

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., професор Асєєва Ю.О.

(підпис)

« ____ » _____ 2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Практична психологія» _____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА РІВЕНЬ
ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У МОЛОДІ»**

Виконавець:

здобувачка 2 курсу бзф12 групи
факультету ЦЗФН
_____ Донченко Наталя Євгенівна
/підпис/

Науковий керівник

Доцент кафедри МППП
к. філ. н., доцент
_____ Ковальська Наталля Аркадіївна
/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	11
1.1. Сутність і трансформація уявлень про психічне здоров'я у глобальному контексті.....	11
1.2. Глобальні детермінанти негативного впливу на ментальне здоров'я.....	19
1.3. Психологічні механізми виникнення тривожності та депресії у вразливих соціальних групах під впливом екстремальних подій.....	32
Висновки до першого розділу.....	44
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У МОЛОДІ.....	47
2.1. Організація та методика дослідження.....	47
2.2. Результати діагностики рівня тривожності та депресії.....	50
2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків.....	64
Висновки до другого розділу.....	68
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МОЛОДІ.....	72
3.1. Принципи психологічної допомоги та підтримки молоді в умовах війни.....	72
3.2. Моделі профілактики та підтримки психічного здоров'я молоді.....	79
Висновки до третього розділу	90
ВИСНОВКИ	93
СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	101
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	102
ДОДАТКИ	113

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Війна як соціально-психологічне явище є одним із найпотужніших чинників дестабілізації психіки людини. Вона створює умови, що виходять за межі звичного життєвого досвіду, провокуючи переживання страху, втрати контролю, небезпеки, безпорадності, а також руйнування базового відчуття безпеки. У таких умовах зростає ймовірність розвитку тривожних і депресивних станів, особливо серед соціально вразливих груп населення, передусім молоді, яка перебуває на етапі становлення особистісної ідентичності, світогляду та життєвих орієнтирів.

З початком повномасштабної війни в Україні (2022 р.) різко зросла кількість звернень молодих людей із симптомами хронічної тривоги, емоційного виснаження, депресії, безсоння, відчуття ізоляції й безнадії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 25 % населення, що перебуває у зоні бойових дій, демонструє симптоми посттравматичних і депресивних розладів, а серед осіб віком 18–25 років ці показники є ще вищими [3]. Подібну тенденцію підтверджують і українські дослідження: Ю.О. Асєєва, Н.О. Марута, Т.М. Титаренко, О.О. Хаустова, А.М. Яцишина та ін., які фіксують зростання рівня емоційної напруги та порушення адаптаційних механізмів у молодіжному середовищі.

Молодь у період воєнних дій стикається з низкою стресогенних факторів: втратою соціальних зв'язків, вимушеним переселенням, економічною нестабільністю, невизначеністю майбутнього, надмірним інформаційним навантаженням, а також кризою життєвих сенсів. Усе це формує складний психоемоційний фон, у якому тривожність і депресія стають не лише реакцією на травматичну реальність, а й стійкими особистісними станами, що впливають на успішність навчання, міжособистісні стосунки, професійне самовизначення та здатність до саморегуляції.

Актуальність дослідження зумовлена потребою глибшого наукового розуміння психологічних механізмів реагування молоді на воєнну реальність,

виявлення чинників ризику та захисних ресурсів, а також розроблення практичних рекомендацій для фахівців, що працюють у сфері ментального здоров'я, освіти та молодіжної політики.

Попри наявність окремих досліджень, питання саме впливу воєнних подій на рівень тривожності й депресії серед української молоді залишається недостатньо вивченим. Особливо потребують уточнення психологічні предиктори стійкості й адаптивності в цій віковій групі, кореляційні зв'язки між соціальними, емоційними й когнітивними характеристиками, а також роль соціальної підтримки у зниженні тривожності та профілактиці депресивних станів.

Отже, вибір теми зумовлений поєднанням соціальної значущості, наукової новизни та практичної потреби у виробленні ефективних психопрофілактичних стратегій, спрямованих на збереження ментального здоров'я молодого покоління України під час та після війни.

Мета дослідження – визначити психологічні особливості впливу воєнних дій на рівень тривожності та депресії у молоді, окреслити напрями психологічної підтримки та профілактики емоційних порушень у даній віковій групі.

Об'єкт дослідження – психічні стани молоді в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження особливості впливу війни на рівень тривожності та депресії у молоді

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-теоретичні підходи до вивчення феноменів тривожності та депресії, зокрема в умовах соціальних криз і воєнних конфліктів.

2. Розкрити психологічні особливості впливу війни як стресогенного чинника на психічні стани молоді.

3. Емпірично дослідити особливості впливу війни на рівень тривожності та депресії у молоді

4. Розглянути та проаналізувати сучасні психологічні стратегії подолання тривожно-депресивних станів у молоді

Методологія та методи дослідження. Методологічною основою дослідження стали положення сучасної психологічної науки про системний, особистісно-орієнтований і діяльнісний підходи до вивчення психічних явищ у кризових умовах. В основі дослідження покладено постулати наукових концепцій та теорій: концепції стресу (Г. Сельє, Р. Лазарус, С. Фолкман), теорія когнітивної оцінки (А. Бек, А. Елліс), а також гуманістичні уявлення про внутрішні ресурси особистості (К. Роджерс, А. Маслоу).

Теоретичні засади нашого дослідження спираються на: психодинамічний підхід (З. Фрейд, К. Юнг) в рамках розуміння несвідомих механізмів захисту та глибинних емоційних реакцій на травму; когнітивно-поведінкову парадигму (А. Бек, А. Бандура, Д. Мейхенбаум) – в процесі вивченні взаємозв'язку мислення, емоцій і поведінкових стратегій у стані тривоги та депресії; екзистенційно-гуманістичний підхід (В. Франкл, К. Роджерс) – піл час розкриття сенсових аспектів переживання війни, пошуку внутрішньої опори; ресурсно-копінгову концепцію стійкості (С. Хобфол, К. Ріф, Т. Тейлор), що пояснює індивідуальні відмінності у психологічній витривалості молоді під час екстремальних подій.

Методологічний фундамент дослідження також спирається на основні принципи загальної психології: детермінізму – розуміння психічних станів як результату взаємодії внутрішніх і зовнішніх чинників; цілісності – розгляд особистості як єдності когнітивної, емоційної та поведінкової сфер; гуманізму та етичності – визнання суб'єктності та гідності особистості, дотримання принципів добровільності, конфіденційності й психологічної безпеки учасників.

Методи дослідження. Вибір методів дослідження зумовлений його метою, завданнями та об'єктом. Для досягнення поставленої мети було використано комплекс методів теоретичного та емпіричного рівнів, які забезпечили всебічне вивчення проблеми.

На теоретичному етапі дослідження застосовувалися наступні методи: аналіз і узагальнення наукової літератури з проблеми тривожності, депресії, психотравми та впливу війни на психіку молоді; систематизація теоретичних підходів і моделей емоційної адаптації; порівняльно-історичний аналіз досліджень у сфері ментального здоров'я молоді під час воєнних конфліктів.

На емпіричному етапі було використано такі психодіагностичні методики: Тест BasicPh (М. Лахад) для визначення каналів подолання стресових ситуацій [1, 11, 16]; Шкала депресії Бека (BDI) для оцінки наявності та ступеня депресивних симптомів [1, 43]; Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI) для визначення ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності [1, 11, 33, 37]; Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхан; адаптація Н.А. Сирота, В.М. Ялтонський) [1, 11, 33].

Для обробки отриманих даних було застосовано комплекс методів кількісного та якісного аналізу, зокрема описову статистику, порівняльний та кореляційний аналіз (за Пірсоном). Графічна інтерпретація була використана з метою побудови гістограм, діаграм, таблиць для візуалізації отриманих результатів. Якісний аналіз дозволив надати адекватну інтерпретацію індивідуальних профілів та узагальнити типові психологічні стани. Статистичні розрахунки виконувалися за допомогою програмного пакету SPSS, що дало змогу виявити статистично значущі зв'язки між основними досліджуваними показниками.

Вибірку дослідження склали: Емпіричне дослідження проводилося серед студентської молоді віком від 18 до 24 років, у дослідженні прийняли участь 85 осіб, із них 45 осіб жіночої статі та 40 осіб чоловічої статі.

Загалом дослідження здійснювалося з дотриманням етичних норм: усі учасники були поінформовані про цілі дослідження, принципи конфіденційності та добровільності участі, що відповідає загальноприйнятим стандартам психологічної практики.

Теоретична значимість дослідження полягає у поглибленні наукового розуміння психологічних механізмів впливу війни як екстремального соціально-психологічного чинника на емоційні стани молоді, зокрема тривожність та депресію. Робота узагальнює та систематизує сучасні підходи до вивчення цих феноменів у контексті суспільних криз і воєнних подій, поєднуючи когнітивно-поведінкові, гуманістичні, екзистенційні й ресурсно-адаптаційні концепції.

У межах дослідження здійснено наукове уточнення змісту понять «тривожність» і «депресія» як психічних станів, що мають не лише клінічну, а й соціально-психологічну природу. Показано, що в умовах війни ці стани набувають нових семантичних відтінків, пов'язаних із переживанням втрати безпеки, контрольованості, стабільності майбутнього та життєвих орієнтирів.

Теоретично обґрунтовано положення про те, що війна змінює структуру емоційної регуляції особистості, знижує рівень когнітивного контролю над афективними реакціями, актуалізує базові страхи (смерті, втрати, покинутості) та сприяє формуванню хронічного дистресу. Водночас зазначено, що на тлі цих процесів активізуються адаптивні й компенсаторні механізми: копінг-стратегії, психологічний захист, соціальна підтримка, духовні та ціннісні орієнтири, які можуть виступати ресурсами збереження психічного здоров'я.

У роботі розширено існуючі уявлення про психологічну вразливість молоді як вікової категорії, що поєднує риси гнучкості, відкритості до досвіду й водночас нестабільності емоційної сфери. Показано, що у період воєнних подій саме молоді люди частіше демонструють коливання між адаптацією та емоційним виснаженням, що вимагає цілісного системного підходу до їхнього психологічного вивчення.

Результати дослідження поглиблюють наукове розуміння психологічних наслідків війни для молодіжного середовища, розкриваючи діалектику між деструктивними (тривожність, апатія, безнадійність) та конструктивними (активність, соціальна згуртованість, пошук сенсу) проявами психічного реагування.

Отже, теоретична значимість полягає у: розширенні наукових уявлень про структуру та динаміку тривожно-депресивних станів у контексті воєнного досвіду; обґрунтуванні взаємозалежності між соціальними, когнітивними та емоційними детермінантами психічного здоров'я молоді; поглибленні міждисциплінарного розуміння феномену психологічної адаптації особистості у кризових умовах; внеску у розвиток концептуальних підходів до психологічної підтримки молодого покоління в умовах збройних конфліктів.

Практична значущість роботи полягає у можливості безпосереднього застосування отриманих результатів у діяльності психологів, педагогів, соціальних працівників, волонтерів і фахівців, що працюють у сфері психічного здоров'я молоді під час війни. Розроблені на основі емпіричних даних висновки дозволяють оптимізувати діагностичну, консультативну та профілактичну роботу, спрямовану на зниження рівня тривожності та запобігання розвитку депресивних станів у молодіжному середовищі.

Отримані дані можуть бути використані для: розроблення скринінгових програм раннього виявлення тривожних і депресивних проявів серед студентів, волонтерів, внутрішньо переміщених осіб; побудови індивідуальних планів психокорекційної роботи, що враховують соціальні й особистісні чинники ризику; створення ресурсних програм психоемоційної стабілізації, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, усвідомлення власних емоцій і формування конструктивних копінг-стратегій.

Результати дослідження можуть бути інтегровані у практику освітніх закладів у таких напрямках, як: підготовка й проведення тренінгів та семінарів для студентів і викладачів з тематики емоційної витривалості, стрес-менеджменту, профілактики вигорання; створення психологічних хабів і кризових центрів підтримки студентів у закладах вищої освіти; впровадження у навчальний процес освітніх модулів із психології стресу, ментального здоров'я та самодопомоги.

Отримані результати мають цінність для організацій, які реалізують програми допомоги внутрішньо переміщеним особам, молодим ветеранам,

волонтерам та цивільним особам, що постраждали від війни. На їхній основі можуть бути розроблені: короткострокові психоедукаційні кампанії щодо попередження тривожних і депресивних розладів; групові інтервенції на засадах когнітивно-поведінкової, позитивної та тілесно-орієнтованої терапії; інтерактивні онлайн-програми психологічної самопідтримки для молоді (у вигляді чатів, мобільних застосунків, дистанційних курсів).

Результати дослідження можуть бути використані також для: розроблення алгоритмів реагування фахівців психологічних служб ЗВО на випадки підвищеної тривожності, панічних атак чи депресивних симптомів у студентів; створення методичних рекомендацій для психологів, кураторів груп, соціальних педагогів щодо надання первинної психологічної допомоги молоді в кризових станах; впровадження моделей психологічного супроводу молоді під час адаптації до умов воєнного та післявоєнного періодів.

Результати дослідження можуть бути враховані під час реалізації державних і регіональних ініціатив з відновлення та підтримки психічного здоров'я населення України (зокрема, у межах Національної програми «Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка» під патронатом першої леді Олени Зеленської). Отримані дані дозволяють науково обґрунтувати напрями профілактичної роботи, адаптовані до потреб української молоді.

Таким чином, практична значущість дослідження полягає у тому, що його результати можуть бути використані для створення комплексних психологічних програм профілактики, раннього виявлення та подолання тривожно-депресивних станів у молоді, а також сприяти розбудові системи ментального здоров'я в освітньому та соціальному середовищі України в умовах війни та післявоєнної відбудови..

Апробацію дослідження: Асєєва Ю.О., Дідух М.Л. Донченко Н.Є. Психічна резильєнтність молоді в період війни: від симптомів тривожно-депресивних розладів до моделей психологічного відновлення. *Наукові перспективи. Серія психологія*. 2025

Структура та обсяг роботи. Робота складається з трьох розділів та висновків до них, а також загальних висновків, списку умовних скорочень, списку використаних джерел і додатків. Робота містить 9 таблиць та ілюстрована 5 рисунками у виді діаграм. Було використано 104 джерела українських та зарубіжних науковців. Матеріал магістерської роботи викладено на 124 сторінках машинного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Сутність і трансформація уявлень про психічне здоров'я у глобальному контексті

Поняття психічного здоров'я впродовж останніх десятиліть зазнало істотної еволюції, від вузько медичного трактування до цілісного міждисциплінарного підходу, що враховує біологічні, психологічні, соціальні та культурні чинники. У сучасному науковому розумінні психічне здоров'я – це не лише відсутність психічних розладів, а стан внутрішньої рівноваги, саморегуляції та гармонійної взаємодії особистості з навколишнім середовищем.

Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічне здоров'я – це стан добробуту, у якому людина усвідомлює власний потенціал, може справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти [49, 103, 13, 31]. Це визначення підкреслює, що психічне здоров'я – не статичний стан, а динамічний процес, пов'язаний зі здатністю до адаптації, саморозвитку та побудови змістовних соціальних зв'язків.

Психічне здоров'я охоплює емоційне, психологічне та соціальне благополуччя, впливаючи на пізнання, сприйняття, поведінку самоактуалізацію свого інтелектуального та емоційного потенціалу. Психічне здоров'я відіграє вирішальну роль у повсякденному житті людини, коли вона справляється зі стресом, взаємодіє з іншими та робить внесок у життя загалом. Воно також визначає, як людина справляється зі стресом, міжособистісними стосунками та прийняттям рішень.

З позицій позитивної психології, психічне здоров'я розглядається як здатність людини не лише долати труднощі, але й реалізовувати свій потенціал, насолоджуватися життям, відчувати сенс і досягати внутрішнього балансу. У

межах холістичної парадигми воно охоплює емоційне, когнітивне, поведінкове, духовне та соціальне благополуччя, що у сукупності визначає здатність особистості до конструктивної взаємодії зі світом. Таким чином, психічне здоров'я є фундаментом не лише індивідуального щастя, а й соціальної гармонії та громадянської стійкості.

Культурні відмінності, особиста філософія, суб'єктивні оцінки та конкуруючі професійні теорії впливають на те, як визначається «психічне здоров'я». Деякі ранні ознаки пов'язані з проблемами психічного здоров'я, включають подразнення сну, брак енергії, відсутність апетиту, думки про заподіяння шкоди собі чи іншим, самоізоляцію (хоча інтроверсія та ізоляція не обов'язково є шкідливими) та часте зонування [29, 30].

Згідно з Агентством громадського здоров'я Канади, психічне здоров'я – це здатність людини відчувати, думати та діяти таким чином, щоб досягати кращої якості життя, зберігаючи повагу до особистих, соціальних і культурних кордонів. Це визначення робить акцент на взаємозв'язку між індивідуальним досвідом, ціннісною системою та контекстом суспільства, у якому живе людина. Порушення цього балансу створює ризики розвитку психічних розладів, які, у свою чергу, впливають на всі сфери життєдіяльності – від особистісного самовираження до соціальної інтеграції [13].

Сучасна наука розглядає психічне здоров'я як континуум, на якому розташовуються різні рівні емоційного та когнітивного функціонування? від оптимального благополуччя до тяжких клінічних розладів. На одному полюсі континууму – психічне благополуччя, що включає позитивні емоції, самоактуалізацію, емпатію, гнучкість мислення та здатність долати стрес; на іншому – психічні розлади, які супроводжуються стійкими порушеннями когнітивної, емоційної чи поведінкової сфери [97].

Психічні розлади у сучасній науці визначаються як стани, що супроводжуються клінічно значущими порушеннями у сфері когнітивних функцій, емоційної регуляції або поведінки, які пов'язані з дистресом чи зниженням рівня соціального та професійного функціонування [97]. Згідно з

Міжнародною статистичною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), до групи психічних і поведінкових розладів належать афективні стани, зокрема депресивні епізоди, біполярні розлади, генералізована тривожність і посттравматичні стресові порушення [96, 20].

У новій редакції класифікації МКХ-11, психічні, поведінкові та нейророзвиткові розлади описуються як комплекс багатовимірних феноменів, що поєднують біологічні, психологічні та соціальні чинники. Їх діагностика в новій класифікації базується не лише на симптоматиці, а й на принципі функціональної дезадаптації, що дозволяє оцінювати вплив розладу на повсякденне життя людини [6, 95].

У Системі діагностичних і статистичних критеріїв психічних розладів DSM-5, розробленій Американською психіатричною асоціацією, наведено детальні критерії ідентифікації тривожних та депресивних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу, великого депресивного епізоду, дистимії тощо. Представлено детальну типологію тривожних і депресивних розладів, які визначаються не лише як клінічні феномени, а як результат складної взаємодії генетичних, когнітивних і середовищних чинників [6, 41]. подано детальну типологію тривожних і депресивних розладів, які визначаються не лише як клінічні феномени, а як результат складної взаємодії генетичних, когнітивних і середовищних чинників.

Таким чином, МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5 є трьома ключовими класифікаційними системами, що визначають сучасні стандарти діагностики, лікування та наукового аналізу психічних розладів у міжнародному контексті.

За даними ВООЗ, психічні розлади є одним із провідних викликів глобальної системи охорони здоров'я: станом на 2021 рік близько 970 мільйонів людей у світі мають психічний розлад, а велика депресія входить до трійки основних причин захворюваності. При цьому велика депресія посідає третє місце серед 10 провідних причин захворювань у світі. Прогнозується, що до 2030 року вона стане провідною причиною захворювань у світі. Щороку понад 700 тисяч людей вчиняють самогубство, а близько 14 мільйонів роблять

спробу. У звіті ВООЗ оцінюється глобальна вартість психічних захворювань майже в 2,5 трильйона доларів (дві третини непрямих витрат) у 2010 році, з прогнозованим зростанням до понад 6 трильйонів доларів до 2030 року [13, 29, 32, 102]. Ці показники вказують на те, що психічне здоров'я є не лише медичною, а й соціальною категорією, яка визначає якість життя, економічну продуктивність і демографічну стабільність суспільства. Водночас емоційне здоров'я тісно корелює з фізичним – хронічний стрес, депресивні або тривожні стани знижують імунітет, підвищують ризики серцево-судинних захворювань і зловживання психоактивними речовинами.

Дані ВООЗ свідчать про те, що майже половина населення світу страждає від психічних захворювань, що впливає на їхню самооцінку, стосунки та здатність функціонувати в повсякденному житті. Емоційне здоров'я людини може впливати на її фізичне здоров'я. Погане психічне здоров'я може призвести до таких проблем, як нездатність приймати адекватні рішення та розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин.

Окремої уваги заслуговує зв'язок емоційного інтелекту та психічного благополуччя. За результатами досліджень К. Чіаваріно, Р. Коломбо, Р.І. Гранде, Р. Руссо, К. Мілютіна, А. Трофімов, В. Зеленін, Т. Андрущенко та Л. Карамушки, високий рівень емоційних здібностей корелює з просоціальною поведінкою, здатністю до стрес-менеджменту й підтримання фізичного здоров'я. Натомість пригнічення емоцій чи їхня неусвідомленість асоціюються з антисоціальною поведінкою, залежностями та емоційним відчуженням. У своїх дослідженнях вони зазначають: «з'являється все більше доказів того, що емоційні здібності пов'язані з просоціальною поведінкою, такою як управління стресом та фізичне здоров'я» [49, 67]. Вони дійшли висновку, що люди, яким бракує емоційного вираження, схильні до антисоціальної поведінки (наприклад, розлад, пов'язаний зі вживанням психоактивних речовин та алкоголю, бійки, вандалізм), що відображає погіршення психічного здоров'я людини та пригнічені емоції. Дорослі та діти, які стикаються з

психічними захворюваннями, можуть відчувати соціальну стигму, яка може загострити проблеми [49, 67].

Психічне здоров'я можна розглядати як континуум, де психічне здоров'я людини може мати багато різних можливих значень. Психічне благополуччя розглядається як позитивна характеристика; це визначення психічного здоров'я підкреслює емоційне благополуччя, здатність жити повноцінним і творчим життям, а також гнучкість у подоланні неминучих життєвих викликів. Деякі дискусії формуються з точки зору задоволення або щастя. Багато терапевтичних систем і книг із самопомоги пропонують методи, що підтримують стратегії та техніки, які вважаються ефективними для подальшого покращення психічного благополуччя [7, 32, 70]. Позитивна психологія відіграє дедалі більшу роль у психічному здоров'ї.

Цілісна модель психічного здоров'я зазвичай включає концепції, засновані на антропологічних, освітніх, психологічних, релігійних та соціологічних перспективах. Існують також моделі як теоретичні перспективи з психології особистості, соціальної, клінічної, медичної та розвитку.

Тристороння модель психічного благополуччя розглядає психічне благополуччя як таке, що охоплює три компоненти: емоційне благополуччя, соціальне благополуччя та психологічне благополуччя. Емоційне благополуччя визначається як високий рівень позитивних емоцій, тоді як соціальне та психологічне благополуччя визначаються як наявність психологічних та соціальних навичок і здібностей, що сприяють оптимальному функціонуванню в повсякденному житті [33, 65].

Станом на 2019 рік, приблизно кожна сьома дитина у віці 10-19 років у світі мала розлад психічного здоров'я; загалом близько 165 мільйонів молодих людей [36]. Підлітковий вік людини – це унікальний період, коли відбувається важливий психологічний розвиток, а також час підвищеної вразливості до розвитку несприятливих психічних розладів. Більше половини психічних розладів починаються до досягнення дитиною 20-річного віку, причому початок трапляється в підлітковому віці набагато частіше, ніж у ранньому

дитинстві чи дорослому віці. Багато таких випадків залишаються непоміченими та нелікованими.

Вважається, що психічні захворювання дуже поширені серед бездомних, хоча доступ до належної діагностики обмежений. Проте було встановлено, що принаймні два поширені симптоми психологічної травми – соціальна ізоляція та навчена безпорадність – є дуже поширеними серед бездомних осіб та сімей.

Хоча психічні захворювання поширені, люди рідко отримують належну допомогу. Ведення випадків, пов'язане з іншими послугами, є ефективним підходом до покращення симптомів у людей, які переживають безпритульність. Ведення випадків зменшило кількість госпіталізацій та вживання психоактивних речовин тими, хто має проблеми зі зловживанням психоактивними речовинами, більше, ніж типовий догляд [16, 55, 64].

Держави, що породжують біженців, є місцями соціальних потрясінь, громадянської війни і навіть геноциду. Більшість біженців переживають травму. Вона може проявлятися у формі тортур, сексуального насильства, розпаду сім'ї та смерті близьких.

Біженці та іммігранти відчують психосоціальні стресові фактори після переселення. До них належать дискримінація, відсутність економічної стабільності та соціальна ізоляція, що спричиняє емоційний дистрес. Для біженців возз'єднання сім'ї може бути однією з першочергових потреб для покращення якості життя. Постміграційна травма є причиною депресивних розладів та психологічного дистресу для іммігрантів [50].

Стать, вік, етнічна приналежність, тривалість життя, якість життя, щільність населення та різноманітність громади – все це демографічні характеристики, які можуть збільшити ризик та тяжкість психічних розладів.

Поширеність психічних захворювань вища в країнах з більшою економічною нерівністю.

У сучасних наукових уявленнях психічне здоров'я розглядається як динамічний процес, що формується на перетині біологічних передумов, особистісних особливостей і соціального контексту. Серед основних чинників,

які можуть сприяти порушенню психічного здоров'я, виокремлюють: біологічні фактори – зміни у функціонуванні нервової системи, порушення обміну нейромедіаторів, гормональні дисбаланси; генетичні фактори – спадкова схильність до певних психічних розладів; психологічні чинники – пережиті травми, насильство, тривалий стрес, порушення механізмів емоційної регуляції; соціальні детермінанти – ізоляція, соціально-економічна нестабільність, дискримінація, воєнні конфлікти.

Відповідно до матеріалів Національного інституту психічного здоров'я США, більшість сучасних учених розглядають психічні розлади як результат комплексної взаємодії біологічних і середовищних чинників, а не як наслідок одного ізольованого впливу [82]. Зокрема, у навчальному посібнику серії «Supplemental Curriculum Series» у розділі «Biology of Mental Illness» наголошується, що порушення у функціонуванні нейромедіаторних систем мозку (зокрема, дофаміну, серотоніну, глутамату та норадреналіну) мають вирішальне значення у розвитку низки психічних розладів, таких як шизофренія, депресія, тривожні стани чи біполярний афективний розлад. Ці зміни призводять до дисбалансу між процесами збудження та гальмування у центральній нервовій системі, що впливає на емоційну стабільність і поведінкову регуляцію [82].

Біологічний підхід до пояснення психічних розладів доповнюється когнітивно-поведінковими, соціальними та екзистенційними моделями, які підкреслюють роль особистісних інтерпретацій, соціального контексту й життєвого досвіду у формуванні психічного благополуччя. Сучасна парадигма психічного здоров'я базується на біопсихосоціальній моделі, яка визнає багатофакторність психічних порушень і взаємозалежність між фізіологічними процесами, емоційною сферою та соціальним середовищем [56].

У глобальному контексті важливим є також зміщення акценту з лікування психічних розладів на превентивні, підтримувальні та реабілітаційні стратегії, які спрямовані на формування стійкості (resilience), розвиток

навичок самодопомоги та створення безпечного психосоціального простору. Відповідно до доповіді ВООЗ «World Mental Health Report» (2022), сучасна політика у сфері ментального здоров'я має орієнтуватися на доступність допомоги, дестигматизацію, міждисциплінарну взаємодію та залучення спільнот до підтримки осіб із психічними розладами [103].

Сучасне розуміння психічного здоров'я ґрунтується на цілісній моделі (holistic model), що інтегрує антропологічні, психологічні, соціальні та культурні перспективи. Згідно з тристоронньою моделлю благополуччя (emotional, social, psychological well-being), психічне здоров'я включає: емоційний компонент – позитивні емоції, оптимізм, задоволеність життям; соціальний компонент – відчуття приналежності, підтримку з боку спільноти, взаємоповагу; психологічний компонент – внутрішню узгодженість, самоактуалізацію, гнучкість мислення.

Порушення будь-якого з цих компонентів здатне спричинити дисбаланс системи психічного функціонування та підвищити ризик розвитку емоційних і поведінкових розладів.

Таким чином, уявлення про психічне здоров'я поступово трансформувалися від медичної до гуманістично-інтегративної парадигми, де головним стає не подолання патології, а розвиток психологічної стійкості, саморегуляції та здатності до осмисленого життя. Такий підхід дозволяє розглядати психічне здоров'я не як фіксований стан, а як життєвий процес самозбереження і саморозвитку людини у взаємодії з соціокультурним середовищем.

1.2. Глобальні детермінанти негативного впливу на ментальне здоров'я

Стан ментального здоров'я людини формується під впливом численних взаємопов'язаних факторів, серед яких поєднуються біологічні, психологічні, соціальні, економічні та культурні чинники. У сучасному світі, що

характеризується високою динамікою соціальних змін, інформаційним перенавантаженням, економічною нестабільністю та зростанням глобальних криз, питання збереження психічного благополуччя набуває особливої актуальності. Світова статистика демонструє стрімке зростання поширеності емоційних розладів, насамперед тривоги та депресії, які стають не лише медичною, а й соціально-економічною проблемою світового масштабу [27 103].

У глобальному контексті ментальне здоров'я дедалі частіше розглядається як індикатор стійкості суспільства, що відображає рівень його добробуту, соціальної згуртованості та гуманітарної стабільності. Негативні детермінанти психічного здоров'я проявляються у взаємодії структурних і суб'єктивних чинників: від системних соціально-економічних нерівностей, безробіття, дискримінації, воєнних конфліктів, до особистісних криз, сімейних втрат і хронічного стресу. Такий багатовимірний вплив призводить до формування емоційного виснаження, втрати відчуття контролю над життям, тривожності та депресивних проявів, що, у свою чергу, послаблюють соціальну активність і когнітивні ресурси особистості.

Провідні міжнародні ініціативи, зокрема World Mental Health Survey Initiative ВООЗ, спрямовані на вивчення масштабів і глибинних причин цього явища, наголошуючи, що більшість психічних розладів розвиваються в умовах поєднання соціальних ризиків та емоційного дистресу [95-103]. Таким чином, для розуміння сучасної кризи ментального здоров'я необхідно аналізувати її глобальні детермінанти, як структурні (економічні, політичні, культурні), так і психологічні (вразливість, стрес, відсутність підтримки), що у своїй взаємодії формують сучасну карту ризиків для психічного благополуччя людства. (табл.1.1)

Таблиця 1.1

Глобальні детермінанти порушення ментального здоров'я

Категорія детермінант	Підкатегорії / приклади	Ключові механізми впливу	Типові наслідки / індикатори	Уразливі групи	Рекомендовані заходи
-----------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------------	----------------	----------------------

Біологічні (генетичні)	Нейромедіаторні дисбаланси (серотонін, дофамін, ГАМК), гормональні зміни, спадковість	Нейробіологічна вразливість → порушення емоційної регуляції та стрес-відповіді	Тривога, депресія, біполярні розлади, СДУГ	Особи з сімейною історією розладів; підлітки	Скринінг ризиків; фармакотерапія за показаннями; психотерапія; psychoeducation
Психологічні особливості	Низька емоційна регуляція, перфекціонізм, румінації, негативні схеми	Когнітивні викривлення → підсилення дистресу та уникання	Депресивні/тривожні епізоди, ПТСР	Молодь, особи з травматичним досвідом	КПТ/МВСТ; тренінги емоційної компетентності; навички подолання
Сімейні (мікро-соціальні)	Конфлікти, насильство, розлучення, брак підтримки	Хронічний стрес, небезпека вдома → порушення прив'язаності	Депресія, тривога, суїцидальні ризики у батьків/дітей	Пари у конфлікті; діти з розлучених сімей	Сімейна терапія; програми батьківства; служби захисту дітей
Соціально-економічні (бідність, безробіття)	Низький дохід, борги, невпевненість у роботі	Хронічний фінансовий стрес → інтерналізована стигма; соціальна ізоляція	Депресія, зловживання ПАР, соматизація	Безробітні; домогосподарства з низьким доходом	Доступні послуги МГП; програми зайнятості; соцпідтримка; bps-підхід на робочому місці
Освітні (професійні)	Низька освітня успішність; вигорання; токсичні робочі культури	Високі вимоги + низький контроль → вигорання	Тривога, депресія, порушення сну	Студенти; молоді фахівці; педагоги/медики	Підтримка в ЗВО; профілактика вигорання; EAP-програми
Культурні (стигма)	Табу на емоції; міфи про «слабкість»; релігійні інтерпретації	Суспільна/самостигма → відтерміноване звернення	Пізня діагностика, хроніфікація	Традиційні спільноти; іммігранти	Антистигматичні кампанії; реєр-підтримка; культурно чутливі послуги
Гендерні	Норми маскулінності/фемінності; гормональні цикли	Чол.: уникання допомоги; Жін.: підвищена вразливість до МД	Жін.: депресія/тривога/ХРП; Чол.: ПАР, суїцидальний ризик	Підлітки/молодь; перинатальний період	Гендерно чутлива допомога; перинатальні програми; робота з нормами
Етнічні (міграційні)	Дискримінація; мовні бар'єри; постміграційний стрес	Соц. виключення → тривога, депресія, ПТСР	ПТСР, депресія, тривога	Мігранти, біженці, етнічні меншини	Культурна компетентність; перекладачі; інтеграційні служби
Екологічні (кліматичні)	Спека, повені, пожежі, посуха; деградація довкілля	Прямі (катастрофи), непрямі (втрати засобів), «екотривога»	ПТСР, тривога, безсоння, дратівливість	Діти, літні, спільноти ризику, хронічні пацієнти	Психосоціальна підтримка в НС; кліматоадаптація ком'юніті ресилієнс
Харчування (gut-brain)	Дефіцит нутрієнтів; ультраоброблена їжа; дисбіоз мікробіому	Запалення, нейромедіатори, оксидативний стрес	Депресія, тривога, порушення сну/когніції	Діти/підлітки; низький СЕС	Середземноморська дієта; нутріціологічні втручання;

					скринінг дефіцитів
Інформаційн е середовище (медіа)	Соцмережі, дезінформація, хейт	Порівняння/пере вантаження → тривога, FOMO, депресія	Порушення сну, тривога, зниження самооцінки	Підлітки/м олода дорослість	Гігієна медіа; цифровий детокс; навички критичного мислення
Сон і ритми	Хронічна нестача сну; змінна робота; джетлаг	Дисрегуляція циркадних ритмів → афективні зсуви	Ірритація, тривога, депресивні симптоми	Зміни графіків; студенти; медики	Гігієна сну; стабілізація режиму; CBT-I
Просторові (місто/село)	Дефіцит послуг у селі; урбан-стресори у містах	Село: самостигма; Місто: вигорання/перева нтаження	Депресія, ПАР, ізоляція / вигорання	Сільські громади; мегаполіси	Телемедицина; мобільні бригади; міські програми МГП
Житлові умови (безпека)	Перенаселеність; наси́льство у громаді; незахищене житло	Хронічний страх/стрес → тривога, ПТСР	ПТСР, тривога, соматизація	Низький СЕС; внутрішнь о переміщен і особи	Безпечне житло; програми наси́льство-free; громади безпечних просторів
Доступ до допомоги (система охорони здоров'я)	Брак фахівців; фінансові бар'єри; відсутність паритету	Пізнє звернення, переривання лікування	Хроніфікація, рецидиви	Сільські/н изький СЕС/менш ини	Розширення послуг; паритет МГП; інтеграція у первинку; телемедицина
Війни, наси́льство, катастрофи	Збройні конфлікти, окупація, теракти, НС	Травма/втрати → ПТСР, депресія, складний смуток	ПТСР, депресія, тривога, вживання ПАР	Молодь, ВПО, волонтери, ветерани, цивільні	PFA/PM+; короткі КПТ-програми; ком'юніті - підтримка; лонгітюдний супровід

Проблема психічного здоров'я посідає центральне місце у сучасному гуманітарному та медико-психологічному дискурсі. За даними ВООЗ емоційні та нейропсихіатричні розлади належать до провідних причин інвалідності у світі, зумовлюючи значну частку втрачених років життя, скоригованих за інвалідністю (DALY). Зокрема, на ці розлади припадає близько 37 % усіх років здорового життя, втрачених через хвороби. Особливо уразливими є країни з низьким і середнім рівнем доходів, де обмежені ресурси систем охорони здоров'я та нестача кваліфікованих фахівців значно ускладнюють доступ до своєчасної допомоги [9, 103]

Важливу роль у вивченні цієї проблеми відіграє Всесвітнє дослідження психічного здоров'я, започатковане ВООЗ у 1998 році. Його головною метою

є оцінка поширеності, тяжкості та соціальних наслідків нелікованих психічних розладів у глобальному масштабі [95-103]. За даними цієї ініціативи, саме тривожні та депресивні розлади становлять найбільшу частку серед усіх порушень психічного здоров'я, впливаючи на здатність людини працювати, навчатися, підтримувати соціальні контакти та реалізовувати власний потенціал [49, 103].

Разом із біологічними детермінантами, дослідники наголошують на глибокому впливі соціальних факторів, які формують середовище ризику. Психологічні дослідження доводять, що нестабільні або конфліктні сімейні стосунки є одним із найсильніших предикторів емоційних розладів. Так, нещасливі подружні пари мають у кілька разів вищий ризик розвитку клінічної депресії. Розлучення, у свою чергу, істотно підвищує ймовірність виникнення депресивних та тривожних станів, розладів сну, зловживання психоактивними речовинами та соціальної ізоляції [3, 34, 39, 93]. Водночас наслідки розлучення виходять за межі самої подружньої пари, вони суттєво позначаються на психоемоційному розвитку дітей. Діти з розлучених сімей частіше стикаються з труднощами у навчанні, мають нижчі показники соціальної адаптації, схильні до ранньої сексуальної активності, депресивних проявів і ризикованої поведінки, що в перспективі може відтворювати цикл емоційної нестабільності та соціальної вразливості.

У контексті аналізу психічного здоров'я у світовій науці активно застосовується модель вразливості-стресу (vulnerability-stress model), яка пояснює, що навіть помірні стресори можуть призвести до психічних розладів у осіб із певними біологічними або психологічними схильностями [63]. Ця концепція підкреслює взаємодію спадкових, нейрофізіологічних і середовищних чинників у формуванні психічної вразливості. У межах новітніх підходів модель вразливості-стресу доповнюється гіпотезою диференціальної сприйнятливості, яка акцентує на різній чутливості індивідів до впливу довкілля. Наприклад, діти з підвищеною емоційною сприйнятливістю зазнають більшої шкоди від низькоякісного виховання, але водночас

отримують більшу користь від позитивного батьківського середовища [44]. Таким чином, психічне здоров'я формується не лише як реакція на стрес, а як складна система взаємодії вроджених характеристик і контекстуальних умов.

Не менш значущим чинником виступає економічна нестабільність і безробіття, які істотно впливають на рівень депресивних розладів і самооцінку особистості. Метааналіз досліджень К. Пола та К. Мозера підтвердив, що безробіття суттєво підвищує ризик депресії, особливо у країнах з високою соціальною нерівністю та слабким соціальним захистом. Економічна невизначеність знижує відчуття контролю над життям, підсилює тривогу та формує відчуття безпорадності, що в довготривалій перспективі призводить до емоційного виснаження [86].

Соціально-економічні дослідження, зокрема проведені під егідою Конвенції психологічних наук, показали, що низький соціально-економічний статус (СЕС) є одним із ключових факторів зниження когнітивного функціонування. Люди, які перебувають під постійним фінансовим тиском, демонструють зниження концентрації уваги, пам'яті та здатності до прийняття рішень, що зумовлено хронічним стресом і виснаженням когнітивних ресурсів [77]. Дослідження також засвідчили, що діти, які зростають у бідних сім'ях, мають нижчі показники розвитку мовлення, гірші результати навчання та підвищений ризик розвитку депресивних станів у підлітковому віці.

У цьому контексті ВООЗ підкреслює вирішальне значення соціальних детермінант психічного здоров'я, таких, як нерівність доходів, обмежений доступ до освіти та медицини, незахищене житло, безробіття й насильство у спільноті. Саме ці чинники створюють структурні передумови для формування нерівності у психічному благополуччі, визначаючи різний рівень ризику для окремих соціальних груп [27, 101].

Таким чином, у сучасному глобальному контексті психічне здоров'я розглядається як індикатор соціального добробуту і водночас як стратегічний ресурс сталого розвитку суспільства. Його збереження потребує не лише медичних втручань, а й міжсекторальних політик, що враховують вплив

економічних, культурних та освітніх детермінант на психологічне функціонування людини.

Орім звичних детермінант порушення ментального здоров'я, сучасні наукові дослідження переконливо доводять, що екологічні зміни, зокрема глобальне потепління, деградація природного середовища та кліматичні катастрофи, виступають потужними детермінантами психічного здоров'я. Вплив зміни клімату на психічне благополуччя людини стає дедалі більш документованим у науковій літературі, оскільки наслідки цих процесів набувають не лише фізичних, а й глибоких психологічних вимірів. Особливо вразливими є групи населення, що вже мають досвід психічних розладів, а також діти, літні люди та спільноти, які проживають у зонах екологічного ризику [45, 53] (табл.1.2)

Таблиця 1.2

Шляхи впливу кліматичних змін на ментальне здоров'я

Шлях впливу кліматичних змін	Опис	Приклади індикаторів	Цільові відповіді
Прямий	Екстремальні події (повені, пожежі, спека) → гострий стрес, ПТСР, тривога	Панічні атаки, флешбеки, уникання тригерів	Психологічна перша допомога, КПТ-травмофокус, підтримка спільнот
Непрямий	Втрати засобів до існування, міграція, дефіцит ресурсів → хронічний стрес, депресія	Фінансова/харчова нестабільність, ізоляція, соматизація	Соцполітики, відновлення засобів, програми зайнятості + МГП
Психологічне усвідомлення («екотривога»)	Занепокоєння майбутнім планети, екзистенційний страх → тривога, безсоння, безнадійність	Румінації, порушення сну, зниження функціонування	Психоедукація, навички саморегуляції, групи підтримки, молодіжні ініціативи

Дослідники виділяють три основні механізми, через які кліматичні зміни впливають на психічне здоров'я:

Прямий вплив – це реакція на екстремальні погодні явища, такі як повені, урагани, посухи, лісові пожежі чи хвилі спеки. Вони здатні викликати

гострі стресові стани, тривожні реакції, депресію та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Так, дослідження після катастрофічних повеней у Південно-Східній Азії та Австралії виявили значне зростання кількості випадків ПТСР, панічних атак і тривалих емоційних розладів серед постраждалих [4, 41, 83].

Непрямий вплив – пов’язаний із соціально-економічними наслідками кліматичних змін, наприклад, із втратою засобів до існування, нестачею продовольства чи зниженням доступу до ресурсів. Такі фактори посилюють відчуття нестабільності, безпорадності й соціальної ізоляції, що стають передумовами для формування хронічного стресу та депресивних станів.

Психологічне усвідомлення загрози – це так звана «екотривога» (eco-anxiety), що проявляється у формі постійного занепокоєння майбутнім планети, страху за життя наступних поколінь і втрати екзистенційного сенсу. Особливо гостро ці переживання виражені у молоді, яка асоціює зміну клімату із загрозою майбутнього, соціальної справедливості та життєвих перспектив [7, 52].

Таким чином, кліматичні процеси не лише змінюють екосистему, а й формують нові виклики для ментального здоров’я людства. Психологічні наслідки екологічних катастроф проявляються у зростанні рівня тривожності, дратівливості, безсоння, соматичних розладів і соціального відчуження. Вони також можуть посилювати вже наявні депресивні або тривожні симптоми в осіб із хронічними психічними розладами.

У ширшому контексті це вимагає міждисциплінарного підходу, де охорона ментального здоров’я поєднується з екологічною політикою, соціальною психологією та громадською медициною. ВООЗ у своїх доповідях (2021–2023) наголошує, що кліматичні ризики є не лише екологічною, а й психосоціальною кризою, яка потребує інтеграції психічної підтримки до систем реагування на надзвичайні ситуації.

Ще одним глобальним детермінантом, який має безпосередній зв’язок із ментальним здоров’ям, є якість харчування. Сучасні дані нейропсихології

свідчать, що раціон із низьким вмістом поживних речовин, надлишком цукру, насичених жирів і високим рівнем обробки безпосередньо пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку депресії, тривожних розладів і порушень сну [65, 84].

Механізми цього зв'язку пояснюються взаємодією кишково-мозкової осі (gut-brain axis). Порушення мікрофлори кишечника впливає на рівень запальних цитокінів, метаболізм нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, ГАМК), а також на процеси емоційної регуляції. Це означає, що психічне благополуччя безпосередньо залежить від біохімічної рівноваги, яку підтримує здорове харчування.

Згідно з останніми метааналізами, середземноморська дієта, багата на фрукти, овочі, рибу, цільнозернові продукти й ненасичені жири, асоціюється з нижчим ризиком депресивних розладів та вищим рівнем психологічного благополуччя [74]. Навпаки, надмірне споживання фастфуду, солодких напоїв і червоного м'яса сприяє розвитку системного запалення, оксидативного стресу й нейротоксичних процесів, що знижують когнітивну гнучкість і емоційну стабільність.

У цьому контексті харчування розглядається не лише як біологічний, а як психосоціальний чинник, пов'язаний зі способом життя, культурою споживання, рівнем стресу та економічними можливостями. Таким чином, профілактика психічних розладів неможлива без урахування ролі харчової поведінки, яка виступає одним із ключових регуляторів нейроендокринного й емоційного балансу.

Психічне здоров'я нерозривно пов'язане з культурним контекстом, у якому формується система цінностей, норм поведінки та соціальних очікувань. Стигма психічних розладів і способи їхнього подолання залежать від історичного досвіду, релігійних традицій, соціальних установок і рівня обізнаності населення. У різних культурах психічні порушення можуть трактуватися як моральна слабкість, «карма», результат гріха або наслідок

виховання, що часто унеможлиблює своєчасне звернення по допомогу та посилює соціальну ізоляцію осіб із психічними розладами [38, 55].

Ставлення до лікування, звернення за психологічними послугами та рівень прийняття психотерапії значною мірою визначаються впливом суспільної стигми. У багатьох країнах досі переважає амбівалентне ставлення до психіатричної допомоги: з одного боку, усвідомлення її необхідності зростає, але з іншого – люди бояться втратити соціальний статус або стати об'єктом осуду. Цей феномен особливо проявляється в суспільствах із традиційними цінностями, де відкритий прояв емоцій вважається ознакою слабкості.

Стигма має кілька рівнів: суспільна стигма – негативні соціальні уявлення про осіб із психічними розладами, що призводить до дискримінації й відторгнення; самостигматизація – інтеріоризація цих установок самою людиною, яка починає соромитися свого стану; структурна стигма – системні бар'єри (економічні, юридичні, адміністративні), що обмежують доступ до якісних психіатричних і психологічних послуг [35, 75].

У багатьох етнічних і соціально вразливих групах стигматизація посилюється мовними бар'єрами, відсутністю міжкультурної компетентності фахівців, низькою доступністю психотерапії та страхом дискримінації. Для іммігрантів і біженців додатковим тягарем стають пережиті травми, соціальна ізоляція, економічна нестабільність і постміграційний стрес [46, 102]. Унаслідок цього навіть за наявності симптомів депресії, тривоги чи ПТСР люди уникають звернення по допомогу, що затримує діагностику та погіршує прогноз.

Численні емпіричні дослідження підтверджують існування гендерних відмінностей у структурі психічних розладів. Так, жінки частіше демонструють підвищену схильність до депресивних, тривожних і харчових розладів, тоді як чоловіки – до зловживання психоактивними речовинами, імпульсивної поведінки та антисоціальних тенденцій [71, 89]. Ці відмінності пояснюються не лише біологічними чинниками, такими як гормональні зміни

або нейробіологічна чутливість до стресу, але й соціальними установками та гендерними ролями, які формують різний стиль емоційного реагування.

Традиційні гендерні сценарії: «чоловік має бути сильним», «жінка повинна бути емоційною, але врівноваженою», створюють різні соціальні очікування щодо вираження почуттів і звернення по допомогу. Для чоловіків характерна інтерналізація стигми, коли будь-який прояв уразливості сприймається як ознака слабкості. Це призводить до емоційної ізоляції, уникнення психотерапії та підвищення ризику суїцидальної поведінки. Водночас жінки частіше мають розвинену емоційну регуляцію завдяки соціальним зв'язкам і підтримці, проте стикаються з іншою формою осуду, ярликом «надмірної емоційності» або «нестабільності».

Гендерна стигматизація впливає навіть на медичні підходи: симптоми депресії у чоловіків нерідко маскуються агресією, зловживанням алкоголем або трудовоголізмом, тоді як у жінок – соматичними скаргами, емоційною лабільністю чи психосоматичними реакціями [36, 76].

Культурні особливості відіграють ключову роль у формуванні ставлення до психічного здоров'я. Етнічні меншини у багатьох країнах демонструють вищий рівень психічних розладів через дискримінацію, соціальну нерівність і брак культурно адаптованих форм допомоги. Зокрема, представники меншин частіше відчують сором, соціальну тривогу та почуття «іншості», що підвищує ризик розвитку депресії, тривожності та посттравматичних розладів [30, 94].

Окрему категорію становлять люди з нейророзвитковими розладами, такими як аутизм, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) чи синдром Туретта. За статистикою, приблизно 80 % осіб з аутизмом мають протягом життя хоча б один супутній психічний розлад, що значно перевищує показники загальної популяції. Водночас їхні сім'ї часто стикаються із системними бар'єрами у сфері освіти, медицини та соціальної інтеграції [35, 73]

Соціокультурні відмінності також впливають на способи вираження психологічного дистресу. Наприклад, у східноазіатських культурах він часто проявляється у вигляді соматичних симптомів (біль, втома, безсоння), тоді як у західних – у вигляді емоційних скарг (смуток, апатія, страх). Ці відмінності потребують культурно чутливого підходу у психотерапії, де враховуються не лише мова та традиції, а й глибинні символічні структури сприйняття страждання.

Таким чином, соціокультурні, гендерні та етнічні детермінанти є потужними модифікаторами психічного здоров'я. Вони визначають не лише ймовірність виникнення розладів, а й стиль переживання, готовність звертатися по допомогу, реакцію соціуму та ефективність терапевтичних втручань. Подолання стигми, розвиток гендерно- й культурно- чутливої психотерапії, забезпечення рівного доступу до послуг – це стратегічні напрями формування інклюзивної системи ментального здоров'я, що відповідає сучасним гуманістичним стандартам.

Однією з найсуттєвіших соціальних детермінант, що впливають на ментальне здоров'я, є економічне становище людини. Бідність, фінансова нестабільність і соціальна нерівність створюють потужні ризики не лише для виникнення психічних розладів, а й для обмеження доступу до належної психологічної допомоги. Люди та сім'ї з низьким рівнем доходу часто стикаються з фізичними та системними бар'єрами, від нестачі спеціалістів у громаді до відсутності коштів на лікування чи транспорт для відвідування консультацій [35, 85, 95, 103]. Це породжує порочне коло вразливості, де фінансові труднощі посилюють психічний дистрес, а відсутність лікування, поглиблює соціальну дезадаптацію.

Невпевненість у працевлаштуванні, страх втратити роботу або статус, почуття сорому через брак матеріальних ресурсів – усе це підсилює зовнішню та внутрішню стигму. У багатьох суспільствах існує неявне переконання, що економічна невдача є наслідком особистої неспроможності, лінощів чи низької мотивації. Такий соціальний стереотип сприяє інтерналізованій дискримінації,

коли людина починає ототожнювати себе з образом «невдахи», уникає соціальних контактів і знижує власну самооцінку.

Безробіття виступає одним із ключових тригерів психологічного стресу. Метааналізи показують, що втрата роботи збільшує ризик депресії в середньому на 30–50 %, особливо у країнах із високим рівнем соціальної нерівності [14, 32, 86]. Соціальні норми, які пов'язують фінансову стабільність із особистою гідністю, роблять процес адаптації до безробіття психологічно травматичним. Водночас застосування доступних психотерапевтичних і соціальних втручань (груп підтримки, когнітивно-поведінкових програм, програм ресоціалізації) довело свою ефективність у зменшенні психологічного стресу, нормалізації сприйняття звернення по допомогу та подоланні стигми незалежно від економічного статусу.

Не менш важливою є просторова диференціація ставлення до психічного здоров'я. Дослідження вказують, що мешканці сільських регіонів частіше стикаються зі стигматизацією, дефіцитом послуг і браком кваліфікованих фахівців у сфері ментального здоров'я. Для таких спільнот характерна підвищена соціальна замкнутість, сильніші неформальні норми контролю й очікування «емоційного стоїцизму», тобто невиявлення слабкості чи емоційної вразливості. Це призводить до заперечення власних емоційних проблем, самостигматизації та зростання випадків депресії, суїцидальної поведінки чи зловживання алкоголем [15, 42].

Натомість у міських громадах, попри більшу доступність послуг та розвиток інформаційних кампаній із ментального здоров'я, стигма залишається на рівні прихованих соціальних упереджень. Хоча міське населення має більше можливостей звертатися до фахівців, психологічний дистрес часто маскується під «перевтому» чи «стрес від успіху». Мешканці мегаполісів більше схильні до емоційного вигорання, відчуження й сенсорного перевантаження, але водночас демонструють нижчий рівень відкритого осуду до психотерапії.

Таким чином, географічний чинник визначає не лише доступ до допомоги, а й тип соціальних сценаріїв реагування на страждання: у сільських регіонах переважає культура приховування, у міських – культура раціоналізації.

Психічне здоров'я є соціально сконструйованим феноменом: його тлумачення, критерії норми й способи втручання істотно відрізняються між культурами, релігіями та соціальними класами. Те, що в одній культурі вважається «психопатологією», в іншій може бути прийнятим способом емоційного самовираження або навіть духовного досвіду.

Тому ключовим викликом сучасної психіатрії є розвиток культурної компетентності – здатності фахівців розуміти контекст клієнта, поважати його мовні, етнічні, релігійні та тілесні особливості. Зокрема, у роботі з глухими та слабочуючими людьми терапевт має володіти знанням культури спільноти глухих, розуміти роль перекладача жестової мови як посередника, але не як фільтра. Відсутність культурної обізнаності може призвести до хибних інтерпретацій поведінки, неправильного діагнозу або недовіри до лікування [69].

Загалом культурна компетентність є не лише професійною навичкою, а й етичною вимогою – умовою ефективного, недискримінаційного та гуманістичного підходу в системі охорони психічного здоров'я.

Отже, сучасна криза ментального здоров'я має багатовимірний характер і формується під впливом комплексу глобальних детермінант: біологічних, соціально-економічних, культурних, екологічних і поведінкових чинників. Сукупна дія цих факторів визначає рівень психоемоційної стійкості, когнітивного функціонування та здатності людини до адаптації в умовах постійних викликів.

Економічна нерівність, безробіття, бідність, зміни клімату, деградація соціальних зв'язків, гендерна дискримінація, стигматизація психічних розладів і культурні бар'єри доступу до допомоги створюють взаємопідсилювальну систему ризиків. Водночас якість харчування, освітній

рівень і соціальна підтримка виступають буферними змінними, що можуть зменшувати вплив стресорів.

Таким чином, забезпечення психічного благополуччя вимагає міждисциплінарного підходу – інтеграції медичних, соціальних, екологічних і культурних стратегій, спрямованих на підвищення стійкості особистості й спільноти. Ментальне здоров'я є не лише індивідуальним показником, а й системним маркером гуманітарного розвитку суспільства.

1.3. Психологічні механізми виникнення тривожності та депресії у вразливих соціальних групах під впливом екстремальних подій

Проблема тривожності та депресії набуває особливого значення в умовах сучасної цивілізаційної нестабільності, соціальних трансформацій і воєнних конфліктів. В останні десятиліття саме емоційні розлади, зокрема тривожно-депресивного спектру, розглядаються не лише як окремі клінічні діагнози, а як показник загального психологічного благополуччя та адаптаційного потенціалу суспільства. Їхня поширеність у всіх вікових, соціальних і культурних групах свідчить про системний характер впливу зовнішніх і внутрішніх стресорів на психіку.

Розглядаючи психологічний контекст тривожності і депресивності особистості, можливо відзначити, що вони постають як універсальні феномени емоційного реагування, які мають багаторівневу природу, від біохімічних процесів у нервовій системі до складних когнітивних і соціально-психологічних механізмів. Стан тривоги відображає сигнал небезпеки, мобілізуючи захисні механізми психіки, з метою збереження особистості, тоді як депресія, у свою чергу, виступає реакцією на втрату, виснаження чи неможливість контролю життєвої ситуації, як механізм – збереження та економії ресурсів організму. При оптимальному рівні, тривога виконує адаптивну функцію, проте в умовах хронічного чи екстремального стресу вона трансформується у патологічну форму, супроводжуючись дезорганізацією

поведінки, емоційною дестабілізацією та порушенням соціального функціонування.

Екстремальні події, такі, як: війна, насильство, природні катастрофи, соціальні кризи, виступають каталізаторами внутрішніх конфліктів особистості й запускають низку адаптивних механізмів, спрямованих на збереження психічної та біологічної рівноваги. У вразливих соціальних групах ці механізми часто виснажуються або набувають дезадаптивного характеру, що сприяє розвитку тривожно-депресивних розладів. Молодь, вимушено переміщенні особи, біженці, жінки, ветерани, люди з низьким рівнем соціальної підтримки чи економічної стабільності, являються такими категоріями, для яких ризики психологічних розладів є найбільш високими.

У контексті психологічної науки важливим завданням є виявлення механізмів виникнення тривожності та депресії під впливом екстремальних подій: як саме особистість реагує на стрес, які копінг-стратегії використовує, які когнітивні оцінки формуються та яким чином відбувається перехід від адаптивної напруги до емоційного виснаження. Саме аналіз цих механізмів дозволяє зрозуміти закономірності психічної дезадаптації та окреслити можливості для психологічної підтримки вразливих груп.

Оскільки, в останні десятиліття саме емоційні розлади, зокрема тривожні й депресивні стани, розглядаються не лише як окремі клінічні діагнози, а як показник загального психологічного благополуччя та адаптаційного потенціалу суспільства. Їхня поширеність у всіх вікових, соціальних і культурних групах свідчить про системний характер впливу зовнішніх і внутрішніх стресорів на психіку людини.

У науковому дискурсі тривога та депресія розглядаються як універсальні, проте багаторівневі феномени емоційного реагування, що лежать на континуумі від норми до клінічно значущих розладів. Сучасні класифікації хроб (МКХ-11; DSM-5) трактують їх як стани з когнітивними, емоційними, поведінковими й соматичними компонентами, що ведуть до дистресу та функціональних обмежень [34, 40, 95]. Водночас міждисциплінарний підхід

підкреслює динамічність цих станів і залежність від контексту: індивідуальних ресурсів, соціальних умов і характеру стресорів.

Принципово важливо розрізнати страх (реакцію на конкретну загрозу) та тривогу (очікування небезпеки за умов невизначеності), а також тривогу-стан і тривожність-рису [2, 3, 5, 13, 47]. Депресія відрізняється від «нормального суму» тривалістю, інтенсивністю та порушенням функціонування; у клінічній площині йдеться про великий депресивний епізод, дистимічний розлад тощо [33, 40]. Важливий зсув у сучасній теорії відбувається, від суто категоріального до вимірювального бачення, де симптоми розподіляються градієнтно [2, 16, 17, 18, 20, 47]

Розглядаючи наукові здобутки та концепції можна відокремити наступні тенденції.

У рамках, психодинамічної теорії, тривога трактується, як «сигнал небезпеки» внутрішнього конфлікту, а депресія, як відповідь на втрату об'єкта прихильності та інтраективно спрямований гнів [13, 29, 32, 65, 78]. Додатковий місток забезпечує теорія прив'язаності: розрив чи загроза прив'язаності підвищує тривожну пильність і ризик депресивних реакцій [6, 16, 20, 43, 47, 70, 71, 74, 90].

В контексті, когнітивно-поведінкової парадигми, ключовими виступають дисфункційні схеми та когнітивні викривлення, негативна тріада – «я – світ – майбутнє», катастрофізація, фільтрація для депресії, а для тривоги – це переоцінка загрози та нетерпимість до невизначеності із закріпленням алгоритму уникання [43, 51, 70, 71, 74, 90]. Механізм підтримання, розглядається в рамках двохфакторної моделі Моурера, як умовне уникання та рекламація уваги на загрозу [19, 39, 57, 63]. Вона описує механізм підтримання тривожних реакцій через комбінацію класичного (павловського) та оперантного (інструментального) обумовлення. У першому факторі (класичному), нейтральний стимул, наприклад, звук, місце чи ситуація, набуває емоційного значення страху внаслідок асоціації з травматичною подією. Так, для людини, що пережила обстріл, будь-який гучний звук може

автоматично викликати відчуття тривоги. Цей процес формує умовний зв'язок між стимулом і емоційною реакцією. Другий фактор (оперантне уникання), це коли людина намагається уникати ситуацій або подразників, які викликають страх, вона тимчасово знижує рівень тривоги. Таке зниження виступає негативним підкріпленням, тобто підсилює унікальну поведінку, закріплюючи патерн «уник – стало легше – висновок: уникання працює», таким чином формується замкнене коло страху: страх – уникання – короткочасне полегшення – відсутність корекції – закріплення страху.

Парадокс полягає в тому, що уникання перешкоджає можливості навчитися безпеці, адже людина не має шансу переконатися, що ситуація більше не є загрозливою. У результаті система тривоги залишається «перевантаженою», реагуючи навіть на нейтральні стимули. Такий процес підкріплюється ще одним важливим компонентом, рекламацією уваги на загрозу (attentional bias). Дослідження показують, що у тривожних осіб відбувається системне викривлення когнітивної селекції: вони швидше помічають, запам'ятовують і переоцінюють сигнали потенційної небезпеки [24, 30, 31, 34, 36]. Такий феномен має адаптивне коріння, оскільки, допомагає вижити, підвищуючи чутливість до ризику. Проте у сучасних умовах, коли реальної небезпеки може не бути, цей механізм стає патологічним, бо фіксує увагу виключно на негативних або тривожних стимулах, посилюючи відчуття загрози навіть без об'єктивних причин.

У взаємодії ці два механізми, умовне уникання та упереджене спрямування уваги, формують самопідтримувальний цикл тривожності. Людина водночас і уникає досвіду, який міг би довести безпечність ситуації, і зосереджується на ознаках небезпеки, постійно підживлюючи внутрішнє напруження. З часом цей цикл призводить до хронічної тривожності, зниження толерантності до невизначеності, порушення концентрації уваги й підвищеної емоційної реактивності. Саме тому сучасні когнітивно-поведінкові терапії (CBT) акцентують на експозиційних техніках, когнітивній реструктуризації та

перенавченні уваги (attention bias modification), які поступово руйнують цей патологічний контур.

Наступною багатофакторною концепцією в рамках, якою розглядаються тривожно-деприсивні розлади, є біопсихосоціальна модель [30, 31, 34, 56]. Вона стала методологічним проривом, адже відмовилася від редукціонізму медичної моделі, інтегрувавши три взаємопов'язані рівні: біологічний, психологічний і соціальний. Такий підхід розглядає психічні розлади не як наслідок ізольованої патології мозку, а як результат системної взаємодії організму, психіки та середовища, де кожен компонент здатен модулювати інший.

На біологічному рівні ключову роль відіграють нейрохімічні, нейроендокринні та імунні механізми. А саме, дисбаланс у системах моноамінових нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, норадреналіну) призводить до порушення регуляції емоцій, мотивації та сну, що характерно як для тривоги, так і для депресії.

Порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (HPA-axis) спричиняє гіперкортизолемію, хронічне напруження та зниження адаптаційної здатності організму.

Особливу роль відіграє нейропластичність, тобто, здатність мозку до змін у відповідь на досвід. Зниження рівня нейротрофічного фактора мозку (BDNF) корелює зі зменшенням гіпокампального об'єму та порушенням регуляції стресу [70].

Нейровізуалізаційні дослідження демонструють гіперактивність мигдалеподібного тіла, що підвищує чутливість до загрози, та зниження активності префронтальної кори, яка відповідає за когнітивний контроль і регуляцію емоцій.

Додатково, сучасна психонейроімунологія підкреслює роль запальних процесів: підвищення рівнів інтерлейкіну-6 (IL-6), фактора некрозу пухлин (TNF- α) і С-реактивного білка (CRP) пов'язане з розвитком афективних розладів. Ці запальні маркери не лише супроводжують соматичні хвороби, але

й модулюють психічні симптоми, створюючи двобічний зв'язок «тіло – психіка».

На психологічному рівні модель пояснює роль індивідуальної вразливості, що охоплює як вроджені, так і набуті характеристики, до них, належать особистісні риси (високий нейротизм, емоційна реактивність, низька толерантність до невизначеності), негативні когнітивні схеми («я безсилий», «світ ворожий», «майбутнє безнадійне») та неадаптивні копінг-стратегії. У цій площині особливе значення мають дві взаємодоповнювальні концепції: 1) модель вразливості-стресу (vulnerability–stress model) – згідно з якою психічні розлади виникають тоді, коли особистісна або генетична схильність поєднується зі значним зовнішнім стресом [63]; 2) гіпотеза диференційної сприйнятливості (differential susceptibility hypothesis), яка передбачає: люди з підвищеною чутливістю до середовища (емоційно, генетично або темпераментно) не лише більш уразливі до негативних впливів, але й здатні отримувати більше користі від позитивних умов [44]. Таким чином, один і той самий стресор може мати різні наслідки, як руйнівні для однієї людини так і стимульні – для іншої.

Соціальні детермінанти виступають каталізаторами або буферами розвитку тривожно-депресивних станів. Так, до негативних чинників належать низький соціально-економічний статус, безробіття, сімейні конфлікти, відсутність підтримки, насильство, соціальна ізоляція тощо. Водночас позитивна соціальна інтеграція: належність до спільноти, довірливі стосунки, доступ до освіти та медичної допомоги знижують ризики емоційних розладів.

Сучасні дослідження підкреслюють роль соціальної підтримки як буферного механізму, що зменшує вплив стресу через активацію окситоцинової системи, зниження рівня кортизолу та відновлення гомеостазу. Натомість соціальна ізоляція та хронічне відчуття самотності підвищують рівень запальних процесів, створюючи замкнене коло між соціальною фрустрацією, тілесними та психічними симптомами [17, 30, 31, 34, 36, 88, 93, 100].

Важливою сучасною складовою біопсихосоціальної моделі стали епігенетичні механізми – зміни в експресії генів під впливом середовищних факторів. Хронічний стрес, травма, бідність чи соціальне відторгнення можуть змінювати метилювання ДНК у генах, що регулюють рівень кортизолу та серотоніну (зокрема, SLC6A4, NR3C1), тим самим підвищуючи ризик депресії чи тривоги у майбутньому поколінні [41, 50, 57, 61, 63, 66, 80, 88, 93, 100].

Таким чином, біопсихосоціальна модель виходить за межі індивідуальної психіки, розглядаючи тривожно-депресивні стани як багаторівневу систему зворотних зв'язків, де біологічна вразливість, психологічні механізми й соціальний контекст взаємно підсилюють один одного. Саме біопсихосоціальна модель дозволяє пояснити, чому тривожність і депресія не можуть бути зведені до окремої причини: генетичної, когнітивної чи соціальної, оскільки їхня етіологія є поліфакторною: біологічні порушення формують потенціал уразливості, психологічні процеси – механізм прояву, а соціальні умови – середовище реалізації. Таке розуміння відкриває шлях до інтегративних програм профілактики та терапії, що поєднують медичне лікування, психотерапію та соціально-психологічну підтримку, особливо актуально в умовах воєнних і поствоєнних криз, де одночасно діють усі три типи детермінант [3, 10, 28, 57, 61, 63, 66].

Наступний блок наукової парадигми, який доцільно розглянути в рамках вивчення тривожно-депресивних розладів – це екзистенційно-гуманістична традиція, яка розглядає людину не лише як біопсихосоціальну істоту, а передусім як суб'єкта смислу, який перебуває у постійному пошуку автентичності, мети та внутрішньої узгодженості. На відміну від редукціоністських моделей, цей підхід зосереджується на якісному досвіді буття, де тривога й депресія не зводяться до патології, а постають як універсальні феномени людського існування, що сигналізують про розлад у системі смислів, цінностей і взаємодії зі світом.

Згідно з поглядами В. Франкла, Р. Мея, І. Ялома, тривога – це онтологічна реакція на усвідомлення власної скінченності та неминучої непевності

людського буття. Вона постає як реакція на зіткнення людини з «граничними ситуаціями» такими, як смерть, провина, ізоляція, свобода [24]. Тривога у цьому контексті є не стільки симптомом, скільки сигналом духовного пробудження, що вказує на необхідність переосмислення життєвих орієнтирів. Як зазначав Р. Мей, «тривога – це ціна за свободу», яка виникає тоді, коли людина відчуває відповідальність за власний вибір і за неминучість наслідків своїх дій [20, 24, 31, 36, 58, 77, 104].

У ситуації війни ця тривога набуває екзистенційного виміру: люди стикаються з тотальною невизначеністю, руйнуванням базового почуття безпеки, втратою звичних опор, часу, простору та майбутнього. Війна руйнує фундаментальні екзистенційні структури: довіру до світу, передбачуваність, відчуття приналежності, змушуючи людину зустрітися з первинним страхом небуття. У такому контексті тривога не лише посилює психофізіологічне напруження, а й стає морально-ціннісним викликом: «чи здатна особистість зберегти людяність, свободу вибору та автентичність перед обличчям хаосу?»

Депресія як втрата смислу і розрив між «реальним» та «ідеальним-Я», з позиції поглядів: А. Маслоу, К. Роджерс і В. Франкла, які трактують депресію як сигнал внутрішнього розриву між автентичним «Я» і накинутими зовнішніми ролями чи очікуваннями, а також як наслідок втрати екзистенційного сенсу [6, 58, 77, 87, 104].

К. Роджерс описував цей стан як втрату конгруентності, тобто відповідності між внутрішнім досвідом і самосприйняттям. Коли людина змушена діяти не згідно зі своїми цінностями, а під тиском соціальних вимог або страху, виникає емоційна дисоціація, що з часом веде до депресії [24, 26, 31, 36,].

В. Франкл у «Людині в пошуках сенсу» (1963 р.) підкреслював, що депресія часто є свідченням духовного вакууму, коли руйнується відчуття мети, а внутрішній світ людини стає «порожнім простором». Це не просто смуток, а втрата зв'язку з власними цінностями та майбутнім, що веде до феномену екзистенційної апатії [58].

Під час воєнних умов люди втрачають не лише близьких, дім чи стабільність, вони втрачають частину свого «Я», що було пов'язане з мирним життям, професійною ідентичністю, мріями, планами тощо. Війна провокує екзистенційне зіткнення з абсурдом, коли звичні цінності (праця, безпека, справедливість) стають крихкими або позбавленими сенсу [11, 24, 31, 36, 49]. Депресія в такому контексті є не лише емоційною, а й онтологічною реакцією на втрату світу, що колись мав упорядковану структуру. Як зазначав В. Франкл, навіть у таких умовах порятунком полягає не в униканні страждання, а в пошуку смислу через страждання, у здатності трансформувати біль у джерело внутрішнього зростання.

У межах гуманістичної традиції ключовим механізмом відновлення є повернення до автентичності, як усвідомлення власних почуттів, прийняття відповідальності за власне життя та знаходження особистісного сенсу навіть у руїнах. Як підкреслював К. Роджерс, процес терапевтичного зцілення починається з безумовного прийняття, що дає можливість людині заново відчувати себе суб'єктом, а не об'єктом подій [87]. У цьому сенсі екзистенційно-гуманістичний підхід має глибокий терапевтичний потенціал у контексті війни: він дозволяє перетворювати досвід руйнації на досвід оновлення, а тривогу й депресію, на внутрішні сигнали пошуку смислу, нової ідентичності та ціннісної системи.

Отже, з екзистенційно-гуманістичної перспективи тривога й депресія – це не лише патологічні прояви, а глибинні форми людського переживання невизначеності, втрати й смислотворення. У контексті війни вони відображають кризу буття, але водночас відкривають можливість для нової духовної орієнтації, переосмислення цінностей і відродження життєвої мети. Таким чином, тривожно-депресивні стани у воєнний період можна розглядати не лише як порушення адаптації, а як психологічну реакцію пошуку сенсу в екстремальних умовах, що має потенціал для трансформації особистості.

Екстремальні події: війна, природні катастрофи, терористичні акти, пандемії чи масштабні соціальні кризи – є потужними психотравмуючими

чинниками, які різко порушують базове відчуття безпеки, передбачуваності та контролю над життям. Вони створюють ситуацію граничного досвіду, у якій руйнуються звичні механізми адаптації, а психіка змушена функціонувати в умовах надмірного стресу та екзистенційної загрози.

Згідно з сучасними психотравматологічними моделями [61, 47, 48], вплив екстремальних подій не є однорідним, він залежить від інтенсивності події, її тривалості, суб'єктивного сприйняття загрози та наявності ресурсів відновлення. У соціально-психологічному вимірі такі події стають каталізаторами психічної вразливості, актуалізуючи приховані механізми тривоги, депресії, фрустрації та втрати сенсу.

Роглядаючи сучасні теденти та підходи, поняття «екстремальної ситуації» у психології трактується як умови, що перевищують межі адаптаційних можливостей особистості та викликають реакцію дезорганізації психічної діяльності [24, 31, 36]. Такі події призводять до порушення базових екзистенційних конструктів, довіри до світу, впевненості у майбутньому, ідентичності, автономії.

З точки зору моделі Р. Лазаруса і С. Фолкмана [Lazarus & Folkman, 1984], екстремальні події активують стресову транзакцію, як процес когнітивної оцінки ситуації як загрозової та мобілізації або виснаження внутрішніх ресурсів. Коли ресурси вичерпуються, формується емоційне виснаження, тривога, безпорадність, що є передумовами для розвитку афективних розладів [24, 31, 36, 61].

На нейропсихологічному рівні такі ситуації супроводжуються гіперактивацією системи НРА, підвищенням рівня кортизолу, порушенням регуляції лімбічної системи, а також зниженням пластичності нейронних зв'язків у гіпокампі, що зумовлює постійне відчуття загрози навіть після припинення дії стресора [70]. Таким чином, війна чи катастрофа залишають тривалу біопсихологічну пам'ять травми, яка перетворюється на схильність до рецидивуючих тривожно-депресивних станів.

Розглянемо, механізми формування психічної вразливості під дією екстремальних подій

1. Травматичне порушення системи безпеки. Екстремальні події порушують базову потребу у безпеці, формуючи синдром очікування загрози. Людина живе в стані постійної настороженості, що поступово виснажує адаптаційні ресурси, спричиняючи хронічну тривогу.

2. Руйнування життєвого сценарію. Втрата житла, роботи, близьких, соціального статусу створює екзистенційний вакуум. Відчуття безпорадності та втрати контролю над подіями перетворює депресію на психологічну форму жалоби за втраченим життям [58].

3. Когнітивна дезінтеграція. Унаслідок сильного стресу порушуються звичні когнітивні схеми, що забезпечують цілісне сприйняття світу. З'являється фрагментованість мислення, відчуття нереальності (дереалізація, деперсоналізація), що веде до посилення тривоги та відчуття «розщеплення» Я.

4. Соціальна ізоляція та колективна травма, тобто екстремальні події змінюють не лише індивідуальну, а й соціальну психіку. Виникає феномен «розділеної травми», коли біль і страх передаються через комунікацію в спільноті. Це формує атмосферу колективної тривожності, яка підтримує емоційний дистрес навіть у тих, хто не був безпосереднім свідком подій [24, 31, 36, 39, 43].

5. Трансгенераційна передача травматичного досвіду?зк показують дослідження [24, 31, 36, 39, 43]], переживання війни або катастрофи можуть змінювати епігенетичні механізми, передаючи підвищену стресову реактивність наступним поколінням. Таким чином, війна формує трансмісійні патерни тривоги, що впливають на поведінку дітей і підлітків навіть у мирний час.

6. Соціально-психологічні аспекти вразливості різних груп. Найбільш вразливими до впливу екстремальних подій є: молодь, яка ще не сформувала стабільні механізми саморегуляції та життєві стратегії; жінки,

через вищу емоційну чутливість і соціальні ролі догляду;нутрішньо переміщені особи та біженці, які зазнали втрати соціальних зв'язків; ветерани та цивільні свідки насильства, у яких формується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)/

У межах цих груп тривожність і депресія виконують не лише патогенну, а й адаптивну функцію, вони сигналізують про потребу переосмислення життєвих цілей, пошуку нової системи безпеки та підтримки.

Отже, попри руйнівний вплив, екстремальні події можуть стати джерелом посттравматичного зростання [24, 31, 36, 39, 43]. Вживання у кризі здатне пробудити новий рівень усвідомлення власних можливостей, пріоритетів, духовності.

Згідно з концепцією ресурсно-орієнтованого підходу [61], травматичний досвід може стимулювати мобілізацію особистісних і соціальних ресурсів емпатії, солідарності, здатності до співчуття та колективної взаємодії.

Для цього необхідна психологічна підтримка, що базується на гуманістичних і травмоінформованих принципах: безумовному прийнятті, відновленні довіри, розвитку безпечних зв'язків і поступовій інтеграції травматичного досвіду в особистісну історію.

Екстремальні події виступають каталізаторами психічної вразливості, активуючи механізми тривоги, депресії, втрати сенсу й порушення ідентичності. Їхній вплив є системним: від нейробіологічних змін до соціально-культурних наслідків.

Водночас ці події можуть стати тригерами глибинної трансформації, коли через біль, втрату й хаос людина віднаходить нові смисли, стратегії самозбереження та здатність до емпатії.

Таким чином, психічне здоров'я у контексті війни та катастроф постає не як статичний стан, а як динамічний процес балансу між вразливістю та стійкістю, де тривога і депресія – це не лише симптоми, а й відображення

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз засвідчив, що психічне здоров'я є складною багаторівневою системою, у якій взаємодіють біологічні, психологічні, соціальні, економічні та культурні чинники. У сучасній науковій парадигмі воно розглядається не лише як відсутність психічних розладів, а як стан цілісного благополуччя, що забезпечує здатність особистості до саморегуляції, емоційної стійкості, соціальної взаємодії та самоактуалізації.

Еволюція уявлень про психічне здоров'я від вузько медичного до біопсихосоціального підходу відображає тенденцію до розуміння його як динамічного феномена, пов'язаного з умовами життя, соціальною стабільністю та можливостями розвитку людини. Аналіз міжнародних класифікацій (МКХ-10, МКХ-11, DSM-5) дав змогу систематизувати критерії діагностики та визначити, що сучасна модель психічного здоров'я ґрунтується на принципах континуальності, функціональної дезадаптації та інтеграції біологічних і соціальних чинників.

У сучасному глобальному контексті психічне здоров'я трактується як багатовимірне поняття, що включає емоційне, психологічне та соціальне благополуччя, здатність адаптуватися до життєвих викликів, зберігати працездатність і взаємодіяти з соціумом. Значну роль у формуванні сучасного підходу відіграли Всесвітня організація охорони здоров'я, а також різні наукові та громадські ініціативи, які спрямовані на просування ідей профілактики, підтримки та збереження ментального здоров'я.

Узагальнюючи аналіз наукових досліджень, можна відзначити, що глобальні детермінанти негативного впливу на ментальне здоров'я, серед яких ключову роль відіграють соціально-економічна нерівність, безробіття, бідність, кліматичні зміни, урбанізаційний стрес, культурна стигма та гендерні бар'єри. Доведено, що ці чинники взаємопов'язані й посилюють один одного, створюючи комплексну систему ризиків, яка визначає вразливість населення до емоційних розладів, насамперед тривоги та депресії.

Соціальні дослідження підтверджують, що нестабільні сімейні стосунки, економічна невизначеність і відсутність соціальної підтримки стають значущими предикторами психологічних порушень. Модель «вразливість-стрес» пояснює, як поєднання біологічних схильностей і зовнішніх стресорів спричинює розвиток психічних розладів, тоді як гіпотеза диференціальної сприйнятливості акцентує на тому, що саме чутливість до середовища визначає ступінь емоційного реагування людини.

Загальносвітові тенденції, відображені у доповідях ВООЗ та ініціативі World Mental Health Survey, свідчать, що емоційні й нейропсихіатричні розлади залишаються провідною причиною втрати працездатності у світі, а тривога та депресія посідають перші місця серед найпоширеніших форм психічних порушень. Екологічні чинники – зміна клімату, деградація довкілля, наслідки: стихійних лих, дедалі частіше виступають не лише фізичними, а й психологічними загрозами, сприяючи розвитку екотривоги, ПТСР і соціальної апатії.

Культурні та гендерні аспекти у свою чергу визначають готовність людини визнавати свій стан, звертатися по допомогу та приймати лікування. Висока стигматизація психічних розладів у поєднанні з гендерними стереотипами («чоловік не має права на слабкість», «жінка надто емоційна») створює бар'єри для своєчасної діагностики та терапії, особливо в традиційних або соціально консервативних суспільствах.

Можна стверджувати, що ментальне здоров'я сучасної людини формується на перетині індивідуальних і колективних процесів, а його порушення є наслідком системної взаємодії глобальних, соціальних і особистісних детермінант. У цьому контексті забезпечення психічного благополуччя стає не лише медичним, а й гуманітарним завданням, що вимагає комплексного підходу, поєднання наукових знань, освітніх стратегій, соціальної політики та культурної чутливості.

Тривожність і депресія у вразливих соціальних групах за умов екстремальних подій постають як поліфакторні феномени, що формуються у

взаємодії біологічної вразливості (НРА-дисрегуляція, нейропластичність, тощо), психологічних механізмів (дисфункційні схеми, румінації, уникання, упереджена увага до загрози) та соціального контексту (втрата безпеки, ізоляція, економічна нестабільність). Когнітивно-поведінкові, біопсихосоціальні й екзистенційно-гуманістичні підходи конвергують у тому, що екстремальне середовище (війна, катастрофи, вимушене переміщення) каталізує приховані вразливості, прискорює перехід від адаптивної тривоги до дезадаптації й поглиблює смислові кризи. Разом із тим, наявність соціальної підтримки, розвиток копінг-навичок і робота зі смислами здатні виконувати буферну функцію, відкриваючи простір для посттравматичного зростання. Така інтегральна оптика окреслює необхідність багаторівневих втручань: поєднання медико-психологічної допомоги з соціальними політиками підтримки та програмами відновлення суб'єктивного контролю й сенсу. Отже, тривожно-депресивні прояви у воєнному та поствоєнному контекстах варто розглядати не як статичний діагноз, а як динамічний процес балансу між вразливістю та стійкістю, який підлягає цілеспрямованій профілактиці, терапії та реабілітації.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У МОЛОДІ

2.1. Організація та методика дослідження

Дослідження психологічних особливостей впливу воєнних дій на рівень тривожності та депресії у молоді здійснювалося у кілька взаємопов'язаних етапів, що забезпечило послідовність, системність і наукову обґрунтованість результатів. Дозволи нам виконати всі поставлені завдання нашого дослідження.

На першому, теоретико-аналітичному етапі ми розглянули та проаналізували науково-теоретичні джерела, які присвячені вивченню феноменів тривожності та депресії, а також особливостей їх прояву в умовах соціальної нестабільності, криз і воєнних дій.

Було проаналізовано праці зарубіжних і вітчизняних дослідників, зокрема роботи А. Бека, Л. Виготського, Г. Енгеля, Б. Лазаруса, Р. Мея, К. Роджерса, Ч. Спілбергера, Б. Скіннера, В. Франкла, С. Фолкмана, З. Фрейда та інших, а також сучасні публікації та метааналізи ВООЗ і Американської психіатричної асоціації (АРА).

Теоретичний аналіз дозволив узагальнити сучасні уявлення про природу тривожно-депресивних розладів, виокремити біопсихосоціальні, когнітивно-поведінкові, психодинамічні та екзистенційно-гуманістичні підходи до пояснення їх механізмів, а також визначити специфіку впливу екстремальних подій на психічне здоров'я молоді.

Результатом теоретико-аналітичного етапу стало обґрунтування наукової проблеми та формування концептуальної моделі дослідження, в якій тривожність і депресія розглядаються як інтегровані емоційні стани, що виникають унаслідок взаємодії зовнішніх стресорів (війна, соціальна

нестабільність) та внутрішніх особистісних чинників (копінг-стратегії, життєві смисли, емоційна регуляція тощо).

На другому етапі нашого дослідження, було здійснено підбір, аналіз і апробацію психодіагностичного інструментарію, що відповідає меті та завданням нашої роботи. Основними критеріями відбору психодіагностичних методик були: стандартизованість, валідність і надійність інструментарію, відповідність досліджуваній віковій групі (18–24 роки), можливість кількісного аналізу результатів, наявність апробації в українських та міжнародних вибірках, здатність охопити як емоційно-когнітивний, так і поведінковий рівень реагування на стрес.

Для комплексного вивчення особливостей впливу війни на рівень тривожності та депресії у молоді нами було обрано чотири основні психодіагностичні методики:

1. Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, (BDI)) [43] з метою визначення рівня депресивності та когнітивно-емоційних симптомів. Вибір даної методики зумовлений її високою валідністю, можливістю кількісного аналізу та широким застосуванням у дослідженнях психічних станів молоді серед українських науковців.

2. Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI) [1, 10, 11, 16, 37], використана нами для вимірювання двох рівнів тривоги: ситуативної (як поточного емоційного стану) і особистісної (як стійкої риси характеру особистості). Ця методика є стандартною у багатьох міжнародних дослідженнях тривожності, що дозволяє відокремити ситуаційний вплив війни від базової емоційної схильності особистості.

3. Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхана, в адаптації Н.А. Сирота, В.М. Ялтонський) [1, 10, 11, 16, 33], обрана нами для виявлення провідних стратегій подолання стресу. Її використання дало нам можливість встановити, які саме моделі реагування (активні, емоційно-регулятивні, унікальні) домінують у молоді під час війни.

4. Тест стресостійкості «BASIC Ph» (Мулі Лахада) [1, 10, 11, 16, 80] обран для оцінки структури ресурсів і провідних каналів подолання кризових ситуацій. Який досліджує: Belief & values (B)– віра, переконання, цінності, філософія життя; Affect (A)– вираження емоцій та почуттів; Socialization (S) – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування; Imagination (I) – уява, мрії, спогади, творчість; Cognition, thought (C) – розум, пізнання, когнітивні стратегії; Physical (Ph) – фізична активність, тілесні ресурси. Методика дозволяє визначити, чи опирається людина у стресі більше на когнітивні, емоційні, соціальні, тілесні або духовні механізми [1, 10, 11, 16, 33].

Результатом цього етапу стало формування психодіагностичного комплексу, який забезпечив цілісне вивчення як негативних (тривожність, депресія), так і ресурсних (копінг, адаптація) характеристик психічного стану молоді.

На третьому етапі було здійснено проведення емпіричного дослідження серед студентської молоді віком 18–24 роки. Участь у дослідженні взяли 85 осіб, з них 45 жінок (52,9%) і 40 чоловіків (47,1%).

Добір респондентів проводився із дотриманням етичних стандартів за принципом добровільності та надання інформаційної згоди. Респондентів було проінформовано про цілі дослідження, умови збереження конфіденційності та право відмовитися від участі. Усі учасники мали досвід проживання в умовах воєнного стану в Україні. Опитування проводилося анонімно, в очному форматі у вищих навчальних закладах м. Одеси.

Четвертий етап нашого дослідження полягав в опрацюванні отриманого масиву даних, нами було проведено кількісний і якісний аналіз отриманих даних наших респондентів. Для математико-статистичної обробки результатів використовувалися: описова статистика (середні значення, стандартне відхилення, відсоткові співвідношення), кореляційний аналіз (за коефіцієнтом К. Пірсона) з метою визначення взаємозв'язків між рівнем тривожності,

депресивності та копінг-стратегіями. Обробка отриманих даних здійснювалася з використанням програм SPSS Statistics 21.0 та MS Excel.

Отримані результати дали змогу окреслити структуру тривожно-депресивних станів, визначити домінуючі копінг-механізми, а також виявити взаємозв'язки між емоційними показниками та соціальними чинниками.

Підсумковим етапом дослідження стало узагальнення результатів і формування психологічних стратегій подолання тривожно-депресивних станів у молоді в умовах війни. Ґрунтуючись на висновках які було зроблено на основі отриманих емпіричних даних наших респондентів розроблено рекомендації щодо побудови системи психологічної підтримки, які лягли в основу наступного розділу дослідження. Також нами було проаналізовано науково-практичні надбання сучасності, завдяки чому нам вдалось відокремити основні принципи психологічної допомоги та підтримки молоді в умовах війни, що були розкриті в гуманістичній, травмоінформованій та ресурсно-орієнтованій теоріях. Завдяки глибокому аналізу та проведеному експериментальному дослідженню, ми намагались побудувати моделі профілактики та підтримки психічного здоров'я молоді, які узагальнюють сучасні практичні моделі формування стресостійкості, резилієнтності та емоційної саморегуляції.

Таким чином, дослідження реалізовано як багаторівневий процес: від теоретичного осмислення феномену до розробки практичних моделей психологічної допомоги, що забезпечує цілісність і наукову достовірність отриманих результатів.

2.2. Результати діагностики рівня тривожності та депресії

Вивчення рівня тривожності та депресії серед молоді, яка проживає в умовах воєнного стану, є одним із ключових завдань нашого дослідження, оскільки саме ці емоційні стани відображають глибину психологічного реагування на хронічний стрес, невизначеність і загрозу безпеці. У сучасних

соціально-психологічних умовах війни молодь виступає однією з найбільш вразливих категорій населення, для якої порушення стабільності, втрата контролю над життям і дезорганізація звичного середовища стають потужними чинниками емоційного виснаження [28].

Діагностика тривожності та депресії у нашій вибірці мала на меті не лише кількісне вимірювання рівнів емоційних порушень, а й виявлення їхніх якісних характеристик, взаємозв'язків між окремими параметрами та потенційними механізмами психологічної адаптації. Особливу увагу було приділено співвідношенню реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності, а також когнітивно-афективним проявам депресії, що дозволило оцінити як безпосередні реакції на воєнні події, так і більш стійкі особистісні риси, які впливають на психологічну резистентність.

На першому етапі психодіагностичного дослідження ми зосередились на визначенні рівня проявів депресії та тривожності, нами було використано: шкалу депресії Бека (BDI) та шкали реактивної й особистісної тривожності Ч Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI) [37, 43]. Проведений аналіз дозволив визначити рівні поширеності тривожних і депресивних симптомів у студентської молоді, порівняти їх за гендерними показниками, а також дослідити зв'язки між цими станами (табл. 2.1, 2.2) та рис. 2.1, 2.2).

Таблиця 2.1

Прояви депресій серед вибірки

Рівень Депресії	Юнаки	Дівчата
Мінімальна депресія (0-13 балів)	37,50	42,22
Легка депресія (14-19 балів)	20,00	22,22
Помірна депресія (20-28 балів)	27,50	24,44
Важка депресія (29-63 балів)	15,00	11,11

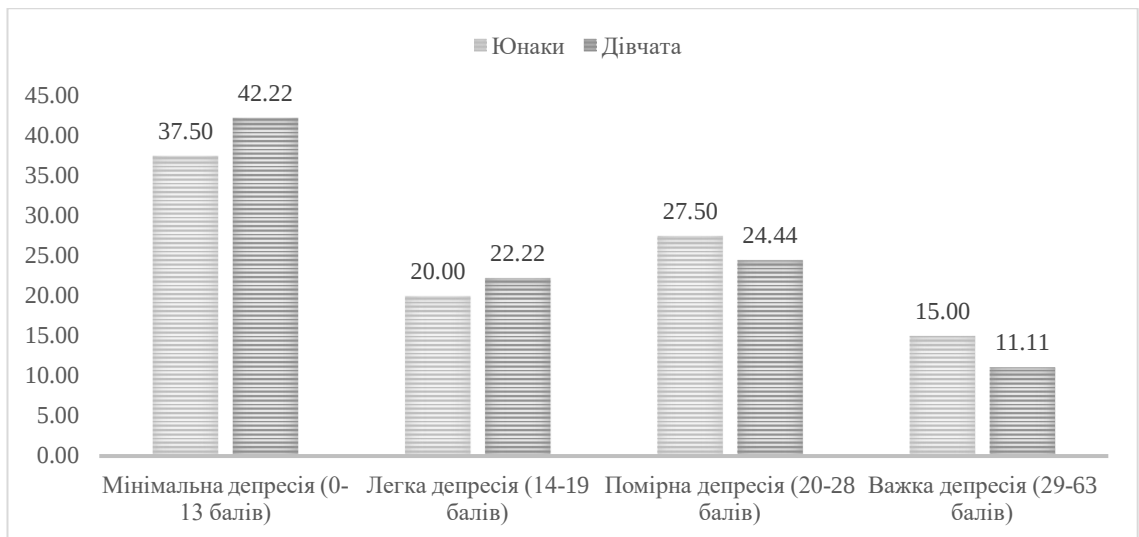


Рис. 2.1 Рівень депресії серед респондентів

Отримані результати за шкалою депресії А. Бека (BDI) дозволяють охарактеризувати загальний емоційний стан досліджуваної молоді та виявити особливості прояву депресивних симптомів у гендерному аспекті.

В цілому аналіз показав, що депресивна симптоматика виявлена у більшості респондентів вибірки, однак переважають легкі та помірні форми депресії, які відображають емоційне напруження, зниження мотивації, часткову дезорганізацію діяльності, але не свідчать про клінічно виражені порушення. Така тенденція узгоджується з сучасними даними щодо психологічного стану молоді в умовах воєнного стану, де переважають реакції адаптивного типу на хронічний стрес.

Розглядаючи детальніше отримані дані можливо зазначити, що прояви мінімальної депресії (0–13 балів) спостерігається у 37,50 % юнаків та 42,22 % дівчат. Це свідчить, що майже половина учасників демонструють задовільний психоемоційний стан із незначними проявами пригніченості, ситуативного зниження настрою чи втоми. Для цієї групи характерна збережена активність, адекватна самооцінка, наявність соціальних зв'язків і цілей, що сприяють психологічній стійкості.

Легка депресія (14–19 балів) зафіксована у 20,00 % юнаків і 22,22 % дівчат. На цьому рівні відображається наявність емоційної вразливості,

епізодів апатії, невпевненості у власних силах та короточасних труднощів у концентрації уваги чи мотивації. Вони можуть бути пов'язані з хронічною втомою, академічним навантаженням або психологічним впливом воєнних подій.

Помірна депресія (20–28 балів) виявлена у 27,50 % юнаків і 24,44 % дівчат, що показує тенденцію до наростання дистимічних реакцій: погіршення настрою, зниження енергії, емоційне виснаження, песимістичне сприйняття майбутнього. У цій групі можливі труднощі соціальної взаємодії, зниження навчальної мотивації та інтересу до діяльності.

Важка депресія (29–63 бали) зафіксована у 15,00 % юнаків та 11,11 % дівчат, що вже свідчить про наявність клінічно значущих симптомів, які потребують спеціалізованої психологічної або психотерапевтичної підтримки. У таких осіб можуть спостерігатися виражене почуття безнадійності, відчуження, емоційна спустошеність, а також соматичні прояви (порушення сну, апетиту, концентрації).

Отримані результати демонструють незначні, але показові гендерні відмінності. Так, можливо відзначити, що дівчата в середньому мають вищий відсоток у групі з мінімальним рівнем депресії (42,22 % проти 37,50 % у юнаків), що може свідчити про більш розвинені емоційно-регуляторні механізми, соціальну підтримку та здатність до вербалізації емоційного досвіду. Водночас серед юнаків частіше спостерігаються помірні та важкі форми депресії (27,50 % і 15,00 % відповідно), що може бути наслідком внутрішньої ретенції емоцій, соціальної заборони на прояв вразливості та недостатнього звернення по психологічну допомогу.

Таким чином, можна зробити висновок, що чоловіча частина вибірки демонструє вищу приховану психоемоційну напругу, тоді як у дівчат спостерігається більш дифузне, але емоційно виражене реагування, що не досягає патологічного рівня.

Порівняльний аналіз показників свідчить, що: понад 60 % респондентів мають ознаки депресивних проявів різного ступеня; лише близько 40 % осіб

перебувають у межах психологічної норми без вираженого емоційного дистресу; помірна депресія є найбільш поширеною формою серед обох груп.

Таким чином, результати діагностики за шкалою А. Бека дозволяють стверджувати, що: депресивні тенденції мають системний характер і проявляються як реакція на тривале перебування у ситуації екзистенційної небезпеки; молодь демонструє переважно непатологічний, але емоційно виснажений рівень реагування; наявність помірних і важких форм депресії у частини вибірки вказує на потребу в своєчасній психопрофілактиці, психоосвітній роботі та формуванні ресурсних стратегій подолання.

Другим фокусом нашої уваги стало визначення проявів тривоги серед молодого покоління українців, для цього ми використали шкалу реактивної та особистісної тривожності Ч.Спілберга-Ю.Ханіна (STAI) (табл. 2.2 та рис. 2.2)

Таблиця 2.2

Прояви реактивної та особистісної тривожності серед молоді

Рівень Тривожності	Юнаки	Дівчата
Реактивна Тривожність (РТ)		
Низький	22,50	26,67
Помірний	37,50	31,11
Високий	40,00	42,22
Особистісна Тривожність (ОТ)		
Низький	25,00	28,89
Помірний	45,00	33,33
Високий	30,00	37,78

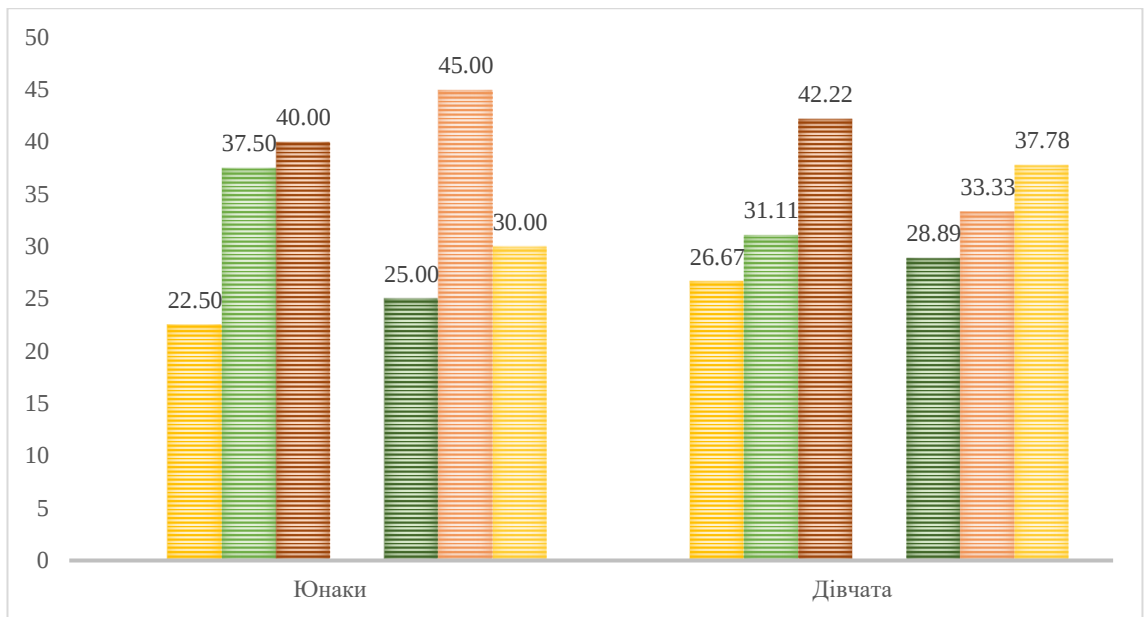


Рис. 2.2 Прояви реактивної та особистісної тривожності серед вибірки

Дослідження рівня тривожності за шкалою реактивної та особистісної тривожності Ч.Спілберга-Ю.Ханіна (STAI) дало можливість проаналізувати як ситуативну (реактивну (РТ)), так і стабільну (особистісну (ОТ)) складову тривожності серед молоді в умовах воєнного стану. Цей інструмент дозволяє диференціювати тимчасові емоційні реакції на стресову ситуацію від глибинної особистісної схильності до тривожного сприйняття світу, що є важливим у контексті війни, коли зовнішні загрози можуть активізувати латентні внутрішні механізми тривожності.

Результати показали, що високий рівень реактивної тривожності спостерігається у 40,00 % юнаків та 42,22 % дівчат, що свідчить про підвищений рівень емоційного напруження та переживання поточної ситуації як загрозової. Учасники з високим рівнем РТ, як правило, відзначають труднощі у концентрації, надмірну збудливість, внутрішню напругу та очікування небезпеки навіть без очевидних підстав. Такий показник є типовим для умов воєнного стану, коли молоді люди щоденно стикаються з інформаційними, соціальними й емоційними стресорами.

Помірний рівень реактивної тривожності виявлено у 37,50 % юнаків і 31,11 % дівчат. Ця група демонструє збережену здатність до емоційної

регуляції, однак у ситуаціях невизначеності проявляє напруженість, підвищену чутливість до невдач і труднощів. Такі респонденти переважно орієнтуються на мобілізацію ресурсів, але в умовах хронічного стресу можуть переходити у стан тривожного виснаження.

Низький рівень РТ зафіксовано у 22,50 % юнаків і 26,67 % дівчат. Для цієї частини вибірки характерна відносна емоційна стабільність, стійкість до зовнішнього тиску, здатність до раціональної оцінки ситуації. У деяких випадках низькі показники можуть також свідчити про психологічні захисні механізми (витіснення, заперечення), коли особа свідомо або несвідомо мінімізує значущість загрозливих подій.

Таким чином, у більшості опитаних (понад 70 %) реактивна тривожність перебуває на помірному або високому рівні, що вказує на наявність стійкого емоційного напруження як реакції на воєнну реальність, невизначеність майбутнього та інформаційний перевантаження.

Аналіз показників особистісної тривожності демонструє, що помірний рівень ОТ мають 45,00 % юнаків і 33,33 % дівчат, що свідчить про збалансовану, але підвищену тривожність як рису особистості, коли емоційна чутливість та напруга зберігаються навіть за відсутності безпосереднього стресора. У цій групі спостерігається схильність до перфекціонізму, самокритичності та гіперконтролю, що може ускладнювати адаптацію до непередбачуваних умов війни.

Високий рівень ОТ виявлено у 30,00 % юнаків та 37,78 % дівчат, що може свідчити про формування стабільного тривожного патерну особистості, який проявляється у схильності до постійного очікування небезпеки, надмірного аналізу можливих ризиків і тенденції до уникання нових або складних ситуацій. Такі особи мають підвищену емоційну чутливість, труднощі у релаксації, часто перебувають у стані передбачуваної загрози. З психологічної точки зору, це може бути наслідком тривалої дії воєнного стресу, втрати базової безпеки та нестачі соціальної підтримки.

Низький рівень особистісної тривожності зафіксовано у 25,00 % юнаків і 28,89 % дівчат. Для цієї категорії притаманна емоційна зрілість, адекватна самооцінка, здатність до реалістичної оцінки ризиків. Водночас, у контексті війни така низька тривожність може свідчити не лише про стабільність, а й про механізми психологічного захисту або зниження чутливості через адаптаційне виснаження.

У результатах діагностики спостерігається тенденція до вищих показників як реактивної, так і особистісної тривожності серед дівчат. Так, 42,22 % дівчат демонструють високий рівень ситуативної тривожності (проти 40,00 % юнаків), а 37,78 % дівчат – високий рівень особистісної тривожності (проти 30,00 % юнаків). Це узгоджується з даними численних психологічних досліджень, які вказують на більш виражену емоційну чутливість жінок, вищу емпатійність і схильність до переживання міжособистісних конфліктів.

Для юнаків, натомість, характерна вища частка помірної тривожності, що відображає тенденцію до емоційного самоконтролю та стриманості у вираженні емоцій. Однак така стратегія часто є компенсаторною та може супроводжуватися прихованими формами напруження або психосоматичними реакціями.

Порівняння показників реактивної та особистісної тривожності дозволяє зробити висновок, що у більшості досліджуваних рівень реактивної тривожності перевищує особистісну, це свідчить про домінування ситуативних реакцій на воєнний стрес; значна частка осіб із високими показниками обох типів тривожності свідчить про формування стійких тривожних тенденцій, що можуть перейти у хронічні афективні порушення за відсутності психологічної підтримки; співвідношення тривожності вказує на актуалізацію як короткочасних емоційних реакцій, так і глибинних рис особистості, що посилюються в умовах невизначеності, небезпеки та соціальної нестабільності.

Отже, за результатами діагностики можна констатувати, що більшість молодих людей мають помірно або високо виражений рівень тривожності, це

відображає емоційний резонанс на воєнні події та хронічний стрес соціального середовища. Отримані дані свідчать про необхідність системної психологічної профілактики серед студентської молоді, спрямованої на: розвиток навичок емоційної саморегуляції; формування адаптивних копінг-стратегій; відновлення базового відчуття безпеки; підвищення рівня психоосвіченості щодо розпізнавання та подолання тривожних станів.

Таким чином, результати за шкалою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна дозволяють розглядати тривожність молоді не лише як реакцію на травматичну реальність війни, а як комплексний показник психологічної адаптації, який визначає здатність особистості зберігати внутрішню рівновагу, регулювати емоції та підтримувати ефективне функціонування в умовах екстремальної соціальної ситуації.

Отже, отримані результати дослідження рівнів тривожності та депресії серед молоді засвідчують необхідність не лише виявлення емоційних порушень, але й усвідомлення внутрішніх ресурсів, які можуть стати основою для психологічної стабілізації та відновлення. В умовах воєнного стану молоді люди стикаються з численними стресогенними факторами, що виснажують їхню психіку та знижують адаптаційні можливості. Тому особливо важливим завданням є визначення індивідуальних стратегій подолання стресу, тобто тих внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які особистість активує для збереження психічної рівноваги.

У цьому контексті доцільним стало використання у нашому дослідженні моделі стресодолаття «BASIC Ph», розробленої професором Мулі Лахадом, директором Ізраїльського Центру попередження стресу. Згідно з концепцією автора, потенціал виходу з кризи існує у кожній людині, а завдання психолога полягає у тому, щоб допомогти людині побачити, розвинути та навчитися ефективно використовувати свої внутрішні ресурси [80].

Цінність моделі «BASIC Ph» полягає у її цілісному підході до розуміння людської стресостійкості. Вона охоплює повний спектр шляхів, через які особистість може долати стрес, ґрунтуючись на глибоких теоретичних і

емпіричних дослідженнях. Саме тому ця методика була обрана нами для подальшого етапу дослідження, вивчення структури індивідуальних ресурсів і каналів подолання кризових ситуацій серед молоді в умовах війни (табл. 2.3 та рис. 2.3)

Таблиця 2.3

Особливості стресоподолання за моделлю Мулі Лахадома

Модальність BasicPh	Юнаки	Дівчата
Віра (Belief)	12,50	13,33
Афект (Affect)	15,00	20,00
Соціальний (Social)	17,50	24,44
Уява (Imagination)	10,00	13,33
Когніція (Cognition)	25,00	15,56
Фізичний (Physical)	20,00	13,33

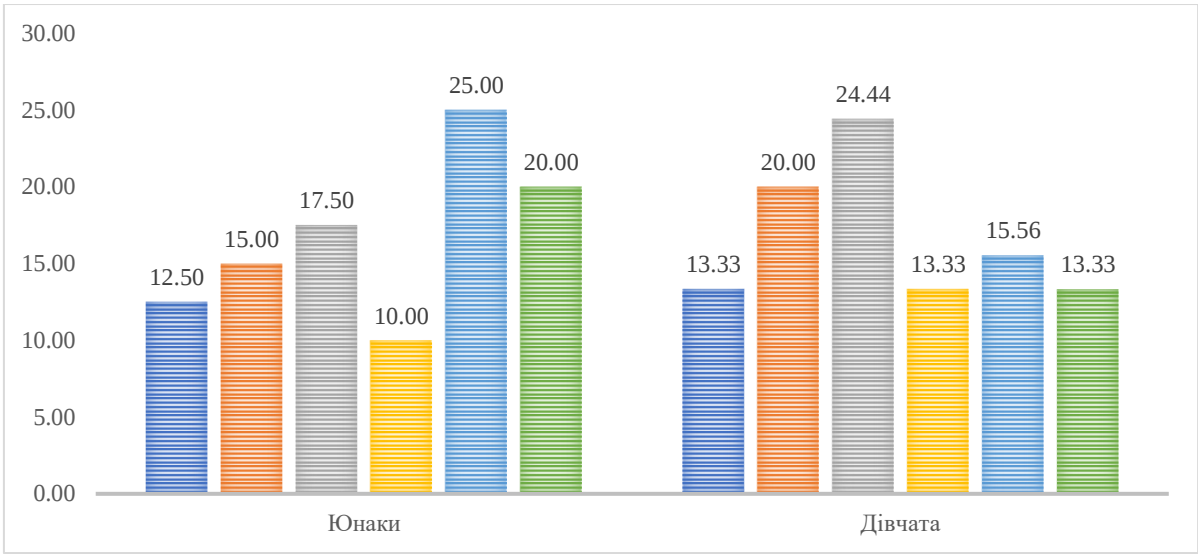


Рис. 2.3 Прояви особливостей стресоподолання серед молоді

Аналіз отриманих результатів за методикою BASIC Ph (Мулі Лахадома) дозволив виявити специфіку провідних каналів подолання стресу серед молоді в умовах воєнного стану. Модель ґрунтується на уявленні про багатовимірну структуру особистісних ресурсів, які забезпечують адаптацію до екстремальних подій. У ній виокремлюються шість модальностей: віра

(Belief), афект (Affect), соціальний канал (Social), уява (Imagination), когнітивний канал (Cognition) та фізичний (Physical).

Дані, отримані під час нашого дослідження, засвідчили наявність певних гендерних відмінностей у структурі ресурсного профілю.

Серед юнаків домінуючим каналом подолання стресу є когнітивний (25,00%), що свідчить про схильність до раціонального осмислення подій, аналізу ситуацій, логічного планування та пошуку рішень. Такий тип реагування є адаптивним у короткотривалій перспективі, оскільки створює ілюзію контролю над подіями, однак за умов хронічного стресу може призводити до надмірного інтелектуалізування переживань і зниження емоційного контакту з власними почуттями.

Другою за значущістю виявилася фізична модальність (20,00%), що свідчить про тенденцію юнаків знімати напругу через тілесну активність, спорт або дотримання певного режиму. Це відображає прагнення до збереження енергетичного балансу й використання тіла як інструмента саморегуляції. Помітну роль також відіграють соціальний (17,50%) та афективний (15,00%) канали, можна припустити, що юнаки залучають соціальні контакти, але меншою мірою, ніж дівчата, а емоційна виразність у них часто поступається когнітивним механізмам. Найменш вираженими виявилися віра (12,50%) та уява (10,00%), що вказує на недостатнє використання духовних і креативних ресурсів у процесі відновлення внутрішньої рівноваги.

Таким чином, для юнаків характерна когнітивно-діяльнісна модель подолання, орієнтована на раціоналізацію, контроль та фізичну активність. Такий тип може бути ефективним у короткій перспективі, але потребує посилення емоційно-сміслових компонентів для глибшої інтеграції пережитого досвіду.

У групі дівчат провідним ресурсом виявився соціальний канал (24,44%), що свідчить про високу потребу у взаємопідтримці, емпатійних контактах і комунікації. Цей ресурс відіграє ключову роль у зниженні депресивних проявів

і формуванні почуття безпеки. Другим за частотою використання є афективний канал (20,00%), який характеризує здатність виражати почуття, емоційно розряджатися та знаходити відгук у соціальному оточенні.

Когнітивна модальність (15,56%) у дівчат є менш вираженою, що свідчить про переважання емоційної та міжособистісної регуляції над аналітичною. Водночас віра (13,33%), уява (13,33%) та фізичний канал (13,33%) мають приблизно однакову вираженість і виступають додатковими шляхами стабілізації, що активізуються залежно від ситуації.

Таким чином, дівчата демонструють соціально-емоційну модель стресоподолання, засновану на емпатії, міжособистісних зв'язках і відкритості у вираженні почуттів. Разом з тим, нижчий рівень когнітивного та фізичного каналів може свідчити про ризик емоційного перевантаження та потребу у розвитку навичок саморегуляції й аналітичного мислення.

Порівняльний аналіз виявив, що юнаки спираються переважно на раціонально-структурні й тілесні ресурси, тоді як дівчата більш схильні опиратись на соціально-емоційні. Такий розподіл відповідає загальним психологічним тенденціям гендерної диференціації у способах подолання стресу.

У цілому результати підтверджують, що молодь, попри високий рівень тривожності й депресивності, зберігає ресурсний потенціал, який може бути активізований у процесі психологічної підтримки. Визначення провідних каналів BASIC Ph дозволило краще зрозуміти внутрішню структуру адаптаційних механізмів і створює основу для розробки цільових стратегій профілактики емоційного виснаження та підвищення стресостійкості серед молоді в умовах воєнного стану.

Отримані результати засвідчують, що попри загальне емоційне напруження, спричинене воєнними подіями, молодь зберігає значний потенціал адаптаційних ресурсів. Домінування когнітивно-діяльнісних стратегій у юнаків та соціально-емоційних у дівчат відображає різні способи подолання стресу, що формуються під впливом соціокультурних і

особистісних чинників. Такий розподіл підкреслює потребу у гендерно диференційованих підходах до психологічної підтримки, які поєднують розвиток раціональних, емоційних і смислових ресурсів. Отримані дані стали підґрунтям для подальшого аналізу копінг-стратегій, спрямованих на подолання тривожно-депресивних станів у молоді в умовах війни.

З метою більш глибокого розуміння психологічних механізмів подолання стресових ситуацій, спричинених воєнними подіями, було використано методику «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (в адаптації Н.А. Сироти, В.М. Ялтонського). Дана методика дозволяє визначити три провідні стилі реагування: активне вирішення проблем, пошук соціальної підтримки та пасивне уникнення проблем (табл. 2.4)

Таблиця 2.4

Особливості копінг-стратегій серед молоді

Спосіб вирішення проблем	Юнаки	Дівчата
Активне вирішення проблем	28,7	16,8
Пошук соціальної підтримки	18,3	26,5
Пасивне уникнення проблем	25,7	28,3

Примітка: результати надано за середнім балом

Отримані результати свідчать про наявність виражених гендерних відмінностей у використанні копінг-стратегій. Так серед юнаків середній найвищий показник склав 28,7 бали, що відповідає середньому рівню, наближеному до високого в рамках використання стратегії активного вирішення проблем, що вказує на схильність до раціонального аналізу, ініціативності та контролю над ситуацією, це узгоджується з їхнім когнітивно-структурним профілем (виявленим за моделлю BASIC Ph). Така стратегія є конструктивною формою копіngu, оскільки передбачає усвідомлену мобілізацію ресурсів для подолання труднощів.

У дівчат середній показник за цим параметром становить 16,8 бали, що відповідає низькому рівню активності у вирішенні проблем. Це свідчить про

переважання емоційно-соціальних способів подолання стресу, а також про тенденцію до уникання прямого зіткнення з труднощами, особливо за умов тривалого психологічного навантаження. Оскільки дівчата демонструють значно вищі результати (26,5 бали) в рамках стратегії пошуку соціальної підтримки, що відповідає середньому рівню, близькому до високого. Такий показник вказує на виражену потребу в емоційній підтримці, комунікації, взаємодії з оточенням. Це може виступати захисним чинником від розвитку депресивних станів, але водночас створює ризик емоційної залежності від соціального схвалення. При цьому, опитані юнаки мають показник 18,3 бали, за цією ж субшкалою, що відповідає низькому рівню пошуку підтримки. Це підтверджує тенденцію до самостійного вирішення труднощів, але водночас, говорить і про схильність до емоційної ізоляції, що у поєднанні з високою когнітивною активністю може спричиняти ризик емоційного виснаження.

Показники пасивного уникнення засвідчили відносну подібність стратегій у двох групах: 25,7 бали у юнаків та 28,3 бали у дівчат, що відповідає середньому рівню вираженості, така стратегія характеризує тимчасове емоційне дистанціювання або втечу від проблемної ситуації, яке може мати адаптивний ефект за короткочасного стресу, але при тривалому впливі стресорів формує ризик хроніфікації тривожності та депресивного реагування.

Отримані дані дозволяють стверджувати, що юнаки частіше використовують активні та когнітивно орієнтовані стратегії подолання, спрямовані на контроль і раціональне вирішення проблем. Дівчата ж віддають перевагу емоційно-соціальним способам подолання, що забезпечує відчуття підтримки, проте можуть підвищувати ризик емоційного виснаження при дефіциті стабільних ресурсів.

Таким чином, структура копінг-стратегій відображає гендерно детерміновані відмінності адаптаційних механізмів молоді в умовах воєнного стресу: для юнаків – це контроль і дієвість, а для дівчат – співпереживання й емоційна взаємодія. У цілому ж обидві групи демонструють середній рівень адаптаційної гнучкості, що свідчить про наявність потенціалу для розвитку

психологічної стійкості та резилієнтності за умови цілеспрямованої психопрофілактичної роботи.

Проведене психодіагностичне дослідження засвідчило, що у більшості молоді, яка проживає в умовах воєнного стану, фіксуються помірні та високі рівні тривожності (як реактивної, так і особистісної) та легкі й помірні прояви депресивності, із часткою випадків, що наближаються до клінічно значущих. Гендерні відмінності мають структурний характер: юнаки частіше спираються на раціонально-діяльнісні та фізичні ресурси (BASIC Ph), тоді як дівчата спираються на соціально-емоційні; відповідно, у дівчат відносно частіше трапляється високий рівень тривожності, а у юнаків більш виражені депресивні тенденції. Профілі копіngu (Д. Амірхан) підтверджують цю картину: юнаки частіше обирають активне вирішення проблем, а дівчата схильні до пошуку соціальної підтримки, при середньому рівні уникнення в обох групах.

Отримані патерни вказують, що емоційні порушення та способи подолання мають взаємопов'язану природу й формують цілісні констеляції ризику – захисту. Для подальшої верифікації цих зв'язків доцільним є кореляційний аналіз за К. Пірсоном, який дасть змогу кількісно оцінити напрям і силу асоціацій між показниками депресивності (BDI), тривожності (STAI-PT/OT) та копінг-стратегіями (ресурсами) (Д. Амірхан; BASIC Ph).

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків

Проведення кореляційного аналізу стало завершальним етапом емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення системних взаємозв'язків між емоційними станами молоді та її адаптаційними механізмами в умовах воєнного стресу. Якщо попередні етапи дозволили описати рівень вираженості окремих психічних показників тривожності та депресії, особливостей копіngu та структури внутрішніх ресурсів, то

кореляційний аналіз забезпечив можливість інтегрованого розуміння того, як саме ці компоненти взаємодіють між собою у єдиній психологічній системі.

Теоретичним підґрунтям для такого аналізу виступають положення когнітивно-поведінкової та біопсихосоціальної моделей, які трактують тривожність і депресію як наслідок порушення регуляційного балансу між емоційною, когнітивною та поведінковою сферами особистості. Відповідно, стиль подолання стресу (копінг-стратегії) і залучення внутрішніх ресурсів (BASIC Ph) розглядаються як буферні чинники, здатні послаблювати або, навпаки, підсилювати дезадаптивні реакції.

Кореляційний аналіз отриманих даних дає змогу кількісно оцінити ступінь взаємозалежності між ключовими змінними: рівнем тривожності, депресивності, активністю копіngu, пошуком соціальної підтримки, схильністю до уникнення та залученням різних каналів психологічної саморегуляції (когнітивного, емоційного, соціального, тілесного, смислового, уявного). Аналіз проводився за коефіцієнтом лінійної кореляції К. Пірсона (r), що дозволяє виявити напрям і силу зв'язків між досліджуваними показниками, а також визначити, які чинники мають найбільший вплив на емоційне самопочуття молоді.

Метою даного етапу стало встановлення закономірностей взаємодії емоційних станів і копінг-механізмів, а також виявлення тих компонентів внутрішньої структури особистості, що виконують захисну або ризикогенну функцію. Отримані кореляційні залежності не лише поглиблюють розуміння психологічних механізмів адаптації молоді в умовах війни, а й слугують емпіричною основою для формування моделі психологічних стратегій подолання тривожно-депресивних станів, представленої у третьому розділі нашої роботи (табл. 2.5)

Таблиця 2.5

Матриця кореляційних зв'язків

Показники	BDI	PT	OT	Активне вирішення	Соціальна підтримка	Уникнення	Belief	Affect	Social	Imagination	Cognition	Physical
BDI	1.00	0.68**	0.59**	-0.42*	-0.21	0.53*	-0.33	0.38*	-0.29*	-0.24	-0.41*	-0.37*
PT		1.00	0.74*	-0.36*	-0.19	0.47*	-0.31	0.44*	-0.25*	-0.20	-0.39*	-0.32*
OT			1.00	-0.39*	-0.17	0.42*	-0.27	0.33	-0.22	-0.18	-0.36*	-0.30*
Активне вирішення				1.00	0.46*	-0.48*	0.41*	-0.24	0.36*	0.29	0.49*	0.44*
Соціальна підтримка					1.00	-0.17	0.32	0.43*	0.58**	0.26	0.19	0.28
Уникнення						1.00	-0.21	0.35	-0.14	-0.17	-0.32*	-0.28
Belief							1.00	0.28	0.36*	0.41*	0.45*	0.40*
Affect								1.00	0.55*	0.33	-0.25	-0.21
Social									1.00	0.47*	0.29	0.34
Imagination										1.00	0.32	0.24
Cognition											1.00	0.52**
Physical												1.00

Примітка: * $p < 0,05$ – статистично значущі зв'язки; ** $p < 0,01$ – високозначущі зв'язки.

Результати кореляційного аналізу демонструють системну взаємозалежність між емоційними станами (тривожність, депресивність) та особливостями копінг-поведінки й ресурсних каналів.

Тісний позитивний зв'язок між BDI, PT та OT ($r = 0,68\text{--}0,59$) підтверджує, що зростання тривожності супроводжується підвищенням депресивних симптомів, що узгоджується з концепціями коморбідності тривожних і депресивних розладів у молодіжних вибірках.

Активне вирішення проблем має негативну кореляцію з усіма афективними показниками ($r = -0,42$ з BDI, $r = -0,36$ з PT), що свідчить про його захисну роль у зниженні емоційного напруження. Водночас воно прямо пов'язане з когнітивним, фізичним і соціальним ресурсами ($r = 0,36\text{--}0,49$), тобто чим більше молодь залучає раціонально-діяльнісні механізми, тим стабільнішим є її психоемоційний стан.

Пошук соціальної підтримки виявляє слабкі, проте значущі обернені зв'язки з тривожністю ($r = -0,19$; $p < 0,05$) і депресією ($r = -0,21$; $p < 0,05$), що вказує на компенсаторний, буферний ефект соціальної взаємодії.

Уникнення проблем позитивно корелює з BDI ($r = 0,53$) і тривожністю ($r = 0,47$), що підтверджує його дезадаптивний характер. Такий тип реагування лише тимчасово знижує напруження, але з часом підсилює симптоматику емоційного виснаження.

У межах моделі BASIC Ph найсильніше виражені кореляції Belief та Cognition ($r = 0,45$) і Belief та Physical ($r = 0,40$), що свідчить про єдність смислово-когнітивних і тілесних механізмів адаптації.

Негативні зв'язки BDI – Belief – Physical ($r = -0,33$; $-0,37$) вказують, що втрата смислів і тілесного ресурсу прямо підсилює депресивність.

Позитивна кореляція Affect – BDI ($r = 0,38$) демонструє, що надмірна емоційна збудливість без когнітивної регуляції сприяє підвищенню емоційного виснаження.

В цілому структура кореляцій підтверджує мультифакторність емоційної дезадаптації: тривога та депресія мають спільні когнітивно-афективні механізми, а конструктивні копінг-стратегії й ресурси BASIC Ph виступають захисними буферами.

Кореляційний аналіз отриманих даних засвідчує, що емоційні стани й копінг-механізми молоді функціонують як єдина система: зростання тривожності й депресивності супроводжується активізацією уникнення і зниженням раціональної, смислової та фізичної активності. Натомість розвиток активного, когнітивно-орієнтованого та соціально підтримувального копіngu значно знижує ризик емоційного виснаження.

Отже, результати кореляційного аналізу стали підґрунтям для подальшої побудови психологічних стратегій подолання тривожно-депресивних станів молоді в умовах війни, які будуть розкриті у третьому розділі роботи.

Висновки до другого розділу

Проведене дослідження було побудоване за логікою науково обґрунтованого поетапного підходу, що поєднує теоретичний, емпіричний та практико-орієнтований рівні аналізу. На основі системного і міждисциплінарного бачення проблеми вдалося забезпечити цілісне розуміння феномену впливу воєнних дій на психоемоційний стан молоді.

На теоретико-аналітичному етапі обґрунтовано концептуальні підвалини дослідження, узагальнено класичні й сучасні наукові підходи до проблеми тривожності та депресії, виявлено ключові механізми їх виникнення в умовах екстремального середовища. Здійснений аналіз дав змогу сформулювати концептуальну модель, у межах якої тривога та депресія розглядаються як інтегровані емоційно-когнітивні феномени, що формуються у взаємодії зовнішніх стресорів і внутрішніх ресурсів особистості.

Методологічний етап забезпечив добір валідного психодіагностичного інструментарію, який дозволив вивчити як негативні прояви (тривожність, депресивність), так і ресурсні компоненти (копінг-стратегії, стресостійкість). Обґрунтоване використання комбінації методик: Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, (BDI)) [1, 10, 11, 16, 33, 43]; Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI) [1, 10, 11, 16, 33, 37]; Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхана, в адаптації Н.А. Сирота, В.М. Ялтонський) [1, 10, 11, 16, 33]; Тест стресостійкості «BASIC Ph» (Мулі Лахада) [1, 10, 11, 16, 33, 80]; створило можливість для комплексного аналізу структури психічних станів та ресурсів особистості молоді людини в умовах воєнного досвіду.

На емпіричному етапі проведено системне дослідження серед студентської молоді, що дало змогу кількісно оцінити рівень тривоги, депресії та провідні стратегії подолання. Статистичний аналіз, здійснений за допомогою програм SPSS та MS Excel, дозволив виявити закономірності взаємозв'язку між емоційними станами й копінг-механізмами, окреслити типові профілі реагування молоді на воєнні стресори.

На аналітико-узагальнювальному етапі результати дослідження були інтегровані в єдину систему, що слугувала підґрунтям для розроблення психологічних стратегій подолання тривожно-депресивних станів у молоді. Запропоновані підходи базуються на принципах гуманістичної, травмоінформованої та ресурсно-орієнтованої психології, спрямованих на підвищення стресостійкості, формування резилієнтності та відновлення внутрішніх опор особистості.

Таким чином, організація й методика дослідження засвідчили наукову послідовність, методологічну цілісність та емпіричну обґрунтованість проведеної роботи. Отримані результати емпіричного дослідження дозволили комплексно охарактеризувати психоемоційний стан молоді в умовах воєнного стану, виявити рівень тривожності, депресивності та особливості адаптаційних механізмів, які забезпечують або, навпаки, ускладнюють психологічну стійкість у кризових ситуаціях.

За методикою А. Бека (BDI) спрямованою на визначення рівня депресії, встановлено, що більшість досліджуваних перебувають у межах мінімальних і помірних проявів депресії, це свідчить про наявність емоційного виснаження та часткову дезорганізацію діяльності, але без ознак клінічної патології. Помірна депресивність є відображенням адаптаційної реакції на тривалий соціальний стрес, втрату відчуття контролю та безпеки. Водночас фіксується незначна частка респондентів із високими показниками депресії, переважно серед юнаків, що вказує на потребу у своєчасній психологічній підтримці. Дівчата частіше демонструють легкі форми депресивності, що може бути пов'язано з більшою відкритістю до емоційного вираження і пошуку підтримки.

За методикою реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI) виявлено, що понад дві третини респондентів мають помірні або високі рівні тривожності, це відображає стійке емоційне напруження як реакцію на воєнні події, інформаційний тиск і соціальну нестабільність. У більшості молоді реактивна тривожність переважає над особистісною, що

засвідчує домінування ситуативних реакцій на небезпеку та невизначеність. Водночас у частини вибірки зафіксовано високі показники обох типів тривожності, що свідчить про формування стійких тривожних патернів. Гендерні відмінності проявилися у більш вираженій емоційній чутливості дівчат і тенденції юнаків до прихованого переживання напруги.

За моделлю стресоподолання М. Лахада (BASIC Ph) з'ясовано, що юнаки частіше спираються на когнітивно-діяльнісні ресурси (аналіз, планування, раціоналізація) та фізичну активність як засіб підтримання внутрішньої рівноваги. Дівчата, навпаки, демонструють домінування соціальних і афективних каналів, орієнтованих на емоційну взаємодію, співпереживання й отримання підтримки від оточення. Таке співвідношення ресурсів свідчить про різні, але взаємодоповнюючі моделі адаптації: для юнаків, через контроль і дію, а для дівчат, через емоційний контакт і зв'язок. Разом з тим, низька залученість духовно-смыслового (Belief) та уявного (Imagination) каналів вказує на потенціал для їх подальшого розвитку як ресурсів психологічної резилієнтності.

За методикою «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана визначено, що юнаки демонструють більш виражену схильність до активного вирішення проблем і менш охоче звертаються по соціальну підтримку, тоді як дівчата частіше застосовують емоційно-соціальні стратегії взаємодії, водночас проявляючи нижчу активність у безпосередньому подоланні труднощів. В обох групах середній рівень уникання проблем вказує на тимчасову компенсаторну функцію цієї стратегії, яка, однак, може набувати дезадаптивного характеру при тривалому стресі.

Проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність тісних взаємозв'язків між рівнями тривожності, депресивності та особливостями копінг-стратегій молоді. Виявлено, що підвищені показники тривоги й депресії прямо корелюють із тенденцією до уникнення проблем і зворотньо з активним вирішенням труднощів, когнітивною та фізичною модальністю ресурсного профілю. Найбільш захисними чинниками виявилися активне, раціонально

орієнтоване подолання та залучення соціальної підтримки, тоді як емоційна реактивність і пасивність сприяють поглибленню емоційного виснаження. Отже, емоційні стани та копінг-механізми функціонують як єдина інтегрована система, де ефективність адаптації визначається балансом між когнітивними, соціальними й емоційними ресурсами особистості.

Отже, узагальнюючи результати всіх методик, можна зробити висновок, що емоційний стан молоді характеризується підвищеним рівнем тривожності та помірною депресивністю на тлі збереженого, але дисбалансованого ресурсного потенціалу. Психологічна адаптація реалізується переважно через часткове використання когнітивних, соціальних і тілесних механізмів, тоді як смислово-ціннісна та креативна сфери залишаються недостатньо активованими. Виявлені відмінності за статтю вказують на необхідність диференційованих підходів до психологічної підтримки, що враховують як емоційно-соціальну, так і когнітивно-діяльнісну специфіку подолання стресу.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У МОЛОДІ

3.1. Принципи психологічної допомоги та підтримки молоді в умовах війни

Воєнні події, що тривають в Україні, зумовили безпрецедентне навантаження на психіку молоді, яка перебуває у процесі становлення особистісної ідентичності, ціннісної системи та життєвих орієнтацій. У таких умовах традиційні підходи до психологічної допомоги потребують переосмислення й адаптації до реалій тривалого екзистенційного стресу, втрат, невизначеності й руйнування відчуття безпеки.

Сучасні дослідження із розвитку людини підкреслюють «вікно пластичності» підліткового та раннього дорослого віку: нейронні мережі, відповідальні за емоційну регуляцію, соціальне пізнання та планування майбутнього (префронтальна кора, смугасте тіло, лімбічні структури), залишаються високочутливими до контекстуальних впливів. Тривалий екзистенційний стрес, характерний для війни (невизначеність, загроза життю, втрати, вимушене переміщення), змінює «базові налаштування» цих систем: посилюється стрес-реактивність (НРА-вісь), підвищується сигнал небезпеки (гіперактивність мигдалики) за одночасного ослаблення топ-даун контролю (префронтальна регуляція). Це створює нейробіологічний фон для підвищеної тривожності, дисфорії та уразливості до депресивних епізодів.

У нейропсихологічних дослідженнях Г. Енгель, С. Крішнана та Є. Нестлера [56, 70] доведено, що під дією хронічного стресу змінюється регуляція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА), зростає гіперактивність мигдалеподібного тіла, знижується префронтальний контроль, що формує нейробіологічну основу для підвищеної тривожності та депресивних тенденцій. Водночас дослідження Г. Бонанно та А. Манчіні [47,

78)] свідчать, що навіть у ситуаціях масових катастроф більшість людей демонструють не патологічну, а резилієнтну або відновлювальну траєкторію, за умови наявності соціальної підтримки, смислових орієнтирів та відчуття контролю над власним життям.

Психологічні наслідки воєнних дій у молоді також пояснюються через призму моделі збереження ресурсів С. Гобфолла (Conservation of Resources Theory) [61], згідно з якою втрата матеріальних, соціальних чи внутрішніх ресурсів породжує «спіраль виснаження», а відновлення ресурсної бази (безпека, соціальна підтримка, самооцінка, активність) є ключем до стабілізації психіки (рис. 3.1). Соціальний капітал (рутини, освітні спільноти, студентські мережі підтримки), що, за моделлю, виступає не лише наслідком, а й предиктором подальшої дезадаптації.



Рис. 3.1 Спіраль виснаження за С. Гобфолла

Саме тому сучасна психологічна допомога повинна орієнтуватися не лише на зменшення симптомів тривоги чи депресії, а й на розрив цієї спіралі, через відновлення відчуття безпеки, предиктивності та агентності, тобто через розбудову ресурсного потенціалу особистості.

З позицій екзистенційно-гуманістичної парадигми В. Франкла, К. Роджерс та І. Ялом [58, 87, 104] війна виступає граничною ситуацією, що актуалізує питання смислу життя, свободи, відповідальності та смерті. Втрата звичних орієнтирів і руйнація планів формують «екзистенційний вакуум», який часто трансформується у тривогу чи депресію. Пакети втручань в цьому підході, включає роботу зі смислом, цінностями та ідентичністю. Умови війни спричиняють «екзистенційний розрив» між уявним і можливим майбутнім; тому фокус на смислотворенні (values-based action), відновленні автентичності, опорі на «малі джерела сенсу» (турбота, навчання, волонтерство, творчість) є не опційним, а центральним компонентом довготермінової стабілізації. Це ж узгоджується з літературою з посттравматичного зростання: інтеріоризація нових цінностей, поглиблення взаємин і просоціальної активності можуть стати противагою дистресу, за умови безпеки та підтримки. Отже, одним із провідних принципів психологічної допомоги є смислове відновлення – пошук нових цінностей, переосмислення досвіду та інтеграція травматичних подій у життєву історію особистості.

Дані досліджень Г. Бонанно та А. Манчіні із психотравматології показують, що реакції молоді на масивні стресори неоднорідні: поряд із хронічною дистрес-траєкторією значна частка демонструє стійкість або відновлення [48, 78]. В цьому аспекті значну роль відіграють, соціальні детермінанти, які формують «контекстну вразливість»: економічна нестабільність, втрата соціального статусу, відсутність доступу до підтримки або стигматизація психічних розладів [41, 102]. Також формується спектр результатів, від гострих стресових реакцій до ПТСР-подібних проявів і коморбідної тривожно-депресивної симптоматики, з виразною роллю психологічних маркерів: попередня вразливість (особистісна тривожність, нейротизм), кумулятивна кількість стресорів, якість близьких стосунків, доступ до підтримки, економічна безпека, наявність смислових опор тощо. Таким чином, традиційна «симптомоцентрична» допомога є недостатньою:

потрібні моделі, що працюють із багаторівневою детермінацією, від нейрофізіологічної стабілізації до соціально-сислової реконструкції. Тому у системі допомоги мають поєднуватися як індивідуальні, так і комунітарні підходи, від психотерапії до освітньо-соціальних програм, спрямованих на підвищення психоосвіченості.

Отже, дослідження у сфері психотравматології Г. Бонанно, А. Манчіні, Дж. Герман [60, 48] підтверджують, що реакції молоді на екстремальні події є гетерогенними, від стійкості до посттравматичних порушень.

Провідні міжнародні організації ВООЗ та Міжвідомчий комітет з координації гуманітарної допомоги пропонують ступеневу (stepped care) модель підтримки, яка передбачає кілька рівнів [6, 4 98, 99, 100]: базова психосоціальна допомога (психологічна перша допомога, інформаційна підтримка, відновлення соціальних зв'язків); короткотривалі структуровані інтервенції (наприклад, Problem Management Plus, Self-Help Plus); спеціалізована психотерапія для осіб із клінічними проявами (CBT, TF-CBT, EMDR, Narrative Exposure Therapy). Ці підходи довели свою ефективність у численних дослідженнях з кризової психології, зокрема у контекстах воєнних конфліктів та гуманітарних катастроф. Важливим компонентом стає таск-шифтинг, тобто перенесення частини інтервенцій на підготовлених нефахівців під супервізією, що критично в умовах перевантажених служб. У межах українських реалій доцільно адаптувати їх із урахуванням культурних, соціальних і релігійних особливостей молоді [72, 80].

Когнітивно-поведінкова парадигма дає інструментарій для швидкого зниження підтримувальних механізмів тривожно-депресивних станів у воєнному контексті: робота з катастрофізацією та нетерпимістю до невизначеності, відновлення поведінкової активації й соціальної залученості, редукція уникнення (експозиційні та інтероцептивні техніки), тренування навичок уваги та саморегуляції (breathing-paced, grounding, метакогнітивні стратегії). Дані метааналізів свідчать, що трансдіагностичні протоколи

(Unified Protocol, BA) ефективні при коморбідних тривожно-депресивних проявах, типовій конфігурації у молоді під час війни.

Особливо важливим є ресурсно-орієнтований підхід, який реалізується через модель стресодолаття BASIC Ph, запропонованою Мулі Лахад, Шошані А. та Шахам М. [72]. Вона охоплює шість каналів подолання: віра та смисли (B), емоційна експресія (A), соціальна підтримка (S), увага та креативність (I), когнітивні стратегії (C), тілесні й поведінкові практики (Ph). У воєнних умовах доцільно цілеспрямовано «добудовувати» слабкі канали й активувати сильні через модульні втручання: когнітивні і навички планування (C), групи підтримки й наставництво (S), короткі тілесно-орієнтовані протоколи та режим рухової активності (Ph), практики емоційної грамотності (A), творчі та наративні методи (I), смислові інтервенції (B). Цей підхід має високу цінність, адже дозволяє інтегрувати когнітивні, тілесні та соціально-емоційні ресурси у єдину систему саморегуляції.

Культурно чутлива адаптація, ще один імператив. Доказовість інтервенцій у надзвичайних ситуаціях зростає, коли вони локалізовані: мова та символи, роль сім'ї й громади, релігійні й ціннісні опори, канали доступу (онлайн- чи офлайн-формати, університетські сервіс-центри, студентські ініціативи, волонтерські осередки). Для молоді працюють гібридні моделі: поєднання коротких індивідуальних сесій, малих груп, peer-to-peer підтримки, диджитальних застосунків самодопомоги, зі спільним супервізійним контуром і чіткими маршрутами ескалації випадків.

Нарешті, сучасні огляди підкреслюють необхідність інтеграції трьох вимірів: 1) зниження симптомів (СВТ-інгредієнти, регуляція збудження); 2) відновлення функціонування (повернення до навчання, соціальної активності, ролей); 3) зміцнення резилієнтності (смисли, цінності, ресурси, зв'язки). Умовою успіху є системність: школа, коледж, університет як середовище, що нормалізує звернення по допомогу; партнерство з громадськими організаціями; протоколи скринінгу й маршрутизації;

регулярний моніторинг результатів (ROM: routine outcome monitoring) для корекції інтенсивності втручань.

Воєнний контекст вимагає переходу від вузької «симптомоцентричної» оптики до багаторівневої, травмоінформованої та ресурсно-орієнтованої моделі психологічної допомоги молоді. Її ядро повинно складатись із поєднання доказових коротких протоколів (CBT-похідні, PFA, PM+, TF-CBT, EMDR, NET за показаннями) з екзистенційно-гуманістичною роботою зі смислом, культурною адаптацією, соціальним вбудовуванням і побудовою стійких «контурів підтримки» у спільноті. Саме така рамка робить можливим не лише редукцію тривожно-депресивної симптоматики, а реальне відновлення життєздатності молодої людини: здатності вчитися, діяти, будувати стосунки й проектувати майбутнє попри невизначеність.

Таким чином, проведений аналіз наукових джерел засвідчує, що вплив війни на психіку молоді є багатовимірним, від нейробіологічних змін до соціально-смыслових порушень структури особистісного досвіду. Молоді люди, перебуваючи у фазі становлення, виявляються особливо чутливими до деструктивних наслідків хронічного стресу, втрати контролю та фрагментації життєвих перспектив. Водночас дослідження Г. Бонанно, А. Манчіні, С. Гобфолла показують, що навіть у таких умовах потенціал психологічної стійкості залишається значним, за умови своєчасної, науково обґрунтованої допомоги [61, 78, 47].

Отже, наступним кроком стає визначення основних принципів психологічної допомоги та підтримки молоді, які мають забезпечити відновлення внутрішньої рівноваги, активізацію ресурсів і формування резилієнтності. Ці принципи виступають методологічним каркасом побудови системи психосоціальної підтримки в умовах війни, які мають забезпечити системність, гуманістичність і наукову обґрунтованість втручань, де пріоритетом є не лише лікування наслідків, а й розвиток адаптаційних можливостей особистості.

У наукових підходах до кризової психологічної допомоги виділяють низку базових принципів, що забезпечують її ефективність:

Принцип безпеки та стабілізації – допомога починається з відновлення базового почуття безпеки: фізичної, емоційної, соціальної. Для молоді це означає створення довірливого середовища, де нормалізується емоційне реагування на стрес, зменшується гіперактивація та страх. Як зазначає Дж. Герман, стабілізація є першим етапом у роботі з психічною травмою, без якого неможливе подальше відновлення [60].

Принцип прийняття та емпатії – молоді люди часто стикаються з внутрішнім осудом власних реакцій («я слабкий, бо плачу», «я маю триматися»), тому надзвичайно важливим є прийняття їхніх емоцій як нормальної відповіді на ненормальні обставини. Емпатичне слухання, відсутність оцінки й підтримка автентичності допомагають відновити довіру до себе й інших.

Принцип смислотворення (екзистенційна підтримка) саме віднайдення смислу в подіях війни та власному досвіді є ключовим чинником подолання депресивних станів. Для молоді це означає переосмислення втрат, знаходження нових орієнтирів, відчуття особистісної місії навіть у кризових обставинах [32, 58, 104].

Принцип активізації внутрішніх ресурсів, в рамках якого психологічна допомога повинна бути спрямована на виявлення та зміцнення внутрішніх сил особистості: когнітивних, емоційних, духовних, соціальних. Саме цей принцип лежить в основі моделі BASIC Ph, яка виявила свою ефективність у роботі з травматичними подіями [80]. Розвиток ресурсів дозволяє людині перейти від позиції жертви до позиції суб'єкта, який діє і долає труднощі.

Принцип когнітивної реструктуризації, можливо розглянути на прикладі тривожно-депресивних станів, які часто підтримуються дезадаптивними переконаннями (я нічого не можу змінити, світ небезпечний, майбутнього немає). Завдання психолога допомогти клієнту усвідомити ці автоматичні

думки, перевірити їх на реалістичність і замінити більш конструктивними, що зменшує емоційну напругу та сприяє відновленню самоконтролю.

Принцип розвитку соціальної підтримки, оскільки саме взаємодія є одним з найпотужніших буферів стресу. Організація груп взаємопідтримки, волонтерських і освітніх спільнот сприяє зниженню почуття ізоляції, формуванню колективної резилієнтності та відчуття спільного сенсу.

Принцип тілесно-орієнтованої стабілізації, з огляду на психофізіологічну єдність організму, робота з тілом (дихальні вправи, релаксація, рухові практики, методи тілесної усвідомленості) допомагає знизити соматичну компоненту тривоги та повернути відчуття контролю над тілесними реакціями.

Принцип поступовості й адаптивності – від стабілізації до переосмислення й інтеграції травматичного досвіду. Важливо враховувати індивідуальні ресурси, рівень зрілості, особистісну історію та ступінь залученості у воєнні події.

Таким чином, психологічна допомога молоді в умовах війни розглядається не як одноразове втручання, а як динамічний процес підтримки, що включає етапи емоційного заспокоєння, усвідомлення, ресурсного підкріплення та розвитку стійкості. Її стратегічна мета полягає у відновленні внутрішньої цілісності особистості, формуванні навичок саморегуляції, гнучкості мислення й здатності будувати майбутнє навіть у ситуації невизначеності.

3.2. Моделі профілактики та підтримки психічного здоров'я молоді

Побудова дієвої системи психологічної підтримки молоді в умовах війни потребує опори не лише на окремі методи або техніки, але на цілісні моделі, що враховують багаторівневу природу психічних розладів та механізми резилієнтності. У контексті воєнних подій профілактика набуває не лише попереджального, а й відновлювального та стабілізуючого виміру, оскільки

молодь перебуває у стані тривалого екзистенційного стресу, що безпосередньо впливає на її психосоціальне функціонування та перспективи майбутнього.

Сучасні дослідження свідчать, що ефективна підтримка психічного здоров'я молоді повинна будуватися на багаторівневих і взаємодоповнювальних моделях [6, 48, 61, 78, 102;]. Такі моделі інтегрують психологічні, соціальні, освітні та ціннісно-сміслові компоненти, створюючи не лише терапевтичний, але й превентивний захисний контур навколо особистості. На відміну від традиційних медичних підходів, мультидисциплінарні моделі підтримки орієнтовані на відновлення життєздатності, функціональної автономії та відчуття опори, а не лише на усунення симптомів.

Потреба у системності обумовлена тим, що молоді люди одночасно переживають: психоемоційні порушення (тривога, депресивність, напруження); екзистенційні втрати (зміна ідентичності, втрата сенсів, майбутнього); соціальну дестабілізацію (ізоляція, страх, руйнування звичного середовища); когнітивну перевантаженість (постійне очікування загрози, невизначеність).

Тому ефективна профілактика має враховувати не лише симптоми, але й контекст, у якому вони виникають: реальність війни, тривалу невизначеність, трансформацію соціальних ролей та стійке перевантаження стресовою інформацією.

У науковому дискурсі виокремлюють кілька ключових моделей профілактики та підтримки психічного здоров'я молоді, релевантних у контексті воєнної реальності: мультикомпонентні (ресурсно-орієнтовані) моделі резилієнтності; травмо-інформована модель підтримки (TIC); модель саморегуляції та навичок опанування стресу (CBT / ACT framework); соціально-комунітарні моделі колективної підтримки; смисло-орієнтовані моделі (екзистенційно-гуманістичні); психоосвітні та превентивні моделі (WHO, UNICEF, MHPSS) (табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Ключові моделі профілактики та підтримки психічного здоров'я молоді
в умовах війни

Модель	Основна ціль	Ключові механізми впливу	Рівень профілактики	Очікувані ефекти	Приклади застосування в Україні
Мульти-компонентні ресурсно-орієнтовані моделі резилієнтності (BASIC Ph, COR, resilience)	Підвищення стресостійкості, зміцнення внутрішніх ресурсів	Активація когнітивних, афективних, фізичних, соціальних і смислових ресурсів	Первинна / вторинна	Формування психологічної стійкості, здатність до адаптації	Програми психологічної підтримки в університетах, молодіжних хабах, навчальних закладах
Травмо-інформована модель підтримки (TIC)	Зменшення ретравматизації, створення безпечного середовища	Визнання травми → нормалізація реакцій → безпека → підтримка автономії	Вторинна	Зниження тривоги, стабілізація емоційного стану, відновлення відчуття контролю	Освітні інституції, волонтерські центри, соціальні служби, студентські офіси психологічної підтримки
Модель саморегуляції та опанування стресу (CBT/ACT)	Зниження симптомів тривоги та депресії	Робота з когнітивними спотвореннями, тілесною дисрегуляцією, поведінковими реакціями	Вторинна / третинна	Зменшення румінацій, катастрофізації, підвищення самоконтролю	Індивідуальні консультації, короткі інтервенції у ВНЗ, програми психічного здоров'я для студентів
Соціально-комунітарні моделі	Колективне відновлення через спільнотність	Peer-support, групові формати, психосоціальна підтримка	Первинна / вторинна	Зниження ізоляції, підвищення відчуття приналежності та підтримки	Молодіжні хаби, студорганізації, волонтерські ініціативи, групи взаємодопомоги
Смисло-орієнтовані моделі (екзистенційні, логотерапія)	Відновлення внутрішніх смислів та ідентичності	Реконструкція життєвих орієнтирів, пошук цінностей та «точок опори»	Вторинна / третинна	Повернення мотивації, підвищення життєстійкості, зниження безнадійності	Індивідуальна психотерапія / групові формати смислотерапії у молоді
Психоосвітні та превентивні моделі (WHO, UNICEF, MHPSS)	Масове зниження ризиків та підвищення психологічної грамотності	Psychoeducation, PFA, самопомога, раннє виявлення	Первинна	Мінімізація хронізації порушень, профілактика невротизації	Програми МОН та МОЗ, модулі психічного здоров'я в навчальних закладах

1. Мультикомпонентні (ресурсно-орієнтовані) моделі резилієнтності, базуються на концепції психологічної стійкості (resilience) як здатності не лише витримувати стрес, а й відновлювати функціонування через мобілізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів. У центрі таких моделей покладена, активація: когнітивних, емоційних, тілесних та соціально-смыслових механізмів (BASIC Ph, Hobfoll's COR). Вони рекомендовані для держав які переживають воєнні конфлікти, оскільки у воєнних умовах особливого значення набуває не усунення симптомів, а розвиток адаптивних ресурсів, що забезпечують стійкість у тривалій перспективі.

2. Травмо-інформована модель підтримки (TIC), виходить із розуміння, що симптоми молоді – це не «слабкість», а наслідок пережитої травми. Ключові принципи моделі: безпека, вибір, довіра, партнерство та посилення суб'єктності. Травмо-інформована модель підтримки знижує ретравматизацію та сприяє формуванню психологічно безпечного простору, отже, у воєнних реаліях ця модель дозволяє мінімізувати вторинну травматизацію та нормалізувати реакції на стрес.

3. Модель саморегуляції та опанування стресу (CBT / ACT framework) фокусується на зміні дезадаптивних думок, поведінкових патернів і реакцій тіла. CBT працює з когнітивними спотвореннями, ACT спрямована на прийняття емоцій та відновленням ціннісно-мотиваційної поведінки. У молоді під час війни ця модель ефективна для зниження тривоги, катастрофізації майбутнього, румінацій і почуття безсилля.

4. Соціально-комунітарні моделі колективної підтримки. В рамках даної моделі, психічне здоров'я розглядається як соціальний феномен в якому червоною стрічкою прослідковується, що «людина відновлюється через зв'язки». Ці моделі спираються на групову взаємодію, соціальний капітал, спільнотність, peer-support тощо. Позитивні спрямування, такої моделі у воєнний час, відображаються у зниженні ізоляції, нормалізації емоційних станів та формуванні почуття приналежності, що є ключовим протекторним фактором у підлітковому та юнацькому віці.

5. Смысло-орієнтовані моделі (екзистенційно-гуманістичні) формуються на підхода В. Франкл і сучасних логотерапевтичних (екзистенційних) підходах, які показують, що адаптація можлива лише за умови збереження або реконструкції життєвих смислів [14, 26, 32, 58]. Для молоді, чия життєва траєкторія раптово руйнується війною, смисловідновлення є не просто терапією, а способом повернення суб'єктності та перспективності.

6. Психосвітні та превентивні моделі (WHO, UNICEF, MHPSS) передбачають «широку профілактику» через формування навичок турботи про себе, раннього розпізнавання симптомів та доступу до допомоги. Їхнім ключовим інструментарієм є модулі першої психологічної допомоги (PFA), програми «Problem Management Plus» (PM+), «Self-Help Plus» (SH+) та мультидисциплінарні протоколи MHPSS, які працюють на популяційному рівні та є найбільш релевантними освітніми інституціями у період воєнних або гуманітарних криз. На цьому рівні акцент робиться не на патологізації станів, а на створенні умов для психологічної грамотності, своєчасного розпізнавання ознак дистресу та зниження ризику хронізації емоційних порушень [92, 95-103]

Разом ці моделі окреслюють багаторівневу систему допомоги, де кожний рівень реалізує різні завдання, від загальної профілактики до глибинного відновлення. Саме тому доцільним є розгляд моделей підтримки психічного здоров'я з урахуванням трьох рівнів профілактики: первинної (попереджувальної), вторинної (корекційної) та третинної (реабілітаційної) [30]. Такий підхід дозволяє інтегрувати міжнародні стандарти із потребами української молоді та забезпечити поступовий перехід від стабілізації до відновлення, а далі – до довготривалої психологічної стійкості (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Моделі профілактики та підтримки психічного здоров'я молоді

Рівень профілактики	Ціль	Механізми / Інструменти	Очікувані ефекти	Умови впровадження
---------------------	------	-------------------------	------------------	--------------------

Первинна (попередження)	Підвищення резилієнтності, запобігання появі симптомів	Психоосвіта, BASIC Ph, тренінги саморегуляції, безпечний освітній простір, соціальний капітал	Зниження базової тривожності, підвищення емоційної грамотності, опора на ресурси	Освітні заклади, групові формати, інтеграція в рутини
Вторинна (стабілізація)	Зниження проявів тривоги/депресії	CBT/ACT/MBSR, PM+/SH+, тренування копінгу, підтримувальні групи	Стабілізація стану, зниження дезадаптивних реакцій, поведінкова активація	Малі групи, короткі протоколи, доступність онлайн/ офлайн
Третинна (реабілітація)	Запобігання хроніфікації, відновлення функціональності	TF-CBT, EMDR, NET, MBCT, кейс- менеджмент	Зменшення тяжких симптомів, інтеграція травматичного досвіду	Психолог/псих отерапевт + психіатр, спеціалізовані центри
Інтегративна логіка	Формування життєстійкості	Безпека → Стабілізація → Ресурси → Сенси → Спільнотність	Тривала підтримка адаптації та смислового відновлення	Системний супровід протягом кризи

Аналізуючи детальніше, можливо підкреслити, що первинна профілактика (попередження виникнення тривожності та депресії) базується на: фіксації акценту на зміцненні психологічної стійкості до появи симптомів; психоосвіті – у контексті розвитку навичок емоційної грамотності та базових coping-наборів; середовищні та комунікабельні фактори безпеки. На зниження симптомів та стабілізація стану спрямована вторинна профілактика, яка фокусується на: роботі з уже наявними проявами тривоги та депресії; техніках регуляції, CBT / ACT / MBSR-підходи, тощо; травмоорієнтованій стабілізації станів особистості. І наступний рівень це вже третинна профілактика (реабілітація та недопущення хронізації психопатологічних станів) включає опарювання: посттравматичних наслідків; інтеграцію досвіду (не «позбутися», а «перепрожити» у безпечному середовищі під контролем відповідних фахівців); значну роль відіграє на цьому рівні і смислова реконструкція, повернення до функціонування [92, 95-103].

Згідно із сучасними тенденціями та світовою концепцією психологічної резилієнтності, яка узгоджується із програмами: UNICEF, WHO є комплексна інтегративна модель [61, 92, 95-103]. (рис. 3.2)

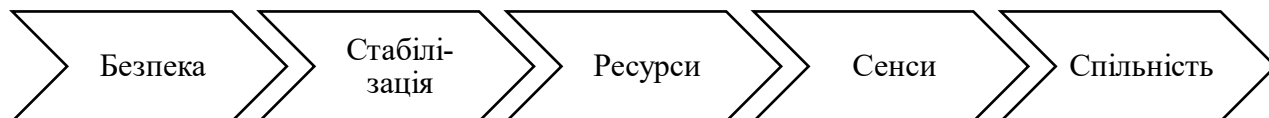


Рис. 3.2. Етапи комплексної інтегративної моделі

Сучасні міжнародні підходи до психологічної підтримки в умовах тривалих криз (WHO, UNICEF, IASC Guidelines, MHPSS) виходять з того, що психічне здоров'я не може відновлюватися лише за рахунок терапевтичних інтервенцій або короткочасної емоційної підтримки. В умовах війни необхідна багаторівнева, інтегративна модель, що поєднує стабілізацію нервової системи, ресурсне відновлення, формування смислів та укорінення людини у спільноті. Саме тому одним із фундаментальних теоретичних основ для такої моделі стали принципи психологічної резилієнтності, сформульовані С. Хобфолл, які включають: забезпечення безпеки, зниження емоційної активності, соціальну підтримку, почуття ефективності та надії. [61, 92, 95-103].

У психічному реагуванні молоді на воєнний досвід простежується закономірність: поки не відновлено базове відчуття безпеки, особистість не здатна переходити до глибших рівнів відновлення, тобто, осмислення, переорієнтації життєвих цілей або формування нових моделей адаптації. Саме тому першим рівнем інтегративної моделі є стабілізація, що включає тілесну регуляцію, заземлення, відновлення фізіологічної та психоемоційної рівноваги. Уже після зниження гіперзбудження (постійної мобілізації) актуалізуються когнітивно-поведінкові механізми контролю, планування, прийняття рішень та самодопомоги [27, 29].

Другим виміром моделі є активація внутрішніх ресурсів, зокрема копінг-стратегій, соціальної підтримки, тілесної чи когнітивної саморегуляції, цей етап відповідає сучасним ресурсно-орієнтованим підходам (у тому числі BASIC Ph M. Лахада), які показують, що потенціал подолання кризи існує у кожної людини, однак потребує усвідомлення і посилення [80].

Третім, поглибленим рівнем є смислотворення – є переінтерпретація пережитого досвіду, пошук особистісних підстав для продовження дії в умовах невизначеності та втрати життєвих орієнтирів. Цей аспект інтегрує положення екзистенційно-гуманістичної парадигми (Франкл, Роджерс), відповідно до якої психічне відновлення неможливе без повернення внутрішнього вектора смислу, що забезпечує суб'єктивне відчуття майбутнього [58, 87.].

Завершальним компонентом, комплексної інтегративної моделі є спільність, тобто, відновлення соціальних зв'язків, відчуття приналежності і залученості. У контексті війни саме колективна підтримка (групова, освітня, студентська спільнота, волонтерські ініціативи тощо) стає ключовим фактором профілактики емоційної ізоляції та вторинної травматизації. Таким чином, модель не зводиться лише до роботи з індивідом, а охоплює ширше соціальне поле, в якому здійснюється відновлення.

Отже, інтегративний підхід розглядає психологічну допомогу молоді як динамічний процес, що має послідовну логіку: безпека, стабілізація, ресурси, смисли, спільність. Він не лише узгоджується з сучасними міжнародними стандартами підтримки (WHO, UNICEF, MHPSS), але й відповідає українському контексту, де війна має хронічний характер, а значна частина травматичних подій не має завершення у часі. Саме тому ефективна профілактика повинна поєднувати роботу на рівні первинної, вторинної та третинної підтримки.

Первинна профілактика (попередження виникнення тривожності та депресії) орієнтована на зміцнення резилієнтності до появи симптомів тривоги чи депресії шляхом підвищення ресурсної бази, психоосвіти та модифікації середовища ризику. В основу покладено модель збереження ресурсів

С. Гобфолла [61] профілактика має запобігати «спіралі втрат» і запускати «спіраль здобутків» (безпека, підтримка, компетентність, смисл). Додатково спираємось на шкільно-університетські програми психічного здоров'я (whole-school, whole-university approach: WHO; UNESCO; UNICEF) та принципи психологічної першої допомоги (PFA) з «п'ятьма необхідними елементами»: безпека, заспокоєння, самоефективність, соціальна підтримка, надія [61, 92, 95-103]. Основним фокусом увагу на даному етапі допомоги є навчання розпізнаванню ранніх ознак тривожно-депресивних розладів, нормалізація реакцій на стрес, базові навички самопомоги (дихальні, заземлювальні техніки, гігієна сну, цифрова гігієна тощо) [100, 103]. Окрім розпізнавання первинна профілактика включає психоосвітні компоненти щодо ресурсно-орієнтованого тренування побудованих на моделі «BASIC Ph» М. Лахада: індивідуальні профілі опори (Belief–Affect–Social–Imagination–Cognition–Physical) та вправи на баланс каналів, щоб запобігти домінуванню вузьких способів подолання [72, 92, 95-103].

У процесі реалізації первинної профілактики використовуються наступні середовищні інтервенції, які включають в себе відкриття та розповсюдження «Психологічно безпечних» освітніх просторів: чіткі рутинні дії під час повітряних тривог, правила знаходження в укритті, прозорі канали комунікації, антистигматизаційні кампанії, тренінги для тьюторів, кураторів груп. З метою підсилення соціального капіталу, відбувається формування соціально значимих груп, таких, як: групи взаємопідтримки «рівний-рівному», студентські волонтерські ініціативи, менторські програми, як буфер проти самотності та безпорадності [78; 102]. Для сповнення та забезпечення смислової профілактики розробляються короткі екзистенційно-гуманістичні модулі: формування ціннісних орієнтирів, цілей на горизонт 3–6 місяців, практики «малих дій» та проєктів, що відновлюють відчуття впливу [58, 67].

В умовах повітряних тривог, блекаутів, переміщення важливих спрямувань для профілактики психічних розладів розглядаються та впроваджуються гібридні формати: офлайн-онлайн групи, короткі

мікроінтервенції (10–15 хв) між парами, «психологічні куточки» в укриттях (плакати з техніками самодопомоги, QR-посилання на аудіопрактики), протоколи підтримки після тривоги у кампусі. Всі ці заходи у комплексі спрямовані на зниження базового рівня стресу, підвищення толерантності до невизначеності, покращення навичок саморегуляції, зменшення стигми й раннє звернення по допомогу [47, 102].

Вторинна профілактика спрямована на молодь із уже наявними симптомами (помірний рівень тривожно-депресивних розладів), але ще без тяжких коморбідних станів. Емпірично підтверджені підходи: CBT, АСТ MBSR/MBCT стрес-менеджмент проблемно-орієнтований (Problem-Solving Therapy), а також низькопорогові протоколи BOOЗ: PM+ (Problem Management Plus) та SH+ (Self-Help Plus) для умов гуманітарних криз [43, 51, 59, 66, 90, 99, 102, .]. Впровадження цих напрямків спрямовано на стабілізацію та регуляцію психоемоційних станів та включає короткі протоколи діафрагмального дихання, заземлення (5–4–3–2–1), тренування варіабельності серцевого ритму; комплекс «сон–рух–харчування» як біоповедінкова основа зниження симптомів. У тому числі виявлення когнітивних викривлень (катастрофізація, селективна увага до загроз), когнітивна реструктуризація; поведінкова активація як антидот апатії – анедонії; градуйовані експозиції при униканні сигналів війни (сирени, новини); дефузію від «липких» думок, вправи прийняття, робота з цінностями та «діями в бік цінностей» попри симптоматику, що є критичним в умовах хронічної невизначеності. Останім часом, все більшої популярності набувають техніки майндфулнес: тренування уваги «тут-і-тепер», вкорінення у безпеку тіла; скорочені протоколи 8-тижневих програм у форматі «мікросесій». Доповнює комплекс вторинної профілактики активно впровадження програм спрямованих на відновлення та формування кола соціальної підтримки як терапевтичного чинника: малі групи (6–10 осіб), «рівний-рівному», тренінги комунікації та просування допомоги з метою зниження ізоляції й самостигматизації.

Наступний етап, це вже третинна профілактика (реабілітація, запобігання хроніфікації) яка орієнтована на молодь із персистентними симптомами, функціональними обмеженнями, коморбідністю (наприклад, ПТСР + депресія). ВООЗ при лікуванні даного спектру рекомендовано використання: CBT-травма-фокус (TF-CBT), EMDR Narrative Exposure Therapy, стабілізаційно-травматичні протоколи. елементи MBCT для профілактики рецидивів депресії. Обов'язкова мультидисциплінарність і, за потреби, фармакотерапія (SSRIs, SNRIs) під наглядом психіатра [88, 95-103] У рамках даного рівня використовується тривекторна модель реабілітації: стабілізація, опрацювання травматичних спогадів та інтеграція (повернення) до ролей. Опрацювання травми відбувається за протоколами: EMDR, NET, TF-CBT із індивідуальною дозованою експозицією; контроль за дисоціацією; безпечна робота з тригерами (сирени, вибухи, річниці подій). Метою використання психотерапевтичних та фармакологічних засобів є смислова реконструкція, що включає: відновлення ідентичності, «історія Я після травми», підтримка проєктної активності (навчання, волонтерство, робота). Саме на цьому етапі, з'являється соціально-функціональна реабілітація, яка включає: навчальні та кар'єрні коучингові модулі, соціальні контракти («малими кроками» повернення до діяльності), адаптація навчального навантаження, доступність сервісів.

Комплексна інтегративна модель поєднує ступеневий догляд (stepped care; WHO IASC) з теорією ресурсів С.Хобфолл, гуманістично-екзистенційним виміром [58, 61, 87]. Модель працює як динамічний алгоритм, де кожен наступний рівень базується на попередньому: 1) протоколи безпеки в укриттях; інформаційна гігієна; мапа ресурсів допомоги; 2) стабілізація: регуляція стану (дихання, заземлення, сон-рух-харчування), PFA-елементи, короткі CBT, АСТ, MBSR-модулі; 3) ресурси: персоналізовані профілі BASIC Ph; тренінги копінг; гендерно чутливі підходи; 4) сенси: мікропроєкти «життєвої дії», робота з цінностями, реконструкція життєвого плану; інтеграція воєнного досвіду в наратив особистості; 5) спільність: групи

взаємопідтримки, волонтерські й студентські ініціативи, антистигматизаційні кампанії, підготовка «помічників першого контакту» серед студентів/викладачів.

Таким, чином, проведений аналіз моделей профілактики психологічних порушень засвідчує, що ефективна підтримка психічного здоров'я молоді в умовах війни потребує багаторівневого та інтегративного підходу. Первинна профілактика спрямована на формування базової психологічної стійкості, розвиток емоційної грамотності, навичок саморегуляції та розширення ресурсних каналів стресоподолання, що відповідає моделі збереження ресурсів С. Гобфолла. Вторинна профілактика охоплює адресну роботу із вже наявними симптомами тривоги та депресії та базується на доказово-ефективних інтервенціях (CBT, АСТ, MBSR, MBCT, РМ+), забезпечуючи стабілізацію стану та зниження проявів емоційного дистресу. Третинна профілактика зорієнтована на молодь із пережитими системними порушеннями, що потребують травма-фокусованої терапії, смислової реконструкції та реабілітаційних заходів.

Інтегрована модель «Безпека – Стабілізація – Ресурси – Сенси – Спільність» виступає логічним підсумком трирівневого підходу та забезпечує послідовність психологічної підтримки: від базового відновлення відчуття захищеності, до формування зрілої життєстійкості та включеності в соціальні зв'язки. Така модель дозволяє адаптувати інтервенції до реальних потреб молоді в умовах воєнного стану.

Висновки до третього розділу.

Нами була системно окреслена рамка психологічної допомоги молоді в умовах війни, переходячи від симптомоцентричної оптики до інтегративної моделі стійкості. На теоретичному рівні показано, що хронічний екзистенційний стрес змінює нейропсихологічний фон (гіперактивація НРА-осі, «зрушення» в лімбічно-префронтальних контурах), а на соціальному –

посилює виклики безпеці, прогнозованості та відчуття контролю. Саме тому ефективна допомога має одночасно працювати на біопсихосоціально-смыслових рівнях: стабілізувати фізіологічне збудження, нормалізувати емоційні реакції, відновлювати соціальні зв'язки та реконструювати смисли.

Ключовим результатом нашого аналізу науково-теоретичного та наукового практичного міжнародного досвіду є артикуляція принципів втручання: безпека й стабілізація; прийняття й емпатія; смислотворення; активація ресурсів; когнітивна реструктуризація; соціальна підтримка; тілесно-орієнтована регуляція; поступовість та індивідуалізація. Вони утворюють методологічний каркас, який зменшує ризик ретравматизації, нормалізує адаптивні реакції та повертає молоді суб'єктність дії.

На практичному рівні запропоновано багаторівневу систему профілактики й підтримки, яка включає три етапи: первинної, вторинної та третинної допомоги.

Первинна профілактика виступає «запобіжним контуром», що включає: психоосвіту, BASIC Ph, мікро-техніки саморегуляції, створення психологічно безпечного освітнього середовища, зміцнення соціального капіталу. Її завдання, не допустити укорінення симптомів, знизити базову тривожність і підвищити емоційну грамотність.

Вторинна профілактика, вже адресна стабілізація на рівні симптомів (CBT, ACT, MBSR, низькопорогові протоколи WHO: PM+, SH+, тренування копінгу, групи підтримки). Фокусом вторинної профілактики є: редукція румінацій, катастрофізації, уникання; відновлення поведінкової активації та самоконтролю.

Третинна профілактика (реабілітація) побудована на роботі з персистентними й коморбідними станами (TF-CBT, EMDR, NET, MBCT, за потреби включає: фармакотерапію, кейс-менеджмент і соціальну реабілітацію. Головною метою даного рівня є інтеграція травматичного

досвіду, запобігання хроніфікації та відновлення функціонального статусу (навчання, соціальні ролі, проєктність).

Всі ці рівні зведено в інтегративну логіку сучасної комплексної концепції «Безпека – Стабілізація – Ресурси – Сенси – Спільнотність», що узгоджується з доказовими міжнародними підходами (WHO, UNICEF, IASC) і українським контекстом тривалого повномасштабного вторгнення. При цьому акцент даної моделі робиться безпосередньо на дотриманні послідовності: без безпеки і стабілізації неможливі ані когнітивні зміни, ані смислова реконструкція; без смислів і спільнотності не закріплюється довготривала резилієнтність.

Узагальнюючи, наше дослідження запропоновано не набір розрізнених технік, а цілісну архітектуру підтримки, що: знижує симптоми (через стабілізацію та когнітивно-поведінкові інгредієнти), відновлює функціонування (повернення до навчання, соціальних ролей, активності), нарощує резилієнтність (сенси, цінності, зв'язки, ресурси).

Саме така рамка дає змогу перейти від «подолання кризи» до відновлення життєздатності молодшої людини, підтримуючи здатність вчитися, діяти, будувати стосунки та проєктувати майбутнє попри невизначеність. Наступним кроком логічно виступає операціоналізація цієї моделі у вигляді програмного плану впровадження (структура сервісів, підготовка кадрів, маршрутизація, ROM-показники), що забезпечить масштабованість і стійкий ефект у середовищі українських закладів освіти та молодіжних спільнот.

ВИСНОВКИ

1. Проведений теоретичний аналіз показав, що тривожність і депресія у молоді в умовах соціальних криз та воєнних конфліктів є не ізольованими емоційними розладами, а складними багатовимірними феноменами, які формуються на перетині нейробіологічних, когнітивно-поведінкових, соціально-контекстуальних та екзистенційно-смыслових чинників. У структурі цих станів поєднуються як реактивні відповіді нервової системи на загрозу, так і глибинні трансформації особистісної ідентичності, уявлень про майбутнє та зв'язок зі світом.

Біопсихосоціальна модель дозволила теоретично обґрунтувати нейропсихологічні механізми вразливості: під впливом хронічного стресу війни активізується система «загрози» (НРА-вісь, мигдалика), а системи регуляції (префронтальна кора) послаблюються, що сприяє підвищеній тривожності та емоційній дестабілізації. Дослідження С. Крішнан та С. Нестлер підтверджують, що довготривала дія стресорів у молодому віці порушує механізми нейропластичності, підвищуючи ризик депресивності.

З позицій когнітивно-поведінкової парадигми А. Бек, А. Раш, Б. Шоу, Г. Емері та інших, доведено, що ключову роль у підтриманні тривожно-депресивних станів відіграють дезадаптивні когнітивні схеми: катастрофізація, нетерпимість до невизначеності, гіперконтроль, уникання, сформовані як результат «переживання непередбачуваної загрози». В умовах війни ці схеми стають стійкими, оскільки саме середовище підкріплює їхню актуальність.

Психоаналітичні підходи (З. Фрейд, К. Юнг) підкреслюють, що депресія в умовах колективної травми виникає також як відповідь на втрату, не лише реальну (людей, дому), а й символічну (майбутнього, стабільності, власної автономії). Тривога, у свою чергу, виконує роль сигналу про «загрозу розпаду», а отже має онтологічний характер.

Екзистенційно-гуманістичний вимір (В. Франкл, К. Роджерс) демонструє, що в умовах війни тривога переходить у статус «екзистенційної загрози», пов'язаної з фрустрацією базових смислів, а депресія формується як наслідок «екзистенційного вакууму», коли молодь втрачає здатність уявляти майбутнє. На цьому рівні мова йде не лише про емоційний розлад, а про кризу зв'язку людини з власними цінностями та ідентичністю.

Соціально-психологічні моделі доводять, що тривожність і депресія у період війни є прямим наслідком втрати ресурсів: соціальних, внутрішніх, матеріальних та смислових. Чим триваліша та незавершеніша ця втрата, тим більша ймовірність формування «спіралі виснаження», яка переходить у психопатологічні прояви.

Узагальнюючи результати аналізу, можна стверджувати, що: тривожність виступає первинною реакцією на загрозу виживанню, безпеці та передбачуваності життя, депресія часто являється наслідком тривалої нерозв'язаної тривоги, що трансформується у втрату смислу, енергії та майбутнього, війна радикально посилює ці процеси, змінюючи базові психологічні умови існування. Таким чином, обґрунтовано, що тривога та депресія в умовах війни є не лише клінічними станами, а психосоціальними та екзистенційними феноменами, що зароджуються на перетині зовнішнього травматичного контексту та внутрішніх ресурсних обмежень, що робить молодь особливо вразливою до їхнього розвитку.

2. Аналіз теоретичних підходів, показав, що війна є не просто зовнішнім фактором ризику, а середовищем тривалого екзистенційного стресу, яке змінює базові параметри психічного та емоційного функціонування молоді. На відміну від звичайних життєвих стресорів, воєнний досвід поєднує реальну фізичну загрозу, невизначеність майбутнього, соціальну втрату та екзистенційне порушення смислової системи, що суттєво ускладнює адаптацію.

По-перше, війна активізує механізми «виживання» (модель екстреної реакції «бій-біжи-замри»), внаслідок чого посилюється гіпернастороженість,

підвищується тонус тривоги, знижуються можливості префронтальної регуляції. Згідно з даними нейропсихологічних досліджень (Г. Енгель, С. Крішнан, Є. Нестлер), хронічна активація НРА-осі з часом призводить до емоційної дизрегуляції, виснаження та зниження здатності до когнітивного контролю. Таким чином, тривожні реакції стають не ситуативними, а фоновими.

По-друге, війна торкається ідентичності: молодь переживає втрату життєвого сценарію та горизонтів особистісного майбутнього. Саме цей феномен описується як «екзистенційний розрив» – неспівпадіння між тим, «ким я був чи буду», і реальністю війни, що руйнує внутрішню послідовність життєвого досвіду. У логотерапевтичній традиції (В. Франкл, І. Ялом) це розглядається як ключовий чинник депресивності: страждання, яке не має смислу, перетворюється на внутрішню порожнечу й втрату мотивації.

В-третьє, важливим механізмом є втрата ресурсів (теорія COR С. Гобфолла). В умовах війни молодь втрачає не лише безпеку, а й звичні соціальні, символічні та психологічні опори: відчуття контролю, статус, можливість планувати. Це запускає «спіраль виснаження», яка є передумовою тривожно-депресивних станів. Таким чином, депресія в умовах війни не є «слабкістю», а результатом довготривалого виснаження ресурсної бази особистості.

В-четвертих, війна порушує соціальну тканину буття, а для молоді, яка формує ідентичність здебільшого через взаємодію з однолітками та спільнотою, ізоляція, розрив зв'язків, відсутність підтримуючого середовища стають потужними каталізаторами дистресу. Відсутність «дзеркала» у вигляді стосунків послаблює почуття приналежності та підвищує внутрішню нестабільність.

Отже, психологічний вплив війни на молодь проявляється у багатовимірному порушенні: афективного рівня (підвищена тривожність, напруження, гіперактивність системи загрози), когнітивного рівня (катастрофізація, втрата відчуття майбутнього), смислового рівня

(екзистенційна пустота, обмеження перспективи), соціального рівня (ізоляція, порушення зв'язків), ресурсного рівня (виснаження, втрата самоконтролю). З теоретичної точки зору, війна постає як довготривала середовищна травма, що не лише підвищує тривожність, але формує передумови стану безсилля та депресивного згасання. Особливість впливу полягає в тому, що молода людина страждає не тільки від стресу «тут і тепер», а від руйнації суб'єктивної моделі майбутнього, яка є ключовим компонентом внутрішньої психічної рівноваги. Саме це пояснює необхідність переходу від симптомоцентричної допомоги до ресурсно- і смисло-орієнтованих моделей відновлення.

3. З метою виконання третього завданнями було використано такі психодіагностичні методики: Тест BasicPh (М. Лахад); Шкала депресії Бека (BDI); Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI); Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхан в адаптація Н.А. Сирота, В.М. Ялтонський) Для обробки отриманих даних було застосовано комплекс методів кількісного та якісного аналізу, зокрема описову статистику, порівняльний та кореляційний аналіз (за Пірсоном). У дослідженні прийняли участь студенти віком від 18 до 24 років, у кількості 85 осіб, із них 45 осіб жіночої статі та 40 осіб чоловічої статі.

У вибірці студентської молоді переважають легкі та помірні форми депресивності. Частка мінімальної депресії є найбільшою й дещо вищою у дівчат – 42,22%, порівняно з юнаками – 37,50%, що вказує на збереження достатньої частки адаптивних реакцій. Водночас помірні та важкі рівні частіше фіксуються у юнаків (помірна – 27,50%; важка – 15,00%) порівняно з дівчатами (помірна – 24,4%; важка – 11,1%). Отже, у юнаків частіше проявляється ретенція чи інтерналізація емоцій і нижча готовність до звернення по підтримку, що підвищує ризик переходу від «функціональної втоми» до клінічно значущих депресивних проявів.

За результатами оцінки тривожність (STAI) понад 70% респондентів мають помірний або високий рівень реактивної тривожності (РТ), що відображає стабільний фон ситуативного емоційного напруження у воєнній

реальності. Профіль особистісної тривожності (ОТ) зміщений у бік помірно-високих значень (особливо у дівчат: високий ОТ – 37,80%), що свідчить не лише про реакцію на подію, а й про закріплення тривожних патернів як рисових. У сукупності це означає, що воєнний стрес діє як «подвійний каталізатор» який актуалізує ситуативну тривогу і підсилює диспозиційну схильність до тривожності.

Відзначено, що дівчата демонструють вищі показники РТ та ОТ, однак частіше залишаються у зоні мінімальної та легкої депресії; у юнаків, при дещо нижчій тривожності, частіше виявляються помірні та важкі депресивні прояви. Цей розрив добре пояснюється різницею у стилях реагування: соціально-емоційна регуляція у дівчат має буферний ефект щодо депресії, тоді як когнітивно-діяльнісна орієнтація юнаків у поєднанні з низьким звертанням по підтримку підвищує ризики «тихої» хронізації дистресу.

Розглядаючи результати ресурсного профілю, відзначена наявність провідних каналів серед юнаків переважають когнітивні та фізіологічні, далі соціальні та афективні, а найнижчі – віра й уява, що в сукупності вказує на наявність раціонально-діялісного профілю із хорошим потенціалом контролю та дій, але з ризиком інтелектуалізації й дефіциту емоційно-сміслової переробки травматичного досвіду. Для дівчат більш характерними є соціальний та афективний, далі когнітивний, фізичний та віра й уява на помірних рівнях, що формує соціально-емоційний профіль, який добре знижує дистрес і запобігає заглибленню депресії, але вимагає підсилення когнітивної та тілесної саморегуляції для запобігання емоційній виснаженості.

За характерними алгоритмами копінг-стратегій юнаки спрямовані на активне вирішення проблем (28,7 бали (високий рівень), пасивне уникнення (25,7 бали (середній)), пошук підтримки – низький (18,3 бали). Дівчата, навпаки найчастіше обирають пошук соціальної підтримки (26,5 бали (середній)), пасивне уникнення (28,3 бали (середній)), активне вирішення – нижче середнього 16,8 бали.

Проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність тісних взаємозв'язків між рівнями тривожності, депресивності та особливостями копінг-стратегій молоді. Виявлено, що підвищені показники тривоги й депресії прямо корелюють із тенденцією до уникнення проблем і зворотно — з активним вирішенням труднощів, когнітивною та фізичною модальністю ресурсного профілю. Найбільш захисними чинниками виявилися активне, раціонально орієнтоване подолання та залучення соціальної підтримки, тоді як емоційна реактивність і пасивність сприяють поглибленню емоційного виснаження. Отже, емоційні стани та копінг-механізми функціонують як єдина інтегрована система, де ефективність адаптації визначається балансом між когнітивними, соціальними й емоційними ресурсами особистості.

4. Розгляд та аналіз сучасних психологічних стратегій подолання тривожно-депресивних станів у молоді засвідчив, що ефективна допомога в умовах війни не може базуватися на одновимірних підходах (лише когнітивних, лише терапевтичних чи лише освітніх), оскільки психічні порушення воєнного періоду мають багаторівневу природу: від нейрофізіологічної гіперактивації до смислової дезорієнтації та соціальної ізоляції. Саме тому найрезультативнішими виявляються моделі, які поєднують ресурсну, травмо-інформовану, когнітивно-поведінкову, соціально-комунітарну та смислотворчу логіку втручань.

По-перше, результати аналізу показали, що ресурсно-орієнтовані моделі (BASIC Ph, COR) є критично важливими на ранньому етапі підтримки, оскільки саме вони відновлюють базові елементи психічної стійкості: внутрішні ресурси, відчуття дієздатності, зв'язок з власними силами та позитивними опорами. Вони створюють фундамент для профілактики та подальшої терапевтичної роботи, формуючи перехід від «виживання» до «відновлення».

По-друге, травмо-інформований підхід (TIC) актуалізує ключову тезу сучасної психотравматології: «симптоми — це наслідок, а не слабкість». Він переводить фокус з «усунення порушення» до забезпечення безпеки, зниження

ретравматизації та повернення суб'єктності. У молоді, яка втратила відчуття контролю, це є базовою умовою для руху до більш структурованих інтервенцій.

В-третьох, когнітивно-поведінкові та АСТ, MBSR-підходи довели свою ефективність у зниженні гострих форм тривожності та депресивності. У молоді вони дозволяють послабити катастрофізацію, нетолерантність до невизначеності, компенсувати поведінкову деактивацію та повернути контакт з реальністю через тілесну стабілізацію й когнітивну реструктуризацію.

В-четвертих, соціально-комунікативні моделі (групова підтримка, волонтерські осередки) виступають в українському контексті не «додатковим», а ключовим буфером дистресу, оскільки колективна взаємна підтримка компенсує дефіцит безпеки і перериває ізоляцію, яка є одним з головних тригерів депресивних процесів у молоді.

І нарешті, смисло-орієнтовані моделі дозволяють уникнути «порожньої терапевтичної ремісії» та повертають молодій людині відчуття майбутнього, вибору і життєвих цінностей. В умовах війни саме втрата смислового горизонту стає тим механізмом, який перетворює тривогу на депресію. Тому робота із сенсами – це не надбудова, а терапевтичне ядро довгострокового відновлення.

На підставі зіставлення різних моделей було показано, що оптимальною є інтегративна багаторівнева система, яка поєднує первинну, вторинну та третинну профілактику та узгоджується з міжнародними рекомендаціями WHO, UNICEF, MHPSS. Її логіка вибудовується як послідовність: безпека, стабілізація, ресурси, смисли, спільнотність, що забезпечує повноцінний вихід з дистресу, а не лише зниження симптомів.

Таким чином, результати аналізу підтверджують, що ефективні стратегії подолання тривожно-депресивних станів у молоді під час війни повинні мати не симптомоцентричний, а ресурсно-компетентнісний і смислотворчий характер, будуючись на інтеграції короткострокових стабілізуючих протоколів та довготривалих моделей розвитку резилієнтності. Такий підхід забезпечує не

лише зменшення вираженості емоційних порушень, а й відновлення життєздатності, функціональності, мотивації та здатності будувати майбутнє навіть за умов хронічної невизначеності.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітньої організації охорони здоров'я
МКХ	Міжнародний класифікатор хвороб
СДУГ	Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю
АРА	Американська психіатрична асоціація
BASIC Ph	Тест стресостійкості Мулі Лахада
BDI	Beck Depression Inventory
BDNF	нейротрофічний фактор мозку
HPA-axis	гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
WHO	World Health Organization

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Асєєва Ю.О., Возний Д.В., Тарасенко Н.С. Прояви посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення півдня. *Наукові перспективи, Серія «Психологія»* 2024. №11(53) С. 1197-1207 DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11\(53\)-1197-1207](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11(53)-1197-1207)
3. Асєєва Ю. О. Програми ментального здоров'я в Україні під час повномасштабного вторгнення. Міжнародна науково-практична конференція *«Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя»* (м. Одеса, 14-15 вересня 2023). Одеса : Міжнародний гуманітарний університет. 2023. С.14-17.
4. Асєєва Ю.О., Аймедов К.В., Яцишина А.М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *ГАБІТУС*. Випуск 63. 2024. С. 137-141.
5. Борець Ю. В., Шлімакова І. І. До проблеми психічного здоров'я студентів вищого навчального закладу. *Кримінально-виконавча система: Вчора. Сьогодні. Завтра*. Чернігів. 2018. № 1. С. 159-169.
6. Вдовіченко О.В., Асєєва Ю.О., Понянська Д.О. Особливості сприйняття якості життя та соціальні наслідки депресивних розладів під час воєнного стану. *Габітус*. 2023 Випуск 52/2023 С. 266-270 DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.52.45>.
7. Власенко І. А., Рева О. М. (2015). Модель збереження психологічного здоров'я студентської молоді в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Херсон. 2020. № 3. С. 90-99.
8. Водяна О. Закордонний досвід благодійної діяльності студентської молоді. *Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні* : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Львів, 2020. С. 102-106.

9. Гранкіна-Сазонова Н. В. (2018). Психологічне благополуччя та життєстійкість студентів-психологів як важливі чинники їх професійного становлення. *Психологічний часопис. Збірник наукових праць*. 2018. № 7(17). С. 23-42. URL: <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal>.

10. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рекомендації. / П. В. Волошин та ін. Харків, 2014. 79 с.

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

12. Іваницький А. В. Психологічний ресурс як інтегральна характеристика особистості. *Сучасні проблеми науки та освіти*. 2015. С. 26-29.

13. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2022. 52 с.

14. Карамушка Л.М. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни : Навч.-методичний посібник. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 124 с.

15. Кожина А. М. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23. Вип. 2, № 83 С. 109

16. Козлова І. В. Психологічні наслідки бойового стресу: діагностика та шляхи подолання. *Соціальна психологія*. 2020. № 4. С. 42-51.

17. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с

18. Лазоренко Б. П. Психотравма як ресурс соціально-психологічної реабілітації проблемної молоді, яка переживає наслідки повоєнної прсихотра- вматизації. *Актуальні проблеми соціології, психології,*

педагогіки : зб. наук. статей. Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. № 4 (29). 2018. С. 110–115.

19. Максим О. Специфіка ціннісних орієнтацій підлітків з девіантною поведінкою. *Актуальні проблеми психології*. 2020. № 21 (11). С. 173–189.

20. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с

21. Національний інститут стратегічних досліджень. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovyav-chasy-viyny> 27.06.2023

22. Некіз Т. Особливості морально-ціннісного розвитку сучасної молоді. Девіантна поведінка: історія, теорія, практика : матеріали конференції / за ред. Н. Ю. Максимової, А. М. Грись, О. В. Максим. Київ, 2021. С. 44–50.

23. Нечипоренко Н., Бездідько Н. (2022). Психічне здоров'я. Допомога особистості в кризових ситуаціях. *Психолог*. 2022. №1-2. С. 68-73.

24. Околотенко К., Жарик Л., Коляденко Н. (2023). Копінг-стратегії та рівень тривожності студентів медичних спеціальностей під час воєнного стану. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2023. Вип. 1(10), С. 72-79.

25. Особливості психічного здоров'я волонтерів залежно від напрямків їхньої діяльності / С. Мельниченко // *Modern strategies of global scientific solutions: Collection of abstracts of the V International scientific and practical conference* (December 27-29, 2023). Stockholm, Sweden, International Scientific Unity, 2023. P. 349-353.

26. Попович І. Психологія соціальних очікувань особистості: методологія, теорія і практик : посібник. Херсон : ХДУ, 2019. 160 с.

27. Попович І. Розвиток та становлення особистості у вимірах соціальних очікувань. *Соціокультурні та психологічні вектори становлення особистості : колективна монографія*. Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2018. С. 80-103.

28. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017>

29. Проблеми психічного здоров'я у часі війни: Збірник наукових праць за матеріалами *Регіональної студентсько-викладацької науково-практичної інтернет-конференції*. Ред. колегія: К. Гавриловська, І. Загурська, Г. Пирог. Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2025. 143 с.

30. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів *IV Всеукраїнської науковопрактичної конференції* (18 жовтня 2019 року) Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2019. 312 с.

31. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів під ред. С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнерьова, В.М. Невмержицький. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с.

32. Психологія екстремальних та кризових ситуацій: навч.-метод. посіб. для студ. денної та заочної форм навчання освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія». Під ред. Романовський О.Г., Черкашин А.І., Грень Л.М. та ін. Харків: Видавництво Іванченка І.С., 2022. 356 с.

33. Співак Л., Османова А. Психодіагностика в клінічній психології. Київ: Університет «Україна», 2023. 228 с.

34. Стахова О. О., Коломієць А. М. (2021). Тривожність та її вплив на психічне здоров'я студентів. 2021. URL: <http://naukam.triada.in.ua>

35. Суспільство для психічного здоров'я особистості: взаємодія родини, освіти, громади: Збірник наукових праць за матеріалами *Міжнародної науковопрактичної інтернет-конференції* (Україна, Житомир, 24 листопада 2022 р.) Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2023. 172 с.

36. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психіатрія: підручник для студентів ВНЗ. Київ: ВСВ «Медицина», 2022. 688 с.

37. Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) URL: <https://studentam.net.ua/content/view/10952/86/>

38. Яцишина А. М., Асєєва Ю. О., Хайрулін О.М., Венгер А. С., Цибух Л. М. Гармонізація характеру в підлітковому віці: психологічні профілі, стратегії подолання та наслідки для благополуччя. *Amazonia Investiga*, 2025. Volume 14. Issue 86. P. 65-78.

39. Amato P. R. Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*. 2010. Vol. 72(3). P. 650-666.

40. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington: *American Psychiatric Publishing*, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

41. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Washington, D.C.: APA, 2017. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>

42. Anderson K. N., Novak J. R., Johnson L. Rural mental health and stigma: A systematic review. *Rural and Remote Health*. 2015. Vol. 15. Article 3539.

43. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press, 1979. 425 p.

44. Belsky J., Pluess M. The Nature (and Nurture?) of Plasticity in Early Human Development. *Perspectives on Psychological Science*, 2009, Vol. 4(4), p. 345–351. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01136.x>

45. Berry H. L., Bowen K., Kjellstrom T. Climate change and mental health: A causal pathways framework. *International Journal of Public Health*. 2010. Vol. 55(2). P. 123-132.

46. Bhugra D., Gupta S. *Migration and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

47. Bonanno G. *The End of Trauma: How the New Science of Resilience Is Changing How We Think About PTSD*. New York: Basic Books, 2021. 320 p.

48. Bonanno G., Mancini A. Beyond Resilience and PTSD: Mapping the Heterogeneity of Responses to Potential Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2012, Vol. 4(1), P. 74-83. URL: <https://doi.org/10.1037/a0017829>

49. Chiavarino C., Colombo R., Grande R.I. & Russo R. Risk perception in healthcare workers: the Role of Work Area and Occupational Role. *Occupational Health Science*. 2018. № 2. P. 269-278.

50. Chudzicka-Czupala A., Hapon N., Ho Chun Man R., Li D.-J., Żywiołek-Szeja M., Karamushka L., Grabowski D., Paliga M., McIntyre R.S., Chiang S.-K., Pudełek B., Chen Y-L. & Yen C-F. Associations between coping strategies and psychological distress among people living in Ukraine, Poland, and Taiwan during the initial stage of the 2022 war in Ukraine. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023. № 4(1), 216-312.

51. Clark D. A., Beck A. T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York: Guilford Press, 2010. 628 p.

52. Clayton S., Karazsia B. T. Development and validation of a measure of climate change anxiety. *Journal of Environmental Psychology*. 2020. Vol. 69. Article 101434. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101434>

53. Clayton S., Manning C., Krygsman K., Speiser M. Mental health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance. American Psychological Association & ecoAmerica, Washington DC, 2017. 70 p. URL: <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/03/mental-health-climate.pdf>

54. Corbiere M., Zaniboni S., Dewa C.S., Villotti P., Lecomte T., Sultan-Taïeb H., Hupé J. & Fraccaroli F. Work productivity of people with a psychiatric disability working in social firms. 2019. Vol 62. P. 151-160.

55. Corrigan P. W., Watson A. C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002. Vol. 1(1). P. 16–20.

56. Engel G. The Need for a New Medical Model: *A Challenge for Biomedicine*. *Science*, 1977, Vol. 196, №. 4286, P. 129-136.

57. Epstein E., Haizlip J., Zhao D., Bennett R. & Marshall M.F. Moral Distress, Mattering and Secondary Traumatic Stress in Provider Burnout: A Call For Moral Community. *AACN Advanced Critical Care*. 2020. № 31. P. 146-157.

58. Frankl V. Man's Search for Meaning. Boston: Beacon Press, 1963. 165 p.

59. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2012. 402 p.

60. Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 1992. 276 p.

61. Hobfoll S. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 1989, Vol. 44(3), P. 513–524. URL: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>

62. Impact of stressful events on motivations, self-efficacy, and development of post-traumatic symptoms among youth volunteers in emergency medical services / E. Roditi et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2019. May 8. № 16 (9). P. 13-16.

63. Ingram R. E., Luxton D. D. Vulnerability-stress models. In: Hankin B. L., Abela J. R. (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks: Sage, 2005. P. 32-46.

64. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC, 2007. URL: <https://interagencystandingcommittee.org>

65. Jacka F. N., O'Neil A., Opie R. S. et al. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the "SMILES" trial). *BMC Medicine*. 2017. Vol. 15(1). Article 23.

66. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. Revised ed. New York: Bantam, 2013. 720 p.

67. Karamushka L.M., Kredentser O.V., Tereshchenko K.V., Delton Y., Lazos G.P. & Paskevskaya I.A. The relationship between work characteristics and

subjective well-being of educational organization managers and employees Polski Merkur *Lekarski Polish Medical Journal*. 2023. № 4. P. 390-397

68. Kessler R. C., Angermeyer M., Anthony J. C., et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007. Vol. 6(3). P. 168-176.

69. Kirmayer L. J. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine*. 2012. Vol. 75(2). P. 249-256.

70. Krishnan V., Nestler E. The Molecular Neurobiology of Depression. *Nature*, 2008, Vol. 455, P. 894–902. URL: <https://doi.org/10.1038/nature07455>

71. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*. 2017. Vol. 4(2). P. 146-158.

72. Lahad M. Creative Supervision: The Use of Expressive Arts Methods in Supervision and Self-Supervision. London: *Jessica Kingsley Publishers*, 2000. 224p

73. Lai M.C., Kasseh C., Besney R. et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2019. Vol. 6(10). P. 819-829.

74. Lassale C., Batty G. D., Baghdadli A. et al. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*. 2019. Vol. 24(7). P. 965-986.

75. Link B. G., Phelan J. C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2006. Vol. 27. P. 363-385.

76. Mahalik J. R., Burns S. M., Syzdek M. Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*. 2003. Vol. 56(11). P. 2201-2213.

77. Mani A., Mullainathan S., Shafir E., Zhao J. Poverty impedes cognitive function. *Science*. 2013. Vol. 341(6149). P. 976-980.

78. Masten A. S. Ordinary Magic: Resilience in Development. New York: Guilford Press, 2014. 370 p.

79. Miliutina K., Trofimov A., Zelenin V., Andrushchenko T. & Karamushka L. The Role of Pets in Preserving the Emotional and Spiritual Wellbeing of Ukrainian Residents During Russian Hostilities. *Journal of Religion and Health*. 2023. № 62(1). P. 500-509.

80. Mooli Lahad, Shoshani A., Shacham M. Coping and Resilience: BASIC Ph Model in Traumatic Situations. *Community Stress Prevention*, 2016, Vol. 15, P. 11–27.

81. Motivations to volunteer and their associations with volunteers' well-being / A.A. Stukas et al. *Nonprofit Volunt. Sect. Q.* 2016. № 45. P. 112-132.

82. National Institute of Mental Health. Supplemental Curriculum Series: The Brain's Inner Workings – Biology of Mental Illness. Bethesda, MD: NIMH, 2020. 48 p. URL: <https://www.nimh.nih.gov>

83. Neria Y., Shultz J. M. Mental health effects of hurricanes, floods, and climate-related disasters: Lessons from Katrina, Sandy, and Harvey. *Current Psychiatry Reports*. 2012. Vol. 14(6). P. 784–794.

84. O'Neil A., Quirk S. E., Housden S. et al. Relationship between diet and mental health in children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Public Health*. 2019. Vol. 109(8). P. 1232–1243.

85. OECD. Mental health and well-being at work: Towards evidence-based policy. Paris: OECD Publishing, 2023. 194 p. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264204997-en>

86. Paul K. I., Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. 2009. Vol. 74(3). P. 264-282.

87. Rogers C. A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework. In: *Psychology: A Study of a Science*. Vol. 3. New York: McGraw-Hill, 1959. P. 184-256.

88. Schauer M., Neuner F., Elbert T. Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders. 2nd ed. Cambridge, MA: Hogrefe, 2011. 152 p.

89. Seedat S., Scott K. M., Angermeyer M. C. et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*. 2009. Vol. 66(7). P. 785-795.
90. Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2018. 451 p.
91. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2018. 352 p.
92. UNICEF. *Operational Guidelines on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings*. New York: UNICEF, 2020. 88p.
93. Whisman M. A. Relationship distress and psychopathology: Findings and implications. *Current Directions in Psychological Science*. 2015. Vol. 24(2). P. 145-150.
94. Williams D. R., Mohammed S. A. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*. 2009. Vol. 32(1). P. 20-47.
95. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://icd.who.int/en>
96. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: WHO, 1992. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
97. World Health Organization. *Mental disorders*. WHO Fact Sheet, 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
98. World Health Organization. *Mental Health and Psychosocial Wellbeing in Emergencies: IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: WHO, 2007. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9781424334445>
99. World Health Organization. *mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in*

Humanitarian Emergencies. Geneva: WHO, 2015. URL:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/162960>

100. World Health Organization. Problem Management Plus (PM+): Individual Psychological Help for Adults Impaired by Distress in Communities Exposed to Adversity. Geneva: WHO, 2018. URL:
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.2>

101. World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization, 2021. 53 p. URL:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112828>

102. World Health Organization. Social Determinants of Mental Health. Geneva: WHO, 2021. URL:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>

103. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022. 216 p. URL:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

104. Yalom I. Existential Psychotherapy. New York: Basic Books, 1980. 524p

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест BasicPh (М. Лахад) для визначення каналів подолання стресових ситуацій.

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

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

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

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

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

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

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

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

№	ТВЕРДЖЕННЯ	0	1	2	3	4	5	6
1	Я здаюся і покладаюся на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми							
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано, – до прикладу, плачу, коли думаю про себе							
3	Я шукаю підтримки інших людей							
4	Я фантазую і даю волю своїй уяві, – наприклад, уявляю себе у спокійному, безтурботному місці							
5	Я збираю інформацію, щоб бути певним/ною у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми							
6	Я їм або сплю менше, ніж звичайно, – або ж, навпаки, я їм та сплю більше, аніж зазвичай							
7	Я вірю у мої власні сили і мою здатність долати перешкоди							
8	Я висловлюю мої почуття у власний завуальований спосіб – через натяки, сарказм або навіть флірт							

9	Я веду бесіди з друзями по телефону							
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки – як спосіб пошуку вирішення проблеми							
11	Я аналізую проблеми, намагаючись знайти їх вирішення							
12	Я постійно займаю себе фізично працею – наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом автомобіля чи навіть створенням моделі літака							
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»							
14	Я звільняюсь від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині							
15	Я намагаюся знайти підтримку у друга або членів моєї сім'ї							
16	Слухаючи музику, я даю волю своїй уяві							
17	Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком							
18	Я використовую вправи для розслаблення							
19	Я прошу допомоги у Бога в молитві							
20	Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію							
21	Я глибоко занурююсь у стосунки з членами моєї громади або організації, до якої я належу							
22	Я згадую часи, коли мені було набагато краще, ніж зараз, або ж думаю про час, коли все зміниться на краще							
23	Насамперед я намагаюся зрозуміти, що, власне, відбувається							
24	Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю підтюпцем							
25	Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію							
26	Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії							
27	Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись							
28	Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книги, уявляючи себе на місці дійових осіб							
29	Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблеми і, якщо це можливо, обираю найкращий з них							
30	Я намагаюся постійно займати себе якоюсь фізичною діяльністю							
31	Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим»							
32	Я даю вихід моїм емоціям							
33	Я пишу листи та е-мейли до друзів – з надією на їх відповідь							
34	Я мрію, думаю про кращі часи, уявляючи собі їх							
35	Я намагаюся знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб, з тих, які знаю, обмірковуючи кожен з них							
36	Я виходжу з дому або намагаюся бути активним/ною для того, щоб позбутися надлишку енергії							

Опрацювання результатів

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

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

Чим більша сума балів, тим більш розвинутою є відповідна стратегія: В – віра, переконання, цінності; А – емоції, почуття; С – соціальні зв'язки, соціальна підтримка; І – уява, мрії, спогади; С – когнітивні стратегії; Ph – тілесні ресурси, фізична активність.

Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Шкала Спілбергера-Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б).

Пацієнту пропонується відповісти на питання, вказавши, як він себе відчуває в цей момент (реактивна тривожність, 1-20 питань) і як він себе почуває зазвичай (особистісна тривожність, 21-40 питань). На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності реактивної тривожності і за частотою вираженої особистісної тривожності.

Бланк опитувальника Спілбергера-Ханіна

Опитувальник «А»

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте в цей момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Твердження	Зовсім ні	Мабуть, так	Так	Абсолютно так
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я засмучений	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваю, що відпочив	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4

11. Я впевнений в собі	1	2	3	4
12. Я нервую	1	2	3	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я збуджений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я стурбований	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник «Б»

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає. Пам'ятайте, що в кожному рядку повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Твердження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2. Я зазвичай втомлююся	1	2	3	4
3. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
5. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6. Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
7. Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
8. Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
9. Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10. Я цілком щасливий	1	2	3	4
11. Я занадто усім переймаюся	1	2	3	4
12. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13. Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15. У мене буває хандра	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4

17. Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18. Я занадто переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19. Я врівноважена людина	1	2	3	4
20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів.

При відповідях на питання «1» означає відсутність або легкий ступінь тривожності, а позначка «4» означає високу тривожність. При обробці результатів бальні оцінки в «зворотних» питаннях мають зворотну направленість.

Рівень реактивної тривожності обчислюється за формулою: $Tr = EPP - EPO + 50$, де: Tr – показник реактивної тривожності; EPP – сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18); EPO – сума балів по зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20). Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовується формула: $Tl = ELP - ELO + 35$, де: Tl — показник особистісної тривожності; ELP – сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40); ELO сума балів за зворотними питаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39). Показник, що не досягає 30 балів, свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів – про помірну, понад 45 балів – про високу.

Шкала депресії А. Бека

Шкала депресії А. Бека була розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. Дана шкала містить 21 питання, 4 варіанти відповіді, час заповнення самоопитувальника пацієнтом займає від 20 хвилин до однієї години залежно від стану. Дві субшкали: когнітивно-афективних (пункти 1-13) і соматичних проявів депресії (пункти 14-21).

Когнітивні симптоми: настрій, песимізм, почуття неспроможності, незадоволеність, почуття провини, відчуття, що буду покараний, відразу до самого себе, ідеї самозвинувачення, суїцидальні думки, сльозливість, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість. Соматичні прояви: порушення образу тіла; втрата працездатності; порушення сну; стомлюваність; втрата апетиту; втрата ваги; втрата лібідо.

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

Шкала депресії А. Бека

№	Питання	Бали
1.	а) я почуваю себе добре;	0
	б) мені погано;	1
	в) мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити;	2
	г) мені так нудно і сумно, що я не в силах більше терпіти.	3
2.	а) майбутнє не лякає мене;	0
	б) я боюся майбутнього;	1
	в) мене ніщо не радує;	2
	г) моє майбутнє безпросвітне.	3
3.	а) в житті мені переважно щастило;	0
	б) невдач і провалів було у мене більше, ніж у будь-кого іншого;	1
	в) я нічого не домогся в житті;	2
	г) я потерпів повне фіаско — як батько, партнер, дитина, на професійному рівні — словом, усюди.	3
4.	а) не можу сказати, що я незадоволений;	0
	б) як правило, я нудьгую;	1
	в) що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина;	2

	г) мене не задовольняє абсолютно все.	3
5.	а) у мене немає відчуття, ніби я когось образив;	0
	б) можливо я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо;	1
	в) у мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя;	2
	г) я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.	3
6.	а) я задоволений собою;	0
	б) іноді я відчуваю себе нестерпним;	1
	в) іноді я відчуваю комплекс неповноцінності;	2
	г) я абсолютно нікчемна людина.	3
7.	а) у мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання;	0
	б) я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, в чому став винним;	1
	в) я знаю, що заслуговую на покарання;	2
	г) я хочу, щоб життя мене покарало.	3
8.	а) я ніколи не розчаровувався в собі;	0
	б) я багато разів відчував розчарування в самому собі;	1
	в) я не люблю себе;	2
	г) я себе ненавиджу.	3
9.	а) я нічим не гірший за інших;	0
	б) іноколи я припускаюся помилки;	1
	в) просто жакливо, як мені не щастить;	2
	г) я сію навколо себе одні нещастя.	3
10.	а) я люблю себе і не ображаю себе;	0
	б) іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся;	1
	в) було краще б зовсім не жити;	2
	г) я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.	3
11.	а) у мене немає причин плакати;	0
	б) буває, що я і поплачу;	1
	в) я плачу тепер постійно, так що не можу виплакати;	2
	г) раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.	3
12.	а) я спокійний;	0
	б) я легко дратуюся;	1
	в) я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел;	2
	г) мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.	3
13.	а) прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем;	0
	б) іноді я відкладаю рішення на потім;	1
	в) приймати рішення для мене проблематично;	2
	г) я взагалі ніколи нічого не вирішую.	3
14.	а) мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше ніж раніше;	0
	б) мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю;	1
	в) справи йдуть дедалі гірше, я виглядаю погано;	2
	г) я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.	3
15.	а) зробити вчинок — для мене не проблема;	0
	б) мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок;	1
	в) щоб зважитися на щось, я повинен дуже багато попрацювати над	2

	собою;	
	г) я взагалі не здатний щось реалізувати.	3
16.	а) я сплю спокійно і добре висипаюся;	0
	б) вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув;	1
	в) я прокидаюся рано і відчуваю себе так, ніби не виспався;	2
	г) іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.	3
17.	а) у мене збереглася колишня працездатність;	0
	б) я швидко втомлююся;	1
	в) я відчуваю себе стомленим навіть якщо майже нічого не роблю;	2
	г) я настільки втомився, що нічого не можу робити.	3
18.	а) апетит у мене такий же, яким він був завжди;	0
	б) у мене пропав апетит;	1
	в) апетит у мене набагато гірше ніж раніше;	2
	г) у мене взагалі немає апетиту.	3
19.	а) бути на людях для мене так само приємно як і раніше;	0
	б) мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми;	1
	в) у мене немає ніякого бажання бути в суспільстві;	2
	г) я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.	3
20.	а) мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні;	0
	б) секс вже не цікавить мене так як раніше;	1
	в) зараз я міг би спокійно обходитися без сексу;	2
	г) секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.	3
21.	а) я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше;	0
	б) у мене постійно щось болить;	2
	в) зі здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю;	3
	г) моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене	

Обробка результатів. За відповіді нараховується: «а» 0 балів, «б» 1 бал, «в» бали, «г» 3 бали.

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

Інтерпретація результатів.

0-9 – відсутність депресивних симптомів 10-15 – легка депресія (субдепресія)

16-19 – помірна депресія

20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості) 30-63 — важка депресія

Методика індикатор копінг-стратегій (Д. Амірхан)

Інструкція: На бланку питань представлено кілька можливих шляхів подолання проблем, неприємностей. Ознайомившись із твердженнями, Ви зможете визначити, які із запропонованих варіантів зазвичай Вами використовуються.

Спробуйте згадати про одну із серйозних проблем, з якою Ви зіткнулися за останній рік і яка змусила вас неабияк турбуватися. Опишіть цю проблему кількома словами.

Тепер, читаючи наведені нижче твердження, виберіть один із трьох найбільш прийнятних варіантів відповідей для кожного твердження:

- «Цілком згоден».
- «Згоден».
- «Не згоден».

Реєстраційний бланк

ППП _____ Дата _____
Вік _____ Освіта _____

Твердження	Повністю згоден	Згоден	Не згоден
1. Дозволю собі поділитися почуттям з другом	3	2	1
2. Намагаюся все робити так, щоб мати можливість якнайкраще вирішити проблему	3	2	1
3. Здійснюю пошук усіх можливих рішень, перш ніж щось зробити	3	2	1
4. Намагаюся відволікатися від проблеми	3	2	1
5. Приймаю співчуття та розуміння від будь-кого	3	2	1
6. Роблю все можливе, щоб не дати оточуючим побачити, що мої справи погані	3	2	1
7. Обговорюю ситуацію з людьми, тому що обговорення допомагає мені почуватися краще	3	2	1
8. Ставлю собі низку цілей, дозволяють поступово справлятися з ситуацією	3	2	1
9. Дуже ретельно зважую можливості вибору	3	2	1
10. Мрію, фантазую про найкращі часи	3	2	1
11. Намагаюся різними способами вирішувати проблему, доки не знайду відповідний	3	2	1
12. Довіряю свої страхи родичу чи другу	3	2	1

13. Більше часу, ніж зазвичай, проводжу один	3	2	1
14. Розповідаю іншим людям про ситуацію, оскільки тільки її обговорення допомагає мені дійти її вирішення	3	2	1
15. Думаю, що потрібно зробити, щоб виправити становище	3	2	1
16. Зосереджуюсь повністю на вирішенні проблеми	3	2	1
17. Роздумую про себе план дій	3	2	1
18. Дивлюся телевізор довше, ніж зазвичай	3	2	1
19. Іду до когось (друга чи фахівця), щоб він допоміг мені почуватися краще	3	2	1
20. Стою твердо і борюся за те, що мені потрібне в цій ситуації	3	2	1
21. Уникаю спілкування з людьми	3	2	1
22. Перемикаюся на хобі або займаюся спортом, щоб уникнути проблем	3	2	1
23. Іду до друга за порадою – як виправити ситуацію	3	2	1
24. Іду до друга, щоб він допоміг мені краще відчувати проблему	3	2	1
25. Приймаю співчуття, взаєморозуміння друзів	3	2	1
26. Сплю більше звичайного	3	2	1
27. Фантазую про те, що все могло б бути інакше	3	2	1
28. Уявляю себе героєм книги чи кіно	3	2	1
29. Намагаюся вирішити проблему	3	2	1
30. Хочу, щоб люди залишили мене одного	3	2	1
31. Приймаю допомогу від друзів чи родичів	3	2	1
32. Шукаю заспокоєння у тих, хто знає мене краще	3	2	1
33. Намагаюся ретельно планувати свої дії, а не діяти імпульсивно під впливом зовнішнього спонукання	3	2	1

Обробка результатів

Відповіді випробуваного порівнюються з ключем. Для отримання загального балу за відповідною стратегією підраховується сума балів за всіма 11 пунктами, що належать до цієї стратегії. Мінімальна оцінка за кожною шкалою – 11 балів, максимальна – 33 бали.

Ключ

Шкала «вирішення проблем» – пункти опитувальника: 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33.

Шкала «пошук соціальної підтримки» – пункти опитувальника: 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32.

Шкала «уникнення проблем» – пункти опитувальника: 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30.

Бали нараховуються за такою схемою:

Відповідь «Повністю згоден» оцінюється в 3 бали.

Відповідь «Згоден» у 2 бали.

Відповідь «Не згоден» в 1 бал.

Інтерпретація результатів

Норми для оцінки результатів тесту:

Рівень	Вирішення проблеми	Пошук соціальної підтримки	Уникнення проблем
Дуже низький	< 16	< 13	< 15
Низький	17-21	14-18	16-23
Середній	22-30	19-28	24-26
Високий	> 31	> 29	> 27