильєнтності та швидкому відновленню особистості після кризових подій.

Питання для самоконтролю:

1. Які ключові відмінності між гострим стресом і хронічним стресом? Наведіть приклади кожного.
2. Перелічіть та коротко опишіть основні психологічні та фізіологічні ознаки гострого стресу.
3. Поясніть сутність механізму «бий або втікай». Які гормони відіграють ключову роль у цій реакції?
4. Як відбувається активація симпатичної нервової системи під час гострого стресу, і які її безпосередні прояви на рівні організму?
5. Опишіть роль парасимпатичної нервової системи у процесі відновлення після гострого стресу.

6. Назвіть щонайменше три техніки екстреної самопомоги при гострому стресі та поясніть принцип дії однієї з них.
7. Яким чином дихальні вправи допомагають стабілізувати емоційний стан у стресовій ситуації? Опишіть одну з технік дихання.
8. Для чого призначені техніки заземлення? Наведіть приклад однієї такої техніки та поясніть, як вона працює.
9. Що таке Перша психологічна допомога (ППД) і чим вона відрізняється від професійної психотерапії?
10. Перелічіть основні принципи надання Першої психологічної допомоги.
11. Опишіть три основні етапи (кроки) надання ППД за принципом «Подивись, Послухай, Зв'яжися/З'єднай».
12. Яких дій НЕ СЛІД робити при наданні Першої психологічної допомоги особі у стані гострого стресу?

Тести для самоконтролю:

1. Який з гормонів є ключовим для довготривалої мобілізації енергії та пригнічення імунної відповіді під час стресу?
 - а) дофамін;
 - б) кортизол;
 - в) серотонін;
 - г) ендорфін.
2. Вислови згоду чи не згоду із даним твердженням: «Механізм «бий або втікай» активує переважно парасимпатичну нервову систему».
3. Заповніть пропуск: Фаза «відпочинку і перетравлення», що настає після завершення гострої стресової реакції, активується _____ нервовою системою.

4. Яке з перелічених тверджень найкраще характеризує мету застосування технік заземлення при гострому стресі?

- а) стимуляція уяви та творчого мислення;
- б) переключення уваги з внутрішніх переживань на зовнішнє реальне середовище;
- в) посилення емоційної реакції для її повного проживання;
- г) збільшення фізичного напруження для вивільнення енергії.

5. Під час гострого стресу, для забезпечення негайної енергії м'язам, печінка вивільняє запаси _____ у кров.

6. Яке з наведених тверджень найбільш точно описує сутність Першої психологічної допомоги (ППД)?

- а) це форма професійної психотерапії, яку може надавати лише ліцензований психолог;
- б) це гуманна, підтримуюча та практична допомога людині, яка переживає кризову подію;
- в) це медикаментозне лікування психічних розладів, спричинених стресом;
- г) це обов'язкове примусове консультування для всіх постраждалих.

7. Встановіть відповідність між етапом Першої психологічної допомоги (ППД) та його основною дією:

- 1. ПОДИВИСЬ;
- 2. ПОСЛУХАЙ;
- 3. ЗВ'ЯЖИСЯ.

- а) забезпечення зв'язку з ресурсами підтримки;
- б) оцінка безпеки ситуації та виявлення потреб;
- в) активне слухання та встановлення контакту.

8. Яке з наведених дій категорично НЕ РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ під час надання Першої психологічної допомоги (ППД)?

- а) забезпечення фізичної безпеки постраждалого;
- б) примушення постраждалого до контакту чи розповіді про подію;
- в) активне слухання без перебивання;
- г) задоволення базових потреб (вода, тепло).

9. Техніки заземлення допомагають переключити фокус уваги з внутрішніх тривожних думок та інтенсивних емоцій на _____, реальне середовище.

10. Вислови згоду чи не згоду із даним твердженням: «Техніку «Квадратне дихання» можна виконувати лише у спеціально обладнаному приміщенні.

- а) так;
- б) ні.

Тема 11. Посттравматичний стресовий стан та посттравматичний стресовий розлад.

План:

- 11.1. Поняття психологічної травми та травматичної події.
- 11.2. Гостра стресова реакція (ГСР) та посттравматичний стресовий стан (ПТСС).
- 11.3. Діагностичні критерії та основні симптоматичні кластери посттравматичного стресового розладу.
- 11.4. Шляхи подолання ПТСР.

Ключові слова: *психологічна травма, травматична подія, посттравматичний стресовий стан (ПТСС), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), нав'язливі спогади, уникнення, гіперзбудженість, психотерапія, посттравматичний ріст (ПТР), резильєнтність.*

Питання 11.1. Поняття психологічної травми та травматичної події.

Хоча організм людини має природні механізми адаптації до стресових ситуацій, деякі події виходять за межі звичайної здатності до інтеграції та переробки досвіду, що призводить до розвитку психологічної травми, посттравматичного стресового стану та, потенційно, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) особистості [18]. Розуміння цих станів є критично важливим для своєчасного виявлення, надання ефективної допомоги та сприяння повноцінному відновленню.

Психологічна травма визначається як глибоке емоційне або психічне ушкодження, що виникає внаслідок впливу надзвичайно стресових або загрозливих подій, які перевищують індивідуальну здатність людини їх інтегрувати, осмислити та переробити. Вона є результатом внутрішньої реакції на травматичну подію, а не самою подією як такою. Це означає, що одна й та сама подія може бути травматичною для однієї людини, але не для іншої,

залежно від її індивідуальних особливостей, попереднього досвіду, наявних факторів ризику та факторів захисту, а також доступних ресурсів.

Травматична подія – це будь-яка подія, що фактично або потенційно загрожує життю або фізичній цілісності людини чи інших людей, викликає сильний страх, відчуття безпорадності або жах, а також може супроводжуватися виникненням емоційного шоку.

До типових травматичних подій відносять: пряму загрозу життю (бойові дії, збройні конфлікти, терористичні акти, природні катастрофи, серйозні аварії); значне тілесне ушкодження або загрозу такого ушкодження; сексуальне насильство; свідчення смерті, серйозного поранення або загрози, яка сталася з іншими (особливо близькими); отримання звістки про насильницьку або несподівану смерть чи серйозну загрозу/травму, яка сталася з близькою людиною.

Залежно від характеру та тривалості, травматичні події класифікуються як шокова травма (одноразові, раптові, непередбачувані події) та комплексна травма (тривалі, повторювані, часто міжособистісні травматичні події).

Шокова травма (також відома як травма типу I) є результатом одноразової, раптової та непередбачуваної події, яка перевищує звичайні можливості психіки до адаптації та викликає інтенсивний емоційний шок. Характерною особливістю є її дискретність – чітко визначений початок і, зазвичай, відносно швидке завершення самої події, хоча її наслідки залишаються надовго. Головний психологічний вплив такої травми полягає у раптовому руйнуванні відчуття безпеки, контролю та передбачуваності світу.

Організм реагує потужною гострою стресовою реакцією (ГСР), яка може включати фізіологічне збудження (реакція «бий або втікай») або, навпаки, заціпеніння (реакція «замри»).

Приклади шоквої травми:

- **Дорожньо-транспортна пригода (ДТП).** Несподіване зіткнення, що загрожує життю або призводить до серйозних травм.

- **Природні катастрофи.** Землетруси, повені, цунамі, пожежі, торнадо, що раптово руйнують звичне середовище та загрожують існуванню.

- **Раптовий напад/акт насильства.** Пограбування, зґвалтування, напад з використанням зброї.

- **Несподівана втрата.** Раптова смерть близької людини, особливо за обставин, які шокують або є насильницькими.

- **Медичні травми.** Неочікувані хірургічні втручання, перебування в реанімації, раптові медичні кризи.

Кейс - ситуація: 35-річний Андрій, повертаючись додому з роботи, став свідком лобового зіткнення автомобілів. Він бачив, як постраждалих діставали з понівечених машин, чув їхні крики та бачив кров. Хоча сам Андрій не постраждав фізично, він пережив сильний емоційний шок.

Реакція: У перші години після події Андрій перебував у стані ступору, не міг говорити, його тіло тремтіло. Протягом наступних кількох днів він страждав від безсоння, мав інтрузивні думки про побачене, що супроводжувалися гіперзбудженістю та дрижанням. Це яскравий приклад посттравматичного стресового стану (ПТСС), який розвинувся після одноразової шокової травми. З часом, за умови адекватної підтримки, такі реакції можуть повністю зникнути.

Комплексна травма (також відома як травма типу II) виникає внаслідок тривалих, повторюваних та часто міжособистісних травматичних подій, з яких жертві було вкрай важко або неможливо втекти. На відміну від шокової травми, яка є «одномоментною подією», комплексна травма - це радше «довготривалий процес» систематичної загрози та насильства, часто з боку осіб, що мали б забезпечувати безпеку або турботу. Це може призводити до глибоких змін у психіці, розвитку особистості та формуванні прихильності, особливо якщо травматизація відбувається в дитинстві.

Приклади комплексної травми:

- **Тривале перебування в зоні бойових дій.** Багаторазове свідчення смерті, постійна загроза життю, втрата побратимів, щоденний стрес.

- **Полон, катування або систематичні знущання.** Довготривале перебування у неволі, де людина піддається фізичному, психологічному чи сексуальному насильству.

- **Систематичне насильство в сім'ї.** Хронічне фізичне, емоційне або сексуальне жорстоке поводження, особливо у дитинстві, або тривале домашнє насильство над дорослими.

- **Системне нехтування потребами дитини.** Тривала відсутність належного піклування, емоційна депривація, що призводить до порушень розвитку.

- **Торгівля людьми або рабство.** Тривале утримання та експлуатація, що позбавляє людину волі та гідності.

Кейс - ситуація: Олег, військовослужбовець, провів два роки на передовій у зоні активних бойових дій. Він щодня стикався з обстрілами, втратою побратимів, необхідністю приймати складні рішення в умовах постійної смертельної загрози. Він неодноразово бачив загибель та страждання інших.

Реакція: Після демобілізації Олег почав проявляти ознаки глибоких змін: постійну гіперпильність, крайню дратівливість, повне емоційне оніміння щодо близьких, проблеми зі безсонням та хронічну втому. Він також часто відчуває деперсоналізацію, ніби він «не зовсім тут», а його спогади про мирне життя здаються нереальними. Це приклад комплексної травми, що часто призводить до розвитку складних форм ПТСР та вимагає тривалої та спеціалізованої психотерапії, оскільки ушкодження охоплюють не лише симптоми, а й базові структури особистості.

Травматизація – це загальний процес психічного ушкодження, що виникає внаслідок впливу травматичних подій. Це динамічний процес, під час якого психіка намагається адаптуватися до надзвичайних обставин, що часто призводить до формування дезадаптивних копінг-стратегій, зміни світогляду та емоційних реакцій.

У свою чергу, ретравматизація – це повторне переживання або реактивація минулої травми, яка може бути викликана нагадуваннями про неї (тригерами) або новими подіями, що мають схожий контекст чи емоційний заряд. Прикладами ретравматизації можуть бути повернення військовослужбовця у зону бойових дій після короткої ротації, повторне зіткнення жертви насильства з агресором, або навіть перегляд новин з кадрами, що нагадують про пережиту катастрофу.

Ретравматизація значно посилює негативні ефекти первинної травматизації, може призводити до загострення симптомів ПТСР, поглиблювати дисоціацію, ускладнювати відновлення та підривати ефективність попередніх терапевтичних втручань. Розуміння цих процесів дозволяє своєчасно ідентифікувати та мінімізувати їхній вплив, забезпечуючи більш сприятливий прогноз для постраждалих.

Питання 11.2. Гостра стресова реакція та посттравматичний стресовий стан.

Коли людина стикається з надзвичайною або травматичною подією, її організм та психіка відповідають мобілізацією усіх ресурсів, що є природною реакцією на стрес.

Гостра стресова реакція (ГСР) – це інтенсивна, часто неадаптивна відповідь, що виникає безпосередньо під час або відразу після травматичної події, триваючи, як правило, від кількох хвилин до кількох днів. Вона може проявлятися різноманітними станами, такими як шок, повний ступор (завмирання), паніка (хаотична нецілеспрямована активність), дезорієнтація у часі та просторі, інтенсивний страх, заціпеніння або навіть дисоціативні явища (відчуття нереальності того, що відбувається). Ця реакція є інстинктивним механізмом виживання, спрямованим на мобілізацію ресурсів організму, але вона виснажує його резерви.

Якщо симптоми після травматичної події продовжуються понад 3 дні, але менше одного місяця, цей стан класифікується як посттравматичний

стресовий стан (ПТСС). ПТСС характеризується наявністю симптомів, схожих на ті, що спостерігаються при ПТСР, включаючи нав'язливі спогади, уникнення певних ситуацій чи думок, а також гіперзбудженість та порушення сну. Це є природною і часто очікуваною реакцією на значний дистрес.

У багатьох випадках, за умови адекватної соціальної підтримки та відсутності нових травматичних подій, симптоми ПТСС можуть поступово згасати, і людина повертається до свого звичайного функціонування. Однак, якщо симптоми не зникають, посилюються або значно погіршують повсякденне життя особистості, ПТСС може, на жаль, прогресувати у посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Питання 11.3. Діагностичні критерії та основні симптоматичні кластери посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це складний і виснажливий психічний розлад, що може розвинутиися після прямого або опосередкованого переживання чи свідчення травматичної події, яка включала реальну загрозу або загрозу смерті, серйозне поранення чи сексуальне насильство. Для встановлення діагностичних критеріїв ПТСР, симптоми мають тривати більше одного місяця і викликати значний дистрес або клінічно значущі функціональні порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життя людини. Основними симптоматичними кластерами ПТСР є:

1. **Нав'язливі спогади (вторгнення).** Цей кластер включає постійне, небажане та інтрузивне повторне переживання травматичної події. Це може проявлятися як:

- **Флешбеки** – яскраві, інтенсивні, часто короткочасні епізоди, під час яких людина відчуває, ніби травматична подія відбувається знову, з усіма сенсорними деталями. Вони можуть супроводжуватися сильними фізичними реакціями (прискорене серцебиття, пітливість, тремор).

- **Кошмари** – повторювані, тривожні сни, пов'язані з травматичною подією або її темами.

- **Інтрुзивні думки та образи** – нав'язливі, небажані думки або образи, що стосуються травми, які важко контролювати.

- Інтенсивний психологічний та/або фізіологічний дистрес або виражені фізіологічні реакції на зовнішні або внутрішні нагадування про травматичну подію. Ці явища часто пов'язані з особливостями травматичної пам'яті, яка може бути фрагментованою, нелогічною та емоційно зарядженою.

2. **Уникнення.** Активні, часто свідомі спроби уникнути думок, почуттів, місць, людей або ситуацій, які нагадують про травму. Це може проявлятися як:

- Уникання розмов або думок про травму, свідоме пригнічення спогадів.

- **Уникаюча поведінка** щодо місць, людей, діяльності або предметів, які є нагадуванням про подію (наприклад, не відвідувати певні райони, уникати натовпу).

- **Емоційне оніміння** або **оніміння емоцій**, відчуття відстороненості, відчуження від інших, зниження інтересу до раніше значущих видів діяльності, а також труднощі у переживанні позитивних емоцій. Може супроводжуватися алекситимією (нездатністю розпізнавати та описувати власні емоції).

3. **Негативні зміни в мисленні та настрої**, погіршення когнітивних функцій та емоційного стану, що почалося або погіршилося після травматичної події. Сюди входять:

- Негативні переконання про себе, інших або світ («Я поганий», «Світ небезпечний», «Нікому не можна довіряти»).

- Викривлені думки про причини та наслідки травми, часто з вираженим **почуттям провини** або **сорому**.

- Зниження здатності відчувати позитивні емоції (щастя, задоволення, любов).

- Відчуття відстороненості або відчуження від інших людей.

- **Дисоціативні явища**, такі як дереалізація (відчуття нереальності навколишнього світу) або деперсоналізація (відчуття відстороненості від власного тіла чи думок), які є захисними механізмами, але можуть порушувати функціонування.

4. **Зміни в збудженні та реактивності** – постійні симптоми підвищеної збудливості, що почалися або погіршилися після травми. Сюди входять:

- **Гіперзбудженість** – постійне відчуття напруги, ніби людина завжди перебуває «на сторожі», у стані очікування небезпеки.

- **Дратівливість** та спалахи гніву без значної провокації або з мінімальною.

- Проблеми зі безсонням або труднощі з засинанням/підтриманням сну.

- Труднощі з концентрацією уваги.

- **Гіперпильність** – надмірна увага до потенційних загроз у навколишньому середовищі.

- **Перебільшений старт-рефлекс** (сильна реакція переляку на несподівані звуки чи рухи).

- Постійно підвищена активація **реакції «бий-тікай-замри»**, що призводить до хронічного фізичного та психічного виснаження.

Для встановлення діагнозу ПТСР симптоми мають відповідати визначеним **діагностичним критеріям** за міжнародними класифікаціями (наприклад, DSM-5 або МКХ-11), тривати **більше одного місяця** і викликати значні порушення в повсякденному житті.

Питання 11.4. Шляхи подолання ПТСР.

Подолання ПТСР – це довготривалий і багатогранний процес, що вимагає системного підходу, який включає як стратегії самодопомоги, так і обов'язкову професійну психологічну допомогу. Завчасне звернення за підтримкою збільшує шанси на успішне відновлення та навіть досягнення посттравматичного росту (ПТР).

1. Психоедукація. Першим та одним із найважливіших кроків у подоланні ПТСР є психоедукація. Розуміння сутності розладу – його причин, симптомів та механізмів – допомагає дестигматизувати стан, зменшити почуття провини або сорому, що часто супроводжують ПТСР, та дає надію на відновлення. Знання про те, що це природна реакція організму на ненормальні обставини, дозволяє людині почуватися менш ізольованою та безпорадною.

2. Стратегії самодопомоги та саморегуляції. Хоча самодопомога не може повністю замінити професійну терапію при ПТСР, вона є важливою складовою загального плану відновлення та розвитку резильєнтності. Це включає:

- **Застосування технік зняття гострого стресу.** Дихальні вправи (наприклад, «квадратне дихання», дихання «4-7-8»), а також техніки заземлення («5-4-3-2-1», фізичне заземлення) є ефективними інструментами для керування гострими симптомами гіперзбудженості, паніки та дисоціації (Акімова, 2023). Вони допомагають повернутися у «тут і зараз».

- **Регулярна фізична активність.** Фізичні вправи допомагають знизити рівень стресових гормонів, покращити якість сну та загальний настрій, сприяючи вивільненню накопиченої фізичної напруги від реакції «бий-тікай-замри».

- **Здоровий спосіб життя.** Збалансоване харчування, достатній та якісний сон, відмова від зловживання алкоголем та психоактивними речовинами є критично важливими для підтримки фізичного та психічного здоров'я.

- **Соціальна підтримка.** Активне спілкування з довіреними людьми – родиною, друзями, колегами. Важливо не ізолюватися, а шукати та приймати підтримку від свого соціального оточення.

- **Практики усвідомленості (майндфулнес) та медитація** допомагають розвинути здатність бути присутнім у теперішньому моменті, знизити румінацію та інтенсивність нав'язливих спогадів.

- **Розвиток копінг-стратегій, формування здорових механізмів подолання стресу та емоцій.**

3. Професійна психологічна допомога. ПТСР є клінічним розладом, який вимагає кваліфікованої професійної психологічної допомоги. Найбільш ефективними методами психотерапії для лікування ПТСР є:

- **Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ),** зокрема, травмофокусована КПТ, яка є золотим стандартом лікування ПТСР. Вона включає: експозиційну терапію (поступове, контрольоване та безпечне зіткнення з травматичними спогадами або ситуаціями, які їх нагадують, з метою зниження страху та усунення уникаючої поведінки) та когнітивна реструктуризація (робота зі спотвореними думками та негативними переконаннями, що виникли внаслідок травми; наприклад, почуття провини, безнадійності, недовіри до світу).

- **Десенсибілізація та переробка рухів очей (EMDR-терапія).** Це метод, що використовує ритмічні рухи очима або інші форми двосторонньої стимуляції (наприклад, тактильні поплескування), поки людина фокусується на травматичних спогадах. Вважається, що це допомагає мозку «переробити» травматичний досвід та знизити його емоційний заряд, змінюючи зберігання травматичної пам'яті.

- **Наративна терапія** допомагає людині створити нову, більш адаптивну історію про свій травматичний досвід, інтегруючи його в більш широке розуміння свого життя, надаючи йому новий сенс та сприяючи реінтеграції особистості.

- **Групова терапія** забезпечує безпечне середовище для обміну досвідом з іншими, хто пережив схожі травми. Це сприяє зниженню відчуття ізоляції та нормалізації переживань, а також взаємній соціальній підтримці.

- **Групи підтримки.** Вони надають цінну соціальну підтримку та відчуття спільноти, хоча не завжди очолюються професіоналами,

4. Медикаментозне лікування. У деяких випадках, особливо при виражених симптомах гіперзбудженості, важкій депресії чи панічних атаках, психіатр може призначити психофармакотерапію для полегшення симптомів ПТСР. Найчастіше використовуються антидепресанти (зокрема, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – СІЗЗС), які допомагають

керувати депресивними симптомами, тривогою та покращувати сон. **Анксиолітики** (транквілізатори) можуть бути призначені для короточасного полегшення сильної тривоги. Важливо розуміти, що медикаменти допомагають керувати симптомами, але не лікують першопричину розладу, тому вони часто застосовуються в комбінації з психотерапією.

Посттравматичне зростання. Навіть після переживання глибокої травми та боротьби з ПТСР, існує можливість для посттравматичного росту (ПТР). Ця концепція описує позитивні психологічні зміни, які можуть відбутися в людини внаслідок боротьби з екстремально важким життєвим досвідом. ПТР не означає, що травма була «корисною» або «потрібною», а що через величезні страждання та подолання людина може відчути: глибиннішу вдячність за життя; зміцнення стосунків з іншими; підвищення особистісної сили та резильєнтності; відкриття нових життєвих пріоритетів та переоцінку цінностей; розвиток духовності або глибше розуміння свого місця у світі. ПТСР є серйозним викликом, але завдяки комплексній професійній допомозі, активній самодопомозі та підтримці оточуючих, більшість людей здатні досягти значного відновлення та навіть особистісного росту.

Питання для самоконтролю:

1. Визначте поняття «психологічна травма» та «травматична подія». Чому суб'єктивне переживання є ключовим у визначенні травматичності події?
2. Поясніть суттєві відмінності між шоковою травмою та комплексною травмою, наведіть по два конкретні приклади для кожного типу. Чому розрізнення цих типів важливе для розуміння впливу на психіку?
3. Опишіть гостру стресову реакцію: що це за стан, які його типові фізіологічні та психологічні прояви та тимчасові рамки?
4. Назвіть основні діагностичні критерії для встановлення Посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

5. Перерахуйте та коротко охарактеризуйте чотири основні симптоматичні кластери ПТСР, що є основними проявами цього розладу.
6. Детально опишіть симптоми кластеру «нав'язливих спогадів» при ПТСР, включаючи поняття флешбеків, кошмарів та інтрузивних думок. Поясніть концепцію травматичної пам'яті в цьому контексті.
7. Поясніть, що таке емоційне оніміння та дисоціативні явища (включаючи дереалізацію та деперсоналізацію), як вони проявляються при ПТСР.
8. Опишіть, як проявляється гіперзбудженість у людей з ПТСР, включаючи такі симптоми, як дратівливість, безсоння, гіперпильність та посилений старт-рефлекс.
9. Обґрунтуйте роль психоедукації та самодопомоги у процесі подолання ПТСР.
10. Наведіть конкретні приклади технік самодопомоги, ефективних при керуванні симптомами ПТСР.
11. Назвіть та коротко поясніть сутність основних напрямків професійної психологічної допомоги (психотерапії), які є найбільш ефективними у лікуванні ПТСР.
12. Визначте поняття «посттравматичне зростання». Поясніть, чим це відрізняється від «одужання» і чому є важливим аспектом відновлення після пережитої травми.

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Яке з тверджень найбільш повно визначає психологічну травму?
 - а) будь-який сильний стрес, що викликає дискомфорт;
 - б) емоційне або психічне ушкодження, що виникає внаслідок події, яка перевищує здатність психіки її інтегрувати та переробити;
 - в) тимчасова реакція організму на неприємну ситуацію;
 - г) фізичне ушкодження, що спричинило короточасний психологічний дискомфорт.

2. Травматична подія обов'язково характеризується:

- а) лише фізичним насильством;
- б) загрозою життю або фізичній цілісності, що викликає сильний страх, безпорадність або жах;
- в) будь-якою несподіваною зміною в житті людини;
- г) виключно свідомим свідченням чиєїсь смерті.

3. Тривале, повторюване та часто міжособистісне насильство, з якого жертві важко або неможливо втекти, є характерною ознакою:

- а) гострої стресової реакції;
- б) шокової травми;
- в) посттравматичного стресового стану;
- г) комплексної травми.

4. Процес, під час якого психіка зазнає ушкодження внаслідок впливу травматичних подій, називається:

- а) резильєнтність;
- б) ретравматизація;
- в) травматизація;
- г) деперсоналізація.

5. Гостра стресова реакція (ГСР) триває, як правило:

- а) від кількох хвилин до кількох днів;
- б) від 3 днів до 1 місяця;
- в) більше 1 місяця;
- г) протягом усього життя.

6. Для діагностики ПТСР симптоми повинні тривати не менше:

- а) 3 днів;
- б) 1 тижня;
- в) 1 місяця;
- г) 6 місяців.

7. Який із симптомів відноситься до кластеру «нав'язливих спогадів» при ПТСР?

- а) уникання місць, що нагадують про травму;
- б) емоційне оніміння;
- в) флешбеки;
- г) дратівливість та спалахи гніву.

8. Що з переліченого є прикладом дисоціативних явищ при ПТСР?

- а) часті спалахи гніву;
- б) відчуття нереальності навколишнього світу (дереалізація) або відстороненості від власного тіла (деперсоналізація);
- в) труднощі із засинанням;
- г) нав'язливі думки про майбутнє.

9. Яка з перелічених психотерапевтичних методик є золотим стандартом лікування ПТСР та включає експозиційну терапію та когнітивну реструктуризацію?

- а) психоаналіз;
- б) арт-терапія;
- в) травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ);
- г) гештальт-терапія.

10. Метод психотерапії, що використовує ритмічні рухи очима або інші форми двосторонньої стимуляції для «переробки» травматичного досвіду, це:

- а) наративна терапія;
- б) EMDR-терапія (Десенсибілізація та переробка рухів очей);
- в) групова терапія;
- г) експозиційна терапія.

Тема 12. Психологічна резильєнтність: сутність, фактори та стратегії розвитку.

План:

- 12.1. Поняття резильєнтності як здатності відновлюватися та адаптуватися до змін, труднощів та стресу.
- 12.2. Ключові компоненти резильєнтності.
- 12.3. Фактори, що впливають на розвиток резильєнтності особистості.
- 12.4. Практичні стратегії та вправи для розвитку резильєнтності на індивідуальному та колективному рівнях.

Ключові поняття: *резильєнтність, адаптація, стресостійкість, фактори захисту, копінг-стратегії, оптимізм, саморегуляція, емоційний інтелект, соціальна підтримка, самоусвідомлення, посттравматичний ріст, гнучкість мислення, психоедукація, майндфулнес.*

Питання 12.1. Поняття резильєнтності як здатності відновлюватися та адаптуватися до змін, труднощів та стресу.

Резильєнтність (від лат. *resilio* – відскакувати, пружинити, повертатися у вихідний стан) у психології визначається як динамічна здатність індивіда або системи успішно адаптуватися до несприятливих обставин, відновлюючись після впливу значних загроз, труднощів, потрясінь або надзвичайного стресу.

На відміну від простої стресостійкості, яка переважно стосується здатності витримувати психоемоційні навантаження, резильєнтність є активним процесом, що передбачає не лише повернення до попереднього стану, а й можливий подальший розвиток та посттравматичний ріст. Вона не означає відсутність болю, страждань чи негативних емоцій у відповідь на виклики; резильєнтні люди так само переживають труднощі, але вони володіють внутрішніми та зовнішніми ресурсами для їхнього ефективного подолання та інтеграції досвіду.

Кейс-ситуація: Марина, 40-річна жінка, втратила дім і бізнес через військові дії, була змушена евакуюватися в інший регіон з двома дітьми. Попри величезні втрати та дистрес, вона активно шукала тимчасове житло, зареєструвалася на програму підтримки для внутрішньо переміщених осіб, знайшла волонтерську роботу, а згодом і нову роботу за фахом. Через рік вона не лише забезпечила стабільність для своєї родини, але й почала активно допомагати іншим переселенцям, відчуваючи новий сенс у своєму житті.

Цей кейс ілюструє резильєнтність Марини. Вона не уникла горя та втрат, але її здатність адаптуватися до кардинально змінених умов, швидко відновлюватися після шоку втрати, активно діяти (проактивність) та навіть знаходити новий сенс у служінні іншим свідчить про високий рівень її психологічної резильєнтності. Вона демонструє не просто стресостійкість, а динамічну здатність до конструктивного перетворення досвіду. У контексті умов війни, зазначають Кузікова та співавт. (2024), резильєнтність проявляється як ключовий фактор психологічного супроводу особистості та її здатності вистояти.

Питання 12.2. Ключові компоненти резильєнтності.

Психологічна резильєнтність є багатограним конструктом, що формується з низки взаємопов'язаних психологічних характеристик та навичок. Ці компоненти резильєнтності дозволяють індивіду ефективно протистояти несприятливим впливам та розвиватися.

Оптимізм та позитивне мислення – це не заперечення реальності чи наївність, а реалістична, але сповнена надії установка щодо майбутнього. Вона включає віру у власні сили подолати труднощі та здатність бачити можливості для зростання навіть у складних обставинах. Як зазначає Л. Брюнінг (2017), позитивне мислення сприяє виробленню ендорфінів та інших нейромедіаторів, що підтримують добробут. Наприклад: людина, яка втратила роботу, замість того, щоб впасти у відчай, розглядає це як можливість

змінити сферу діяльності або пройти перекваліфікацію, вірячи у свою здатність знайти нове місце.

Саморегуляція та емоційний інтелект – це здатність ефективно управляти власними емоціями, думками та поведінкою у відповідь на виклики. Вона включає навички розпізнавання власних емоційних станів, їхньої назви та свідомого керування ними. Зокрема, А. Акімова (2023) підкреслює важливість психофізіологічних методів саморегуляції, таких як дихальні техніки та м'язова релаксація, для нейтралізації негативних емоцій та стресових реакцій. Наприклад: перед важливою презентацією, виступом, людина відчуває сильне хвилювання, але замість того, щоб дати паніці заволодіти собою, вона використовує глибоке дихання, щоб заспокоїтися та зібратися.

Гнучкість мислення та адаптивність – це здатність переосмислювати ситуації, знаходити альтернативні рішення, бути відкритим до нових підходів та змінювати стратегії поведінки відповідно до обставин. Вона дозволяє не зациклюватися на невдачах, а шукати нові шляхи та ефективні копінг-стратегії, наприклад, через несподівані обставини запланована подія скасовується. Гнучка людина швидко переплановує свій день або знаходить альтернативні заняття, замість того, щоб дратуватися та бути розчарованою.

Самоусвідомлення це глибоке розуміння власних сильних та слабких сторін, цінностей, переконань, а також усвідомлення своїх емоційних патернів та реакцій. Воно є основою для ефективного самокерування та прийняття усвідомлених рішень, наприклад, людина знає, що її «слабким місцем» є публічні виступи, і заздалегідь готується до них, відпрацьовуючи матеріал та використовуючи техніки релаксації, щоб мінімізувати стрес.

Соціальна підтримка та розвинені соціальні зв'язки – це здатність будувати та підтримувати міцні, значущі стосунки, звертатися за допомогою до інших та надавати її. Наявність надійної соціальної підтримки є одним з найпотужніших факторів захисту від негативних наслідків стресу та травматизації [17]. Наприклад: після важкого робочого дня людина ділиться

своїми переживаннями з близьким другом або членом сім'ї, відчуваючи полегшення та розуміння.

Навички вирішення проблем – вміння аналізувати складні ситуації, розробляти ефективні плани дій та послідовно їх реалізовувати. Це практичний аспект копінг-стратегій, що дозволяє активно впливати на обставини. Наприклад: зіткнувшись з фінансовими труднощами, людина не панікує, а складає план скорочення витрат, шукає додатковий заробіток та консультується з фахівцем.

Наявність сенсу та мети в житті – чітке розуміння своїх цінностей, наявність життєвих цілей, що виходять за межі особистих інтересів. Це дає внутрішню опору, мотивацію та відчуття призначення навіть у найважчі часи, сприяючи посттравматичному росту. Наприклад: волонтер, який допомагає іншим, знаходить глибокий сенс у своїх діях, що допомагає йому долати власні труднощі та відчувати задоволення від життя.

Ці **компоненти резильєнтності** не є вродженими, але можуть бути свідомо розвинені та зміцнені протягом життя.

Питання 12.3. Фактори, що впливають на розвиток резильєнтності особистості.

Резильєнтність формується під впливом складної взаємодії генетичних, індивідуальних, сімейних, соціальних та культурних факторів. Ці фактори відіграють вирішальну роль у здатності особистості до адаптації та відновлення після стресових чи травматичних подій, зменшуючи вплив факторів ризику. Охарактеризуємо їх.

1. Індивідуальні фактори.

Генетична схильність та темперамент. Деякі люди від природи мають більш стабільну нервову систему, високий поріг чутливості до стресу або більш позитивний темперамент, що може полегшувати формування резильєнтності.

Попередній досвід подолання. Успішний досвід подолання минулих труднощів формує відчуття компетентності, самодостатності та віри у власні сили, що є важливим фактором захисту.

Розвинені копінг-стратегії. Наявність різноманітних та гнучких способів справлятися з емоціями та проблемами, що виникають у стресових ситуаціях.

Фізичне здоров'я. Гарний фізичний стан, повноцінний сон, збалансоване харчування, регулярна фізична активність є фундаментом для підтримки психічної стійкості. Л. Наугольник [25] у своїй праці з психології стресу наголошує на важливості фізичного благополуччя.

Вік. Зрілість, досвід та мудрість, накопичені з віком, можуть сприяти більшій резильєнтності.

2. Сімейні фактори.

Надійна прив'язаність та підтримуючі стосунки в дитинстві. Формування надійної прив'язаності з батьками або основними опікунами є потужним фактором захисту, що забезпечує дитині відчуття безпеки, довіри до світу та базу для розвитку здорової самооцінки.

Стабільне та підтримуюче домашнє середовище. Наявність чітких правил, емоційної підтримки, почуття безпеки та любові в сім'ї.

Позитивні сімейні цінності та моделі. Приклади резильєнтності та успішного подолання труднощів від старших членів родини.

3. Соціальні/Середовищні фактори.

Доступ до соціальної підтримки. Можливість отримати допомогу та підтримку від друзів, колег, розширеної родини або громади. Це знижує відчуття ізоляції, надає відчуття приналежності та посилює відчуття безпеки. У психологічному супроводі особистості в умовах війни [18] наявність соціальної підтримки є життєво необхідною.

Якісна освіта та можливості для навчання. Освіта розширює світогляд, надає знання та навички для адаптації та доступу до ресурсів.

Наявність ресурсів. Доступ до необхідних матеріальних, фінансових, інформаційних ресурсів та інфраструктури.

Позитивні соціальні моделі. Наявність менторів, вчителів або інших дорослих, які демонструють ефективні стратегії подолання труднощів.

4. **Культурні та духовні фактори.**

Культурні цінності та традиції. Деякі культури виховують у своїх членах особливу стійкість, колективізм, оптимізм або вміння знаходити сенс у випробуваннях.

Духовні та релігійні практики. Віра, молитва, медитація, приналежність до релігійної громади можуть надавати значну опору, відчуття мети та допомагати в процесі відновлення.

Взаємодія цих факторів захисту є ключовою для формування та підтримки психологічної резильєнтності, дозволяючи індивіду не лише виживати, але й процвітати в умовах випробувань.

Питання 12.4. Практичні стратегії та вправи для розвитку резильєнтності на індивідуальному та колективному рівнях.

Резильєнтність не є статичною рисою, а динамічним ресурсом, який можна свідомо розвивати та зміцнювати протягом життя. Це потребує цілеспрямованих зусиль та застосування різноманітних стратегій, які охоплюють індивідуальні дії та системні підходи на колективному рівні.

Індивідуальні стратегії та вправи для розвитку резильєнтності.

1. **Розвиток самоусвідомлення:**

Вправа «Щоденник емоцій та рефлексії»: Щоденно записуйте свої почуття, думки та реакції на події. Аналізуйте, що викликало ті чи інші емоції, як ви на них реагували і чи були ці реакції ефективними. Це допомагає краще розуміти власні патерни та підвищує контроль.

Приклад кейсу: Сергій, який переживає постійний стрес на роботі, починає вести щоденник. Він помічає, що більшість його негативних реакцій

викликані не самою роботою, а його власним прагненням до перфекціонізму. Це усвідомлення дозволяє йому розпочати роботу над зміною мислення.

2. Тренування емоційної саморегуляції.

Дихальні вправи: Використання глибокого діафрагмального дихання (наприклад, «дихання за квадратом» – вдих 4, затримка 4, видих 4, затримка 4) для швидкого заспокоєння. Наугольник (2015) та Остопольць (2003) підкреслюють ефективність таких технік для саморегуляції.

Майндфулнес (практики усвідомленості): Регулярна практика присутності «тут і зараз» без осуду. Це може бути медитація усвідомленості, усвідомлене споживання їжі, усвідомлена прогулянка, практичні вправи для саморегуляції стресових станів.

Приклад кейсу: Олена, яка страждає від гіперзбудженості та тривоги, починає щодня практикувати 10-хвилинні сесії майндфулнес-медитації. Через кілька тижнів вона помічає, що краще контролює свої емоції та її реакції на стрес стають менш інтенсивними.

Розвиток позитивного мислення та оптимізму.

Вправа «Три речі, за які я вдячний». Щодня записуйте три нові речі, за які ви відчуваєте вдячність. Це допомагає перефокусувати увагу з негативу на позитив, зміцнюючи оптимізм.

Когнітивна реструктуризація. Навчання ідентифікації та зміні негативних, ірраціональних думок на більш реалістичні та конструктивні. За словами Ярош Н. (2018), це допомагає «перенавчити» мозок на позитивне мислення [44].

Приклад кейсу: Дмитро, схильний до катастрофізації подій, починає щовечора записувати три позитивні події дня. З часом він помічає, що його загальний настрій покращується, і він легше знаходить рішення у складних ситуаціях.

3. Будівництво сильних стосунків та активний пошук соціальної підтримки.

Активна взаємодія. Регулярне спілкування з родиною, друзями. Не соромтеся звертатися за допомогою, коли її потребуєте, і надавати підтримку іншим. Соціальна підтримка є одним з найважливіших факторів захисту [17, 18].

Приклад кейсу: Після пережитої травми, Марія відчувала ізоляцію. Вона свідомо почала відвідувати групу підтримки для тих, хто пережив схожий досвід. Обмін історіями та взаємна підтримка допомогли їй відчутти себе менш самотньою та почати відновлення.

4. **Постановка реалістичних цілей та рух малими кроками.**

Вправа «Дрібні перемоги»: Визначаєте невеликі, досяжні цілі щодня або щотижня. Кожне досягнення, навіть найменше, зміцнює відчуття компетентності та віри у власні сили, підвищуючи самоефективність.

Приклад кейсу: Іван, який переживає період невизначеності, ставить собі за мету щодня робити одну справу, яку він раніше відкладав. Це допомагає йому відновити відчуття контролю та підвищити продуктивність.

Колективні та організаційні стратегії для розвитку резильєнтності.

1. **Створення підтримуючих спільнот та середовищ.**

Програми розвитку команди та лідерства. Навчання лідерів емпатії, ефективній комунікації та створенню психологічно безпечного середовища сприяє формуванню атмосфери довіри, де люди не бояться звертатися за допомогою.

Організація груп взаємодопомоги, де люди зі схожим досвідом можуть обмінюватися ним та надавати підтримку.

Приклад кейсу: У військовому підрозділі впроваджено систему «рівний-рівному», де досвідченіші військові навчають молодших навичкам стресостійкості та підтримують один одного в складних ситуаціях, що є важливим аспектом психологічного супроводу особистості в умовах війни.

2. **Проведення програм психоедукації та тренінгів.**

Систематичне інформування про природу стресу, психологічної травми та резильєнтності. Проведення практичних тренінгів з розвитку копінг-

стратегій, саморегуляції, емоційного інтелекту. Це підвищує обізнаність та надає конкретні інструменти.

Приклад кейсу: На підприємстві, працівники якого часто стикаються зі стресовими ситуаціями, впровадили регулярні психоедукаційні семінари, де навчають технікам релаксації, управління емоціями та гнучкості мислення. Це знижує рівень дистресу та покращує психологічний клімат.

3. **Забезпечення доступу до ресурсів та професійної допомоги.**

Створення легкодоступних механізмів для отримання психологічної, соціальної, медичної та фінансової допомоги. Наявність системи направлень до фахівців (психологів, психіатрів).

Приклад кейсу: У громаді, що постраждала від стихійного лиха, організовано мобільні пункти психологічної допомоги та безкоштовні консультації, що дозволяє людям швидко отримати необхідну підтримку та сприяє їхньому відновленню.

Розвиток **психологічної резильєнтності** є безперервним процесом, що вимагає свідомих зусиль та системного підходу. Він дозволяє індивідам та спільнотам не лише виживати в умовах викликів, але й знаходити в них можливості для посттравматичного зростання та повноцінного, осмисленого життя.

Питання для самоконтролю:

1. Дайте визначення поняттю «психологічна резильєнтність». Чим вона принципово відрізняється від терміну «стресостійкість», і чому резильєнтність вважається динамічним процесом?

2. Поясніть, яким чином оптимізм та позитивне мислення впливають на формування та підтримку резильєнтності. Наведіть приклад практичної вправи, що сприяє розвитку цих якостей.

3. Розкрийте значення саморегуляції та емоційного інтелекту як ключових компонентів резильєнтності.

4. Які психофізіологічні методи саморегуляції можуть бути ефективними у керуванні стресовими станами?
5. Яке значення має гнучкість мислення та адаптивність для резильєнтної поведінки? Наведіть конкретний приклад копінг-стратегії, що демонструє ці якості.
6. Обґрунтуйте, чому соціальна підтримка є одним з найважливіших факторів захисту у розвитку резильєнтності. Як соціальна підтримка проявляється в умовах війни?
7. Назвіть та охарактеризуйте основні індивідуальні фактори, що впливають на розвиток резильєнтності особистості.
8. Опишіть, як сімейні фактори (наприклад, надійна прив'язаність) та соціально-середовищні фактори (наприклад, доступ до ресурсів) сприяють або перешкоджають формуванню резильєнтності.
9. Який вплив мають культурні та духовні фактори на розвиток резильєнтності? Наведіть приклади, як ці аспекти можуть надавати опору в складні часи.
10. Опишіть дві-три індивідуальні стратегії для розвитку резильєнтності. Наведіть приклади їхнього застосування.
11. Як майндфулнес (практики усвідомленості) може бути використаний для підвищення психологічної резильєнтності? Запропонуйте короткий приклад вправи з майндфулнес.
12. Поясніть, що таке посттравматичне зростання і як воно пов'язане з поняттям резильєнтності?
13. Розкрийте роль колективних та організаційних стратегій у розвитку резильєнтності спільноти чи групи.

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Яке з наведених тверджень найбільш точно визначає психологічну резильєнтність?
 - а) вроджена нездатність відчувати стрес та труднощі;

- б) здатність особистості успішно адаптуватися до значних труднощів, відновлюватися після них і навіть зростати;
- в) постійний стан ейфорії незалежно від зовнішніх обставин;
- г) виключно фізична витривалість у стресових ситуаціях.

2. Чим психологічна резильєнтність принципово відрізняється від простої стресостійкості?

- а) резильєнтність – це лише здатність витримувати навантаження, а стресостійкість – відновлюватися;
- б) резильєнтність є динамічним процесом адаптації та можливого посттравматичного росту, тоді як стресостійкість – це переважно здатність витримувати навантаження;
- в) стресостійкість є проактивним процесом, а резильєнтність – реактивним;
- г) між цими поняттями немає суттєвої різниці.

3. Який компонент резильєнтності сприяє виробленню «гормонів щастя» та підтримує позитивний емоційний фон?

- а) соціальна підтримка;
- б) навички вирішення проблем;
- в) оптимізм та позитивне мислення;
- г) гнучкість мислення.

4. Здатність ефективно управляти власними емоціями, думками та імпульсами, що є важливим для резильєнтності, визначається як:

- а) почуття контролю;
- б) емоційний інтелект та саморегуляція;
- в) самоусвідомлення;
- г) гіперпильність.

5. Який компонент резильєнтності дозволяє людині переосмислювати ситуації, знаходити альтернативні рішення та змінювати стратегії поведінки відповідно до обставин?

- а) самодостатність;
- б) проактивність;
- в) гнучкість мислення та адаптивність;
- г) наявність сенсу в житті.

6. Здатність будувати та підтримувати міцні, значущі стосунки, звертатися за допомогою до інших та надавати її, є проявом:

- а) самоусвідомлення;
- б) почуття контролю;
- в) соціальна підтримка;
- г) оптимізму.

7. Наявність чіткого розуміння своїх цінностей та життєвих цілей, що надає внутрішню опору та мотивацію навіть у найважчі часи, відноситься до компонента:

- а) копінг-стратегії;
- б) наявність сенсу та мети в житті;
- в) фізичне здоров'я;
- г) психоедукація.

8. Який з перелічених факторів належить до індивідуальних факторів впливу на розвиток резильєнтності?

- а) стабільне домашнє середовище;
- б) доступ до соціальної підтримки;
- в) генетична схильність та темперамент;
- г) культурні цінності.

9. Що є одним з найпотужніших факторів захисту у розвитку резильєнтності, особливо в умовах війни?

- а) високий рівень інтелекту;
- б) фінансова незалежність;
- в) наявність міцної соціальної підтримки;
- г) постійне уникання конфліктів.

10. Який з наведених підходів є прикладом колективної стратегії для розвитку резильєнтності спільноти?

- а) заохочення індивідуальної конкуренції;
- б) створення підтримуючих спільнот та організація програм психоедукації;
- в) максимальне обмеження інформації про виклики;
- г) приховування емоцій та труднощів.

Список літературних джерел

1. Асонов, Д., & Хаустова, О. (2019). Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 4(4), e0404219–e0404219. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v4i3-4.219>
2. Божук, Б. С., Коростій, В. І., & Поліщук, О. Ю. (2015). Організація допомоги особам, що перенесли екстремальні події, засобами дистанційного психологічного консультування. *Український вісник психоневрології*, 23(2(83)), 106.
3. Варіна, Г. Б., & Шевченко, С. В. (2021). Збереження особистісного благополуччя в умовах турбулентності сучасного суспільства. У *Conference Proceedings of the 2nd International Scientific Online Conference Topical Issues of Society Development in the Turbulence Conditions* (Р. 261–268). Bratislava: The School of Economics and Management in Public Administration in Bratislava. ISBN 978-80-89654-77-2.
4. Вишнівська, Н. В. (2024). Засоби підвищення життєстійкості особистості в умовах війни. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*, (3), 774–786.
5. Герасименко, Л. О., Скрипніков, А. М., & Ісаков, Р. І. (2023). Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. *Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб.* Київ: ВСВ «Медицина». – 120 с.
6. Готич, В. О. (2023). Resiliens, hardiness, психологічна стійкість, життєстійкість: порівняльний аналіз понять у соціально-психологічних дослідженнях. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 34(73), 7–12. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/02>
7. Готич, В. О. (2023). Співвідношення феноменів психологічної стійкості та посттравматичного зростання особистості. *Габітус*, (49), 90–94. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.15>

8. Гоцуляк, Н. Є. (2015). Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки*, (1), 378–390.
9. Грішин, Е. (2021). Резилієнтність особистості: Сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*, (64), 62–81. <https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.04>
10. Даниляк, О., Маринець, С., & Заячківська, О. (2023). Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень. Вилучено з <https://mspsss.org.ua/index.php/journal/article/download/121/102/>
11. Злобіна, О. (2024). Ресурси психологічної стійкості у протидії стресорам війни. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, (4), 111–134.
12. Іванцев, Л., & Іванцев, Н. (2020). Фрустраційна толерантність як показник особистісної стійкості студентів у процесі подолання кризи адаптації до навчання. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, (6), 79–85. <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-12>
13. Карамушка, Л. М. (2022). *Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: метод. рекомендації*. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 52 с.
14. Когут, О. О. (2021). Матриця розвитку стресостійкості особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*, (12), 108–113.
15. Кокун, О. М. (2020). Професійна життєстійкість особистості: аналіз феномена. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія* (Вип. 20, С. 68–81).
16. Кокун, О. М., & Мельничук, Т. І. (2023). *Резилієнс-довідник: практичний посібник*. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 25 с.

17. Кузікова, С. Б. (2023). Життєстійкість як адаптаційний ресурс особистості у реальності невизначеності життя. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*, (2), 24–29.
18. Кузікова, С. Б., Зливков, В. Л., & Лукомська, С. О. (2023). Особливості травмівного досвіду мешканців деокупованих територій України. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*, (9), 228–243. <https://doi.org/10.32999/KSU2663-970X/2023-9-13>
19. Лазос, Г. П. (2018). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Том 3. Консультативна психологія і психотерапія*, (14), 26–64.
20. Льошенко, О., & Кондратьєва, В. (2021). Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання». *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, (10), 105–112.
21. Мельничук, І. Я. (2024). Теоретико-методологічні основи розвитку та корекції резильєнтності. *Наукові записки Центрально-українського державного університету імені Володимира Винниченка. Серія: Психологія*, (2), 82–87.
22. Мілютіна, К. Л., & Гудир, Д. В. (2022). Ефективність використання наративної терапії з метою підвищення резильєнтності молоді. *Габітус*, (44), 34–40. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2022.44.5>
23. Мостова, Т. О. (2019). Професійна фрустрація як психологічний стан особистості. *Сучасні технології розвитку людини в інтегрованому суспільстві: Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції* Миколаїв: ММІРЛ Університету «Україна». 269–272.
24. Мостова, Т. О. (2024). Психологічні умови подолання професійної фрустрованості вчителів початкової школи в процесі реформування освіти. (Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії: 19.00.07). Запоріжжя.
25. Наугольник, Л. Б. (2015). *Психологія стресу: підручник*. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 324 с.

26. Новак, А. (2023). Фрустраційна толерантність. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*, 5(61), 12–17. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2023.5.2>
27. Орос, М. М., & Гал, А. В. (2021). Стрес, дистрес, його види та корекція. *Ліки України*, 7(253), 32–35.
28. Остополец, І. Ю. (2003). Діагностика та психокорекція професійних фрустрацій вчителя. (Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук: 19.00.07). Східноукраїнський національний ун-т ім. В. Даля.
29. Остополец, І. Ю. (2020). Особливості застосування техніки MIND MAPPING у вивченні психології. У О. М. Тогочинський (Ред.), *Актуальні питання теорії та практики в галузі права, освіти, соціальних та поведінкових наук – 2020: матеріали міжнар. наук.-практ. конф.* Чернігів: Академія ДПіТС. (1), 34–37.
30. Остополец, І., & Короцінська, Ю. (2023). Нейропсихологічні основи емоційної саморегуляції в підлітковому та юнацькому віці. У V. Smachylo & O. Nestorenko (Eds.), *Modern approaches to ensuring sustainable development*. Katowice: The University of Technology in Katowice Press. 356–362.
31. Остополец, І. Ю., Соломаха, А. С., Кучеренко, Н. С., & Кучеренко, С. М. (2025). Дистанційне навчання як чинник професійного вигорання педагогів. *Psychology Travelogs*, (1), 43–253. <https://pt.khmnmu.edu.ua/index.php/pt/issue/view/14>
32. Овчаренко, О. Ю. (2023). *Психологія стресу та стресових розладів*: навч. посіб. Київ: Університет «Україна». – 266 с.
33. Пузирьов, Є. В., & Ізвеков, В. В. (2023). Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Вчені записки Таврійського національного університету імені ВІ Вернадського*, 34(73), 203–209.
34. Руда, Т. (2018). Стрес та стресостійкість у підлітків. *Спортивний вісник Придніпров'я*, (2), 122–129.

35. Салига, Ю., Сабо, Ш., Сабо, К., & Заячківська, О. (2019). Стрес: від Ганса Сельє до сьогодні. *Праці наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки*. Львів: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. 57(2), 157–160.
36. Сахарова, К. О. (2022). Життестійкість як складова відновлення психічного здоров'я. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, (3), 123–128.
37. Теренда, Н. О., Павлів, Т. Б., & Теренда, О. А. (2021). Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (2), 29–33.
38. Ушакова, І. М. (2022). Психопрофілактика виникнення гострих стресових розладів у працівників ДСНС України під час війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (2), 95–99.
39. Фалько, Н. М., Остополець, І. Ю., & Шарапова, Ю. В. (2024). Толерантність до невизначеності в контексті життестійкості особистості. *Габітус*, (59), 57–61. <http://habitus.od.ua/journals/2024/59-2024/59-2024.pdf>
40. 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
41. Шевченко, Н. Ю. (2021). *Адаптація до умов війни через розвиток життєстійкості*. Запоріжжя: Видавництво ЗНУ. – 190 с.
42. Якимчук, О. (2021). Психологічні особливості професійного вигорання особистості. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*, 110–119.
43. Ясточкіна, І. А. (2018). Інтернет-консультування як нова технологія в психолого-педагогічній практиці. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія: Соціальна робота. Соціальна педагогіка*, (25), 66–72.

44. Ярош, Н. С. (2018). Саногенне мислення як чинник стрес-долаючої поведінки особистості. У *Modernization of educational system: world trends and national peculiarities: International scientific conference. Conference Proceedings* Kaunas, 175–179.
45. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in traumaexposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.5.748>
46. Cannon, W. B. (1939). *The Wisdom of the Body*. New York: WW Norton and Company.
47. Eagle, G., & Kaminer, D. (2013). Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 85.
48. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
49. Grygorenko, Z., & Naydonova, G. (2023). The Concept of «Resilience»: History of Formation and Approaches to Definition. *Public Administration and Law Review*, (2), 76–88. <https://doi.org/10.36690/2674-5216-2023-2-76-88>
50. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
51. Matheny, K., Aycok, D. W., Hung, J. L., Cutlette, W. L., & Silva-Cannella, K. A. (1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist*, 14, 499–549.
52. 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>
53. Ostopolets, I. (2024). Psychocorrection of teacher's frustration using the means of deep psychological cognition of the psyche. У I. Ostopolets, H. Varina, &

O. Kovalova (Eds.), *Preservation of mental health and actualization of individual resilience in conditions of uncertainty*. Opole: The Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole. – P. 222–241.

54. Ostopolets, I., Sytnik, S., Stepanova, S., & Wierzbik-Strońska, M. (2022). Digital technologies in the study of psychology. *Digitalization and information society*. (Monograph 53, P. 37–46). Katowice: Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach. ISBN 978-83-963977-6-8.
<https://doi.org/10.54264/M008>

55. Selye, H. (1936). Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138.

56. Selye, H. (б.д.). Stress Without Distress. Philadelphia. Вилучено з https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-2238-2_9

57. Ungar, M. (2018). Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*, 23(4):34.
<https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>

58. Widemann, K. (2015). Occupational Stress and Frustration: An Integrative Approach. *International Journal of Organizational Psychology*, 10(4), 329.

Глосарій

• **Адаптація** (від лат. *adaptatio* – пристосування) – процес пристосування організму або особистості до мінливих умов середовища, що забезпечує їхнє виживання, функціонування та розвиток. У контексті стресу – це здатність особистості пристосовуватися до стресогенних факторів.

• **Адаптаційний синдром загальний (ЗАС)** – неспецифічна сукупність фізіологічних реакцій організму у відповідь на будь-який сильний подразник (стресор), що включає стадії тривоги, резистентності (опору) та виснаження. Концепція Г. Сельє.

• **Агресія** (від лат. *aggressio* – напад) – форма поведінки, спрямована на заподіяння шкоди, фізичного або психологічного збитку іншій людині, групі людей або об'єкту, часто є реакцією на фрустрацію.

• **Афіліація** – потреба людини в налагодженні, збереженні і зміцненні добрих стосунків з людьми.

• **Вигорання емоційне (професійне)** – синдром, що виникає як відповідь на тривалий професійний стрес, особливо в комунікативних професіях, і характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією (цинічним ставленням до суб'єктів праці) та редукцією особистих досягнень.

• **Віра** – прийняття чогось за істину, яка не потребує перевірки, доказів. Це особливий стан психіки людини, що полягає в повному і беззастережному прийнятті нею будь-яких повідомлень, текстів, явищ, подій або власних уявлень і висновків, які надалі можуть виступати основою її «Я», визначати її вчинки, судження, норми поведінки і взаємини. Віра -духовне явище, яке пов'язане з роботою інтелекту. Вона здатна змінити життя, якщо пов'язана з переконаннями, настановами буття, з певною системою цінностей.

• **Гнучкість мислення** – здатність швидко адаптувати свої когнітивні стратегії, переходити від одних способів мислення до інших, змінювати установки та підходи у відповідь на мінливі обставини або нову інформацію. Є важливим ресурсом стресостійкості.

• **Дезадаптація** – порушення або відсутність адекватних механізмів пристосування до умов середовища, що призводить до дисфункції організму або особистості, погіршення їхнього стану та зниження ефективності діяльності.

• **Депресивний стан** – афективний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, зміною мотиваційної сфери, когнітивних (пов'язаних із пізнанням) уявлень і загальної пасивності поведінки. Суб'єктивно людина в стані депресії відчуває важкі, негативні емоції і почуття - пригніченість, сум, відчай.

• **Дистрес** – негативна форма стресу, що виникає, коли інтенсивність або тривалість стресової ситуації перевищує адаптаційні можливості організму, призводячи до дезадаптивних змін та шкоди для здоров'я.

• **Емоційне виснаження** – один з основних компонентів синдрому вигорання, що проявляється у відчутті спустошеності, втраті енергії, втомі та перевантаженні емоційними ресурсами.

• **Емпатія** (лат. *empathia* - співпереживання) – 1) емоційна чуйність, здатність людини до емоційного відгуку, співчуття, співпереживання, спільної радості, до розуміння внутрішнього стану інших людей; 2) пізнання людиною внутрішнього світу інших людей (емоційна проникливість, психологічне налаштування), яке здійснюється за межами раціонального компонента.

• **Еустрес** – позитивна або «корисна» форма стресу, що мобілізує ресурси організму для досягнення цілей, підвищує активність та продуктивність, не завдаючи шкоди здоров'ю.

• **Інтеграція** (*integratio* - відновлення, відтворення, *integer* - цілісний) – ознака автентичної особистості, яка по-справжньому реально функціонує, знає відмінності між відчуттями і фантазіями, між своїми потребами і бажаннями інших. Така людина діє згідно з власною глибинною мудрістю, не вимагаючи від людей підкорення або відповідності власним очікуванням. Інтеграція особистості означає, що вона усвідомлює свої потреби та бере відповідальність за їхню реалізацію, узгоджує свої бажання з наявними

можливостями, вибудовує своє «Я - ідеальне» узгоджено з «Я - реальним» і професійною моделлю.

• **Когнітивний** (лат. *cognitio* - знання, пізнання) **дисонанс** (лат. *diso*-по - різноголосий) – емоційний стан, який виникає, коли в людини одночасно є деякі настанови або знання, що не узгоджуються між собою, або якщо виникає конфлікт переконання і зовнішньої поведінки.

• **Когнітивні оцінки** – процес інтерпретації та оцінки особистістю значущості події або ситуації, потенційної небезпеки або сприятливості, а також власних ресурсів для її подолання. Відіграють ключову роль у формуванні стресової реакції.

• **Копінг-стратегії** (від англ. *coping* – долати, справлятися) – свідомі та цілеспрямовані дії особистості, спрямовані на подолання стресових ситуацій, зменшення їх негативного впливу або пристосування до них. Можуть бути проблемно-орієнтованими або емоційно-орієнтованими.

• **Криза** – стан душевного розладу, викликаний невдоволенням собою, своїми успіхами, взаєминами з людьми. Криза ідентичності - неможливість ототожнити себе в соціальному плані, конфлікт ролевих настанов, суперечливість смислотворних життєвих цінностей.

• **Локус** (лат. *locus* - місце, місцеположення) **контролю** (фр. *controle* - перевірка) – якість, яка характеризує схильність людини приписувати відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім силам або власним здібностям і зусиллям.

• **Майндфулнес (усвідомленість)** – практика цілеспрямованого, безоцінного спрямування уваги на теперішній момент, на власні думки, почуття, тілесні відчуття та навколишнє середовище. Використовується для зниження стресу та розвитку саморегуляції.

• **Мудрість** – найвищий прояв глибини розуму, що спирається на багате і добре організоване знання фактів та інструментальне знання про різні життєві контексти.

• **Невротичні розлади** – група психічних розладів, що характеризуються функціональними порушеннями психічної діяльності (тривога, фобії, obsесії, депресивні стани), пов'язаними з психогенними факторами та конфліктами, і які часто є наслідком тривалого стресу або фрустрації.

• **Особистісні ресурси** – індивідуальні психологічні характеристики, здібності, навички та установки особистості, які допомагають їй ефективно справлятися зі стресом, фрустрацією та іншими життєвими труднощами (наприклад, оптимізм, самооцінка, соціальна підтримка, резильєнтність).

• **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** – психічний розлад, що виникає внаслідок переживання або свідчення травматичної події, що загрожувала життю або здоров'ю, і проявляється повторним переживанням травми (флешбеки, кошмари), уникненням, негативними змінами в мисленні та настрої, а також підвищеною реактивністю.

• **Посттравматичний ріст (зростання)** – позитивні психологічні зміни, які можуть відбутися в особистості внаслідок переживання значної травматичної події, що включають підвищення особистісної сили, поліпшення стосунків з іншими, зміну життєвих пріоритетів та глибше усвідомлення сенсу життя.

• **Психічна напруженість** – стан мобілізації психічних ресурсів організму у відповідь на вимоги ситуації, що може бути як адаптивним, так і дезадаптивним залежно від її інтенсивності та тривалості.

• **Психоедукація** – процес надання інформації та навчання навичкам, пов'язаним із психічним здоров'ям, певним психічним розладом або стресом, з метою підвищення обізнаності, самодопомоги та ефективного подолання труднощів.

• **Психологічна допомога** – система заходів, спрямованих на підтримку, корекцію та розвиток психічного здоров'я особистості, подолання кризових станів та адаптацію до складних життєвих ситуацій.

• **Психологічна резильєнтність (життєстійкість)** – динамічна здатність особистості успішно адаптуватися до значних труднощів, травм, стресів або

загроз, відновлюючись після них та розвиваючись. Включає в себе прихильність, контроль, прийняття виклику.

- **Психологічна саморегуляція** – свідомо діяльність особистості з управління своїми психічними станами, емоціями, поведінкою та когнітивними процесами з метою досягнення бажаних результатів та підтримання внутрішньої рівноваги.

- **Психопрофілактика** – комплекс заходів, спрямованих на попередження психічних розладів, збереження та зміцнення психічного здоров'я, формування стресостійкості та адаптивних механізмів у особистості.

- **Самореалізація** – розгортання оптимальних здібностей людини у різних видах людської діяльності; рівень розвитку, якого досягає людина від моменту народження; це свідоме прагнення до реалізації своїх можливостей.

- **Саморегуляція** – вміння керувати своїм енергетичним потенціалом, контроль над емоціями, збереження здатності критично мислити, вирішувати в критичній ситуації.

- **Сенс життя** – психічне утворення особистості, зумовлене привласненням змісту трансцендентних цінностей.

- **Соціальна інгібіція** – утримання, пригнічування активності, гальмування поведінки і діяльності під впливом інших людей.

- **Стрес** (від англ. stress – тиск, напруга) – неспецифічна реакція організму у відповідь на будь-яку вимогу (стресор), що є фізіологічною та психологічною мобілізацією ресурсів для адаптації.

- **Стресор** – будь-який фактор зовнішнього або внутрішнього середовища, що викликає стресову реакцію в організмі. Може бути фізичним, психологічним, соціальним.

- **Стресостійкість** – індивідуальна характеристика особистості, що виражається у здатності зберігати високий рівень психічної та фізичної функціональності в умовах дії стресорів, ефективно долати труднощі та відновлюватися після стресових впливів.

• **Толерантність** – відсутність (або послаблення) реагування на конфліктогенний фактор; поблажливість, терпимість до чийхось думок, поглядів, вірувань тощо.

• **Фрустрація** (від лат. frustratio – обман, марне очікування, розлад) – психічний стан, що виникає в ситуації неможливості задоволення потреби, досягнення мети або реалізації наміру, і супроводжується комплексом негативних емоцій (гнів, роздратування, розчарування, тривога, відчай).

• **Фрустраційна толерантність** – здатність особистості витримувати ситуації фрустрації без деструктивних поведінкових або емоційних реакцій, зберігаючи конструктивність мислення та діяльності.

• **Цинізм** – нахабна, безсоромна поведінка, відсутність справжньої внутрішньої культури, неповага до людей і суспільства.

• **Ціннісні орієнтації** – стійкі й відносно незмінні переконання особистості щодо того, що є важливим і бажаним у житті, які слугують критеріями для вибору поведінки та цілей. У стресових ситуаціях можуть бути опорою для збереження ідентичності та пошуку сенсу.