



COLLEGE INTERNATIONAL
DES TECHNIQUES PAR
ACTIVATION DE LA
CONSCIENCE

МАТЕРІАЛИ

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГІПНОЗУ ТА СУЧАСНОЇ
ГІПНОТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТРАВМ,
ПТСР ТА ІНШИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ»**

11 січня 2025 р.

ЗБІРНИК ТЕЗ

Київ – 2025

Матеріали

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ ІНТЕРНЕТ-
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГІПНОЗУ ТА СУЧАСНОЇ
ГІПНОТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТРАВМ,
ПТСР ТА ІНШИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ»**

ЗБІРНИК ТЕЗ

11 січня 2025 р.

Київ – 2025

Збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні питання гіпнозу та сучасної гіпнотерапії у корекції психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів» (11 січня 2025 року). Київ, 2025. 80 с.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ:

Гейко Євгенія Вікторівна – доктор психологічних наук, професор, голова громадської організації «Міжнародної Асоціації Гіпнозу»

Завацька Наталія Євгеніївна – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри практичної психології та соціальної роботи СНУ імені Володимира Даля

Члени оргкомітету:

Дигун Ірина Сергіївна – кандидат психологічних наук, засновниця громадської організації «Асоціація незалежних фахівців «Простір Людини», засновниця громадської організації «Міжнародна Асоціація Гіпнозу».

Радул Ірина Геннадіївна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології та соціальної роботи Центральноукраїнського державного університету імені Володимира Винниченка.

Саляєв Микола Геннадійович – лікар-психіатр, психотерапевт, голова громадської організації «Асоціація незалежних фахівців «Простір Людини», засновник громадської організації «Міжнародна Асоціація Гіпнозу».

Укладач:

доктор психологічних наук, професор Гейко Є.В.

**Статті подано в авторській редакції
Оргкомітет не несе відповідальності за зміст наукових праць
та достовірність наведених фактологічних і статистичних даних**

ЗМІСТ

Бондарчук П.С. ГІПНОТЕРАПІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ІНСТРУМЕНТ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВІД ЛІХОЛІТЬ ВІЙНИ.....	5
Гейко Є.В. ГІПНОЗ: ВІД ЖАНА МАРТЕНА ШАРКО ДО ЖАНА БЕККІО Й НЕЙРОНАУК.....	9
Данко Д.В. КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТРАВМ МОЛОДІ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ.....	14
Дроняк Л. Д., Міхеєва Л. В. ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ОСНОВА ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	21
Завацький В. Ю. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА МОЛОДІ З ПТСР В УМОВАХ ПРОБЛЕМОГЕННОГО СОЦІУМУ.....	26
Каграманян М. О. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ.....	30
Керцман О. О. ГРОМАДСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЯК РЕСУРС СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ.....	32
Крижановський О. М. СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАСОБАМИ ГІПНОТЕРАПІЇ У ВИМІРАХ БЕЗПЕКИ ОСОБИСТОСТІ.....	34
Круглов К. О. АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РЕТРАВМАТИЗАЦІЇ ЛІДЕРА В ОСОБИСТІСНИХ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІНАХ.....	36
Кузьміна М.О. СПЕЦИФІКА ТА ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ НА ПІДПРИЄМСТВАХ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ.....	39
Лукашов О. О. СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ У ВЕКТОРІ ЇЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	43
Омелянюк С. М. ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ УЯВЛЕНЬ МОЛОДІ НА ВИНИКНЕННЯ І ПОДОЛАННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТРАВМ.....	47
Радул І. Г. СПЕЦИФІКА ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК АКТИВАЦІЇ СВІДОМОСТІ В РОБОТІ З ДІТЬМИ.....	52
Родченкова І. В. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	54
Саляєв М. Г. КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ЗАСОБАМИ ГІПНОТЕРАПІЇ.....	58
Срібна О.В. РОЛЬ РЕЗИЛІЄНСУ У ЗБЕРЕЖЕННІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В КРИЗОВИХ УМОВАХ.....	61
Унгурян Н. В. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛА.....	66
Фалько Н. М. ГАРМОНІЗАЦІЯ ЖИТТЄВОГО ПРОСТОРУ МОЛОДІ ТА ЇЇ ЖИТТЄВИЙ ВИБІР.....	68

Шаумян О.Г., Калабанова Д.А. ВПЛИВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ НА ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ: КЛЮЧОВІ АКЦЕНТИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАСОБАМИ ГІПНОТЕРАПІЇ.....	71
Штаманетян Д.О., Міхеєва Л.В. РОЛЬ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВИТРИВАЛОСТІ У СТАНОВЛЕННІ СПОРТИВНОГО ЛІДЕРА.....	75

Бондарчук П.С.
доктор філософії у галузі державного управління
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

ГІПНОТЕРАПІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ІНСТРУМЕНТ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ЛИХОЛІТЬ ВІЙНИ

Однією з найактуальніших проблем, з якими стикається сьогодні українське суспільство в умовах ведення війни серед військових і цивільних осіб, є травматизація психічного стану і формування такого захворювання, як посттравматичний стресовий розлад (у скороченій формі – ПТСР).

За формальним визначенням, посттравматичний стресовий розлад є психічним захворюванням, який, зазвичай, виникає у результаті глибокого впливу на особу негативної події, що виступає психічною травмою зі значною фіксацією на рівні психічної системи постраждалої особи. ПТСР як термін на позначення цього захворювання був уперше введений у діагностичну термінологію ще у 1980 році у третьому виданні Діагностичного та статистичного посібника психічних розладів (DSM-III) психіатричного товариства США.

Слід зазначити, що історія формування ПТСР як медично визначеного психічного захворювання була визначально пов'язана з низкою наукових досліджень, які проводилися під час та після закінчення в'єтнамської війни, яку вели США, інших військових конфліктів, під час яких були діагностовані особливі психічні проблеми, що проявлялися після травматичних подій і впливу пов'язаних з ними стресових факторів. Це надало підставу почати вивчати це захворювання, визначати та формувати критерії, щоб його правильно діагностувати і знаходити відповідні засоби, прийоми та методи його лікування.

На даний час більшість фахівців, хто займається вивченням та лікуванням психічних захворювань та розладів вважають ПТСР серйозною медичною проблемою, яка у більшості випадків впливає на психічний та соматичний стан життєдіяльності постраждалої особи, призводить до суттєвих страждань,

заважає нормальному функціонуванню у суспільстві і реалізації своїх особистісних та професійних якостей.

Серед засобів та методів, які на сьогоднішній день існують для лікування ПТСР застосовуються методи фармакології, психотерапії, зокрема методи та підходи когнітивно-поведінкової терапії, емоційно-орієнтованої терапії, експозиційної терапії, методів психорелаксації, аутогенного тренування, призначення антидепресантів, седативних та фітотерапевтичних препаратів.

Досить успішним методом, який зараз активно застосовується при лікуванні пост травматичного стресового розладу є гіпнотерапія, яка вже давно зарекомендувала себе як дієвий засіб лікування стресових розладів різної етіології, тривожних та депресивних розладів, психастенічних і невротичних станів, різного виду та характеру фобій та відновлення психічного здоров'я.

Гіпнотерапією є форма терапії, під час якої пацієнт вводиться лікарем у стан гіпнозу, і через використання відповідних вербальних установок та впливу фізичних об'єктів забезпечує активізацію ресурсів підсвідомості і свідомості з метою набуття позитивних змін психічного і фізичного стану пацієнта.

Одним з перших відомих в історії фактів використання гіпнозу для лікування є історичні знахідки з давнього Єгипту та давньої Греції де віра у магічну силу гіпнозу була досить поширеною. Однак сучасна гіпнотерапія саме як метод лікування почала активно розвиватися протягом XVIII та XIX століть завдячуючи роботі відомих лікарів та дослідників, таких як Франц Антон Месмер, Д. Брейд, Жан-Мартен Шарко, І. Бернгейм, І.П. Павлов, й інших. І вже наприкінці XIX і протягом XX століття гіпнотерапія стала досить популярним методом лікування серед психотерапевтів, лікарів-психіатрів, лікарів інших напрямків, які використовували його з метою лікування різних психічних та фізичних захворювань.

Необхідно зазначити, що ПТСР як різновид психічних розладів, вважається тяжким психічним станом, набутим у результаті впливу одиничних або повторюваних стресотравмуючих факторів, тісно пов'язаним з відчуттям власної безпорадності через унеможливлення активно та ефективно діяти у небезпечній для особи та/або інших осіб небезпечній ситуації.

Результати лікування пацієнтів з діагнозом ПТСР свідчать, що у більшості випадків протягом більш ніж місяць після отримання психічної травми зберігається низка характерних симптомів на кшталт психологічних пережиттів, або флешбеків, уникнення будь-яких чинників, які можуть випадково нагадати про травму, частих нічних жахів, панічних атак, провокування різного характеру тривог, вибіркової амнезії щодо травмуючих обставини чи події, та окремі дисоціативні реакції свідомості. Чіткою особливістю ПТСР є те, що його симптоми можуть з'являтися як зразу після травми, так і з різними проміжками часу, навіть і значними – після багатьох років після отримання психічної травми.

Додатковою негативною рисою цього захворювання є можливість виникнення інших психічних захворювань, таких як депресія, психастенія, генералізований тривожний розлад, призвести до регулярних або рандомних панічних атак, алкогольної, наркотичної, фармакологічної та інших видів залежності, спроб самоушкодження або суїцидальних випадків, агресивної поведінки та інших негативних наслідків для особи.

Зазвичай, сеанс гіпнотерапії складається з семи стадій.

Перша стадія – формування трансового стану пацієнта (введення у транс)

Друга стадія – Поглиблення трансового стану до середнього чи глибокого.

Третя стадія – психологічна інтервенція.

Четверта стадія – Лікувальне навіювання (лікувальна індукція).

П'ята стадія – Постгіпнотичне навіювання (постгіпнотична індукція).

Шоста стадія – Створення амнезії (штучного свідомого забуття гіпнотичного навіювання).

Сьома і остання стадія – вихід (виведення) із трансового стану.

Як правило, для лікування ПТСР методом гіпнотерапії потрібно не менше п'яти повноцінних сеансів. Однак для пацієнтів, які погано піддаються гіпнозу таких сеансів потрібно у рази більше, і існують окремі рекомендації поєднувати у процесі лікування гіпнотерапію з методами когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), формуванням навичок самонавіювання (самогіпнозу), релаксації, і

фармакотерапії.

Нажаль, враховуючи те, що є окремі категорії пацієнтів, які взагалі не піддаються гіпнотичному трансу і є негіпнабельними, методи гіпнотерапії у цих випадках непродуктивні і мають бути замінені на інші, альтернативні методи лікування. Враховуючи це, у кожному окремому випадку лікар-психіатр має визначити і діагностувати пацієнта щодо форм і варіантів його лікування і запропонувати застосувати лікування пацієнта методом гіпнотерапії у випадку його відповідності до психічної конституції і згоди на це хворого.

Враховуючи актуальність й своєчасність надання якісної та ефективної медичної допомоги та реабілітації військових і цивільних осіб, постраждалих у результаті лихоліть воєнного часу впровадження методів гіпнотерапії у систему охорони здоров'я України має становити інтерес для державного управління, суттєво сприяти покращенню психічного здоров'я громадян нашої держави та реальному зменшенню витрат на лікування психічних захворювань, а також стане ґрунтовним внеском у систему національної безпеки країни для відновлення людського потенціалу як стратегічного ресурсу країни, держави та суспільства.

Література

1. Кучеренко Є.В. Гіпнотерапія у світлі особистісно-орієнтованої психотерапії: від медичної до психологічної парадигми. *Психологія і особистість*. 2018. № 3. С.130-141.
2. ПТСР — все що необхідно знати: причини, симптоми та лікування. URL: <https://gmka.org/uk/ptsr-vse-shho-neobhidno-znaty-prychyny-symptomy-ta-likuvannya/>. (дата звернення: 10.01.2025).
3. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. URL: <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad>. (дата звернення: 10.01.2025).

Гейко Євгенія Вікторівна,
доктор психологічних наук, професор
м. Київ, Україна

ГІПНОЗ: ВІД ЖАНА МАРТЕНА ШАРКО ДО ЖАНА БЕККІО Й НЕЙРОНАУК

Розглянемо деякі сторінки історії гіпнозу висвітливо переваги й дещо помилкові переконання вчених, які опановували певні школи й напрямки гіпнозу.

1. Жан-Мартен Шарко (1825-1893): гіпноз як неврологічний феномен.

Досягнення: впровадження гіпнозу в медичну науку. Жан-Мартен Шарко, будучи відомим неврологом, уперше надав гіпнозу статус легітимного медичного явища; вивчення гіпнозу через призму істерії. Він описав три стадії гіпнозу в істеричних пацієнтів: каталепсію, летаргію і сомнамбулізм. Застосування гіпнозу в діагностиці та лікуванні нервових захворювань. Жан-Мартен Шарко використовував гіпноз для вивчення механізмів істерії та намагався з його допомогою знімати симптоми.

Помилки й обмеження: пов'язування гіпнозу тільки з істерією. Жан-Мартен Шарко вважав, що гіпнотизованими можуть бути виключно істеричні пацієнти, що пізніше спростували Іполит Бернгейм і Еміль Куе; механістичний підхід. Розглядав гіпноз як стан, подібний до нервових розладів, що обмежило його терапевтичне застосування. Згодом гіпноз відійшов від неврологічної концепції Жан-Мартен Шарко, коли його учні усвідомили, що гіпнотичний стан можливий і у психічно здорових людей.

2. Нансійська школа (Іполит Бернгейм, Еміль Куе): гіпноз як навіювання.

Досягнення: гіпноз як феномен навіювання. Іполит Бернгейм відкинув концепцію Жан-Мартен Шарко і запропонував ширше розуміння гіпнозу як стану підвищеної сугестивності; демократизація гіпнозу. Іполит Бернгейм довів, що гіпноз доступний більшості людей, а не тільки істеричним пацієнтам; розвиток концепції самонавіювання. Еміль Куе ввів поняття «позитивних афірмацій», стверджуючи, що повторення переконань може формувати бажані зміни в психіці.

Помилки: редукція гіпнозу до навіювання. Нансійська школа звела гіпноз до простого процесу впливу слів, не враховуючи несвідомі процеси; ігнорування глибинних психодинамічних чинників. На відміну від наступних підходів, Нансійська школа не розглядала внутрішні конфлікти особистості. Хоча цей підхід значно спростив гіпноз і зробив його доступним, він не давав пояснення складнішим психічним процесам, що пізніше виправив психоаналіз.

3. Зигмунд Фрейд і психоаналітичний підхід (1890-1910): гіпноз і несвідоме (1890-1910).

Досягнення: використання гіпнозу для доступу до несвідомого. Зигмунд Фрейд застосовував гіпноз для виявлення пригнічених спогадів; розвиток катарсису. Гіпноз допомагав пацієнтам згадувати і переживати травматичні події, що сприяло звільненню від симптомів (наприклад, при істерії); формування психоаналізу. Згодом Зигмунд Фрейд відмовився від гіпнозу на користь методу вільних асоціацій, але його гіпнотичні експерименти дали поштовх розвитку психоаналізу.

Помилки: розчарування в гіпнозі. Зигмунд Фрейд зіткнувся з тим, що деякі пацієнти чинили опір гіпнозу або не входили в глибокий стан, що призвело його до відмови від методу; неефективність гіпнозу для довгострокової терапії. Зигмунд Фрейд вважав, що гіпноз дає тимчасові результати, але не усуває корінь проблеми. Незважаючи на відмову Зигмунда Фрейда, його ідеї про несвідоме пізніше стали основою глибинної гіпнотерапії.

4. Мілтон Еріксон (1901-1980): ера еріксонівського гіпнозу.

Досягнення: розробка методу непрямого навіювання. На відміну від директивного підходу, Мілтон Еріксон використовував метафори, історії та парадоксальні техніки; робота з опором. Мілтон Еріксон не боровся з опором пацієнтів, а використовував його в терапевтичних цілях; застосування гіпнозу для лікування залежностей, депресії, фобій.

Помилки: відсутність суворих наукових стандартів. Методи Мілтона Еріксона були інтуїтивними і не завжди піддавалися перевірці; еріксоновський гіпноз справив величезний вплив на психотерапію, ставши основою сучасної гіпнотерапії.

5. Дейв Елман (1900-1967): розвиток медичного гіпнозу.

Досягнення: розробка швидких технік гіпнотизації. Метод Дейва Елмана давав змогу вводити пацієнта в гіпноз за 3-5 хвилин; застосування гіпнозу в хірургії та стоматології; створення методу регресивного гіпнозу для опрацювання травм дитинства.

Помилки: фокус на швидкості. Іноді гіпноз Дейва Елмана був поверхневим, недостатньо глибоким для роботи з травмами; методики використовуються досі, особливо в медичному гіпнозі.

6. Сучасна гіпнотерапія (1980-2025): науковий підхід.

Досягнення: підтвердження ефективності гіпнозу через нейровізуалізацію (МРТ, ЕЕГ); застосування гіпнозу в терапії ПТСР, хронічного болю, онкології; розвиток когнітивно-поведінкового гіпнозу (гіпноз + КПТ).

Жан Беккіо (XXI століття).

- Медичний гіпноз: Жан Беккіо застосовує гіпноз у хірургії, анестезії, лікуванні болю.

- Наукове дослідження гіпнозу: вивчення змін мозку під гіпнозом.

Концепція Жана Беккіо «Техніки активації свідомості» (ТАС) є сучасним підходом до гіпнозу, заснованим на останніх досягненнях нейронаук і клінічної психології. На відміну від традиційних методів, ТАС акцентує увагу на активній ролі свідомості пацієнта в процесі терапії, використовуючи сфокусовану увагу і перенаправлення свідомості для досягнення терапевтичних цілей.

Основні принципи ТАС:

1. Активізація свідомості: Замість занурення пацієнта в глибокий транс, ТАС прагне підтримати активний і усвідомлений стан, де пацієнт бере активну участь у терапевтичному процесі.

2. Фокусування уваги: Методи ТАС спрямовані на переспрямування і посилення уваги пацієнта, що дає змогу ефективніше працювати з його внутрішніми ресурсами і переживаннями.

3. Психотілесний підхід: ТАС визнає значущість тіла в психотерапевтичному процесі, використовуючи тілесні відчуття і рухи як частину терапії.

4. Використання нейронаукових даних: Методологія ТАС спирається на сучасні дослідження мозку, що дає змогу точніше й ефективніше застосовувати техніки гіпнозу в клінічній практиці.

Жан Беккіо докладно описує ці підходи у своїй книзі «Нове в гіпнозі. Техніки активації свідомості», де також представлені реальні історії пацієнтів і вправи для самостійної практики.

Висновки: Історія гіпнозу показує шлях від експериментального методу до науково обґрунтованої терапії. Помилки минулого (обмеженість поглядів Жана Мартена Шарко, відмова Зигмунда Фрейда, інтуїтивність Мілтона Еріксона) призвели до перегляду підходів. Сучасна гіпнотерапія поєднує в собі досягнення всіх етапів, залишаючись потужним інструментом у психології та медицині.

Концепція Жана Беккіо «Техніки активації свідомості» (ТАС) являє собою сучасний підхід до гіпнозу, заснований на останніх досягненнях нейронаук і клінічної психології. На відміну від традиційних методів, ТАС акцентує увагу на активній ролі свідомості пацієнта в процесі терапії, використовуючи сфокусовану увагу і перенаправлення свідомості для досягнення терапевтичних цілей.

Досягнення нейронаук у сфері сучасного гіпнозу: Сучасні нейронаукові дослідження значно розширили розуміння гіпнозу і його впливу на мозок:

- Функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ): Дослідження з використанням фМРТ показали, що під час гіпнозу активуються специфічні ділянки мозку, пов'язані з увагою, усвідомленням і контролем болю.

Девід Шпігель (David Spiegel), доктор медицини, доцент кафедри психіатрії та поведінкових наук Стенфордського університету, керівник центру інтегративної медицини Стенфордської школи медицини, керівник центру Стресу і Здоров'я, зазначає, що гіпноз - це особлива форма мозкової активності, яка включає в себе високу концентрацію уваги, дисоціацію і відкритість до

навіювань, а також можливість регулювати сприйняття. Нещодавні дані, отримані за допомогою фМРТ, демонструють функціональний зв'язок між мережею виконавчого контролю і салієнтною мережею серед високогіпнабельних індивідів. Гіпнотичний стан включає в себе зменшення активності в передній поясній корі, важливій частині салієнтної мережі, посилення зв'язку між лівою дорсолатеральною префронтальною корою, ключовою частиною мережі виконавчого контролю та острівцевою часткою, яка відповідає за зв'язок розум-тіло та відчуття болю, та зворотний зв'язок між дорсолатеральною префронтальною корою та мережею пасивного режиму роботи мозку, яка відповідає за саморефлексію. Гіпнотична здатність до фокусування уваги та управління сприйняттям має безпосереднє клінічне застосування, особливо при контролі болю та тривожності. Рандомізовані клінічні дослідження продемонстрували реальну ефективність використання гіпнозу при зниженні болю, тривоги, соматичних ускладненнях і медичних процедурах. Інші дослідження засвідчили, що гіпноз ефективний у разі зниження хронічного болю при онкологічних захворюваннях. На додаток, техніки гіпнозу показали ефективність у контролі різних нервово-м'язових розладів і ПТСР. Гіпноз - це ефективна навичка, що базується на особливостях функціонування мозку, якої можна легко навчити для боротьби з різними психологічними та соматичними проблемами.

- Електроенцефалографія (ЕЕГ): Дані ЕЕГ демонструють зміни в мозкових ритмах під час гіпнозу, особливо в альфа- і тета-діапазонах, що відображає стан підвищеної концентрації і розслаблення.

- Нейронні зв'язки: виявлено посилення зв'язку між різними нейронними мережами, такими як мережа виконавчого контролю і салієнтна мережа, що сприяє підвищеній сугестивності та здатності до фокусування уваги в гіпнотичному стані.

- Генетичні дослідження: деякі дослідження показують, що регулярна практика гіпнозу і медитації може впливати на експресію генів, пов'язаних зі стресом та імунною функцією.

Ці досягнення підтверджують ефективність гіпнозу в клінічній практиці і сприяють розробці нових терапевтичних методів, таких як ТАС, які інтегрують нейронаукові дані для підвищення ефективності лікування.

Данко Дана Валеріївна
*кандидат педагогічних наук, доцент,
доцентка кафедри соціальної медицини та гігієни,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТРАВМ МОЛОДІ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЙНОГО СОЦІУМУ

У сучасному, непостійному, повному протиріч світі молоді, система цінностей якої перебуває під впливом безлічі негативних зовнішніх факторів, найчастіше буває складно самотійно подолати виникаючі на життєвому шляху труднощі.

Представники різних теоретичних підходів вказують на патогенний вплив психічних травм на розвиток особистості та психіки молодої людини. Однак проблематика психоемоційних травм у молоді, незважаючи на всю її важливість та актуальність, наразі ще не має достатньої теоретичної та дослідницької підстави. Поняття «психоемоційна травма» означає порушення нормального функціонування емоційної сфери внаслідок впливу на неї несприятливих факторів середовища або стресу, яке цілком піддається корекції, як будь-яке інше порушення. Психоемоційну травму дослідники характеризують як емоційний стан, викликаний впливом одного або декількох стресових факторів (в результаті подій, що відбулися, тривалого перебування в несприятливих умовах тощо), що призводять до порушення психічного благополуччя неповнолітнього. Будь-яка подія, яка має високу особистісну значущість, може стати відправною точкою у формуванні та розвитку психоемоційної травми [1-3].

У системі організацій державного сектора, соціальної сфери, які працюють із молоддю у стані психоемоційної травми, особливе місце посідають кризові центри. Кризовий центр, як тип установи соціальної сфери,

орієнтований на надання допомоги та підтримки молоді, яка потрапила у важку життєву ситуацію, пов'язану із насильством, жорстоким поведінням, цькуванням, переслідуванням та іншими протиправними діями. Система допомоги, що надається кризовими центрами молоді, включає соціально-побутові, психолого-педагогічні, соціально-культурні, соціально-правові послуги. Для організації всебічної підтримки в центрах ведуть професійну діяльність фахівці із соціальної роботи, роботи з сім'єю, психологи, соціальні педагоги та інші фахівці.

Супровід молоді з психоемоційною травмою передбачає надання комплексної, системної допомоги, що включає, поряд із соціально-побутовим (у разі потреби), медико-соціальним супроводом, психолого-педагогічну підтримку на основі продуктивної взаємодії фахівців різного профілю, а також організацію дозвілля.

Нижче наведено основні етапи соціально-психологічного супроводу молоді із психоемоційними травмами.

Перший етап – діагностичний, передбачає виявлення ступеня психоемоційної напруги, глибини та характеру психоемоційної травми. Даний етап реалізується у перші дні перебування молодої людини у центрі та передбачає реалізацію комплексу діагностичних методик психологом, фахівцем із соціальної роботи та іншими фахівцями. На даному етапі можна застосовувати методики, спрямовані на діагностику рівня тривожності (шкала Бека, тест Спілбергера-Ханіна, Шпитальна шкала тривоги та депресії, інтегративний тест тривожності, повний колірний тест Люшера, восьмиколірний тест Люшера та ін.); комплексні методики, пов'язані з оцінкою емоційного стану та поведінки (Методика «Поточна реакція на травматичний стрес», тест-вправа «Гарний малюнок», вправи «Образ», «Вишневі обійми» та ін.).

Другий етап – етап взаємодії, заснований на терапії психотравми, допомоги молодій людині. На цьому етапі послідовно реалізуються такі стадії: стабілізація, опрацювання та інтеграція. Стабілізація має на увазі приведення в норму соматичного, психічного та психологічного станів. Важливим на цьому

етапі є також відновлення соціальних зв'язків, стійких соціальних відносин. Необхідно також працювати з усіма супутніми порушеннями: дисоціацією, порушенням адаптації, депресією. Стадія опрацювання має на увазі прямий «контакт», «зіткнення» з травмою, її прямий розгляд, опис супутніх емоційних станів, емоцій. Провідними завданнями цієї стадії є відновлення відчуття впевненості та контролю. Заключною стадією другого етапу роботи з психотравмою є інтеграція травми, що сталася, в життя молодої людини з метою показати, що все буде не так, як було раніше, але в подальше життя події необхідно інтегрувати. Необхідно навчитися приймати та розуміти, що те, що сталося, назавжди залишиться в минулому, і воно не повинно заважати подальшому розвитку та руху вперед, які є необхідними.

Третій етап – моніторинг результатів допомоги молоді із психоемоційною травмою, в процесі якого фахівці застосовують існуючі діагностичні методики, здійснюють спостереження.

Основою соціально-психологічного супроводу молоді із психоемоційними травмами є три програми, що дозволяють працювати з такою травмою та посттравматичним стресовим розладом:

1. Програма «Етнокультурні технології реабілітації молоді із психоемоційною травмою».

2. Програма «Комплексна терапія травм з використанням мультимодальних арт-технологій».

3. Програма комплексної реабілітації молоді із психоемоційною травмою.

Розглянемо більш детально зміст, основні форми та методи роботи, які використовуються в рамках кожної програми.

Програма «Етнокультурні технології реабілітації молоді із психоемоційною травмою» має особливу значущість у структурі проєкту. Полікультурність, динамічність сучасного суспільства, нестабільність соціальних процесів та проникність культурних кордонів, міграція, взаємопроникнення та перетворення традиційних спільнот зумовлюють наразі актуальність проблеми збереження культурної та історичної самобутності, національних традицій, непорушних моральних цінностей народу. Сучасна

молодь гостро потребує вивчення та відтворення національної культури. Одним із основних завдань закладів освіти, культури, соціальної сфери є формування та розвиток у молоді інтересу до цінностей традиційної народної культури, виховання позитивного ставлення до етнокультурних відмінностей.

Особливо вразливою групою в цьому векторі є молодь, яка прибула із зон бойових дій. Це категорії осіб із психоемоційними травмами, які гостро потребують соціокультурної реабілітації. Етнокультурні технології є ефективним інструментом соціокультурної реабілітації цієї категорії молоді. Вони дозволяють не тільки реалізувати культурні потреби та інтереси, що забезпечують інтеграцію молоді у суспільство, залучення до цінностей традиційної народної культури, виховання шанобливого ставлення до культурної спадщини, минулого країни, а й сприяють нормалізації їхнього психоемоційного стану, підтримці внутрішнього балансу та зовнішнього зв'язку з навколишнім світом.

Метою програми є реабілітація молоді із психоемоційною травмою засобами етнокультурних технологій. Реалізація цієї мети можлива у процесі залучення молоді до цінностей традиційної народної культури, формування позитивного образу «Я» та навколишнього світу, корекції емоційної сфери (зниження тривожності, корекція страхів, агресії), оволодіння способами взаємодії з собою та навколишнім світом, а також та активізації позитивно спрямованих ресурсів. Форми занять в рамках цієї програми різноманітні і мають пізнавальний, рекреаційний та розважальний потенціал, практико-орієнтовані: екскурсії, майстер-класи, ігрові та інтерактивні програми, квести, вікторини.

Значною та актуальною у проєкті є програма комплексної реабілітації молоді із психоемоційною травмою. Актуальність комплексної реабілітації молоді із психоемоційною травмою обумовлена збільшеною потребою суспільства у застосуванні системного підходу до надання допомоги та підтримки молоді із психоемоційною травмою. Наразі молодь все частіше стикається у своєму житті з різними психотравмуючими обставинами: насильством, трагічними подіями, смертю близьких, втратою одного з батьків в

результаті розлучення і т. д. Це події, за які молодь не відповідає сама, вона безсила перед ними і не може їх запобігти або якимось чином вплинути, тому такі переживання дуже болючі. Робота у межах цієї програми здійснюється у групах. У кожній терапевтичній групі перебуває від 8 до 12 осіб. Робота здійснюється протягом усього періоду перебування в центрі. Психологи, фахівці з роботи із сім'єю працюють у парах. Це дозволяє проводити як індивідуальну, так і групову роботу, розвивати систему взаємопідтримки, обміну досвідом тощо.

У побудові роботи груп використовується система STOP–реабілітації за Кілборном.

Вона включає:

1. S – структура і організованість часу.
2. T – створення умов для відвертої розмови.
3. O – організація гри.
4. P – створення атмосфери поваги, уваги, турботи про кожного учасника; приєднання, близький контакт.

Робота у групах включає індивідуальні сесії, групові заняття і тренінги, роботу в малих групах і спільні заходи.

Програма складається з таких блоків.

Блок 1 Знайомство. Знайомство учасників групи один з одним та колективом фахівців: вступна настановна бесіда, яка проводиться у доступній формі, для обговорення майбутньої роботи, графіка занять, їх значущості, формулювання правил роботи групи, висунування учасниками своїх вимог та пропозицій; проведення ігор та вправ на знайомство, зниження внутрішньої напруги; обговорення.

Блок 2 Довіра. Із учасниками обговорюється тема «Довіра». Даються теоретичні знання; проводиться блок ігор та вправ, спрямованих на розвиток групової довіри та закріплення теоретичних знань. Програються життєві ситуації тощо.

Блок 3 Робота з агресією. Здійснюється розмова з учасниками про форми та види агресії. Учасники навчаються формам управління гнівом.

Блок 4 Емоції. Учасників вчать розпізнавати емоції, керувати ними. Проводиться робота з негативними та позитивними емоціями; навчання передачі емоцій за допомогою міміки, жестів, пози; невербальні ігри, пантоміма тощо.

Блок 5 Робота з фобіями та тривожністю. Бесіди з учасниками про природу та прояв страху. Робота із снами.

Блок 6 Впевненість. Робота на підвищення самооцінки учасників, на розвиток та зміцнення їх впевненості; вироблення навичок соціальної адаптації; проєкція у майбутнє.

Блок 7 Закріплення. Підведення підсумків; проведення спільних заходів.

Метою програми є комплексна реабілітація молоді із психоемоційною травмою. Програма спрямована на зниження емоційної тривожності молоді, розвиток самосвідомості, комунікативних навичок, підвищення самооцінки, закріплення позитивних поведінкових реакцій.

У ході реалізації програми використовуються такі форми та методи: бесіди; елементи групової дискусії; психологічні тести, методики, вправи, заняття, тренінги; рисуночні методи; елементи техніки саморегуляції та прийоми психогімнастики; окремі прийоми самодіагностики емоційного стану. Заняття в рамках програми будуються таким чином, що учасники оперативно включаються до групової та індивідуальної роботи, швидко адаптуються до їхньої структури та змісту. Залежно від мети переважна більшість заняття має різне наповнення.

Наявний в арсеналі фахівців різноманітний матеріал та досвід практичної роботи дозволяють їм підбирати вправи, необхідні для роботи з тими чи іншими емоційними переживаннями учасників. У ході реалізації цієї програми виконується оцінка її результативності, у ході якої застосовуються такі методи, як спостереження за емоційними реакціями учасників та способами їх реагування на ситуації (карта спостереження); експертні бесіди з учасниками про зміни їхнього психоемоційного стану за час роботи за програмою.

Актуальність третьої програми «Комплексна терапія травми з використанням мультимодальних арт-технологій» зумовлена зростанням

потреби суспільства у застосуванні технологій арт-терапії щодо різних категорій та груп населення. Особливо затребуваним напрямом у цьому контексті є надання допомоги молоді з психоемоційною травмою, оскільки арт-терапія виступає потужним інструментом роботи психолога у вирішенні проблем, пов'язаних із жорстоким поведінням та злочинними посяганнями щодо молоді; посттравматичними стресовими розладами внаслідок пережитих надзвичайних ситуацій; втратою батьків (смерть, розлучення); перебуванням у зонах бойових дій та інших.

Мультимодальна терапія творчістю (МТТ) – «лікування мистецтвом» – напрямок психотерапії, психологічної корекції, у межах якого лікування відбувається за допомогою мистецтва чи творчості. Метою програми є надання допомоги молоді на основі комплексного терапевтичного впливу мультимодальних арттехнологій – терапія психотравми за допомогою метафоричних асоціативних карток; реабілітацію молоді з психоемоційною травмою засобами каністерапії; відновлення та розвиток психоемоційного стану молоді засобами арт-терапії.

Програма «Комплексна терапія травми з використанням мультимодальних арт-технологій» включає 3 блоки занять (по 12 у кожному блоці): заняття на основі застосування метафоричних асоціативних карт, каністерапія та заняття на основі технік арт-терапії – ізо-, казкотерапії. У цій програмі, як і у попередніх, була передбачена вікова диференціація занять.

За підсумками реалізації програм здійснювався моніторинг якості надання допомоги учасникам із психоемоційною травмою, який дозволить оцінити отримані результати та ефективність використовуваних форм та методів роботи з цільовою аудиторією проєкту.

Реалізація проєкту передбачає участь фахівців кризового центру у програмі розвитку компетенцій працівників соціальної сфери, яка є невід'ємною частиною усієї роботи в рамках цього напрямку. Участь у проєкті дозволить підвищити рівень теоретичних знань у галузі роботи з емоційною психотравмою, сприяє оволодінню практичними вміннями та навичками надання допомоги молоді.

Таким чином, робота з психоемоційною травмою в рамках проєкту є масштабною, різноспрямованою, тривалою та системною. Вона не обмежується діяльністю, представленою у кожній із програм. У процесі роботи з молоддю фахівці враховують індивідуально-психологічні особливості, можливості та ресурси молодшої людини, соціально-культурні інтереси та потреби, орієнтуються на динаміку загального стану, а також можливості надалі вести повноцінне життя.

Перспективи роботи у контексті надання допомоги молоді із психоемоційними травмами полягають у вдосконаленні апробованих технологій роботи, впровадженні нових форм та методів підтримки молоді, організації системної діяльності за цим напрямом із залученням не тільки психологів, а й представників закладів охорони здоров'я, освіти, культури.

Література

1. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання. К.: Вища школа, 2004. 679 с.
2. Schneier F. R. Social anxiety disorder. *BMJ*. 2003. Vol. 327, № 9. P. 515–516.
3. Stein M. B. Disability and Quality of life in Social Phobia: Epidemiologic Findings in M. B. Stein, Y. M. Kean. *American Journal Psychiatry*. 2000. Vol. 157, № 10. P. 1606–1613.

Дроняк Л.Д.

спеціальність 053 Психологія, 4 курс, факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту, Хмельницький національний університет

*Науковий керівник: Міхеєва Л.В.
кандидат педагогічних наук, доцент*

ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ОСНОВА ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Постановка проблеми. Сучасне освітнє середовище характеризується високим рівнем соціальної взаємодії, що нерідко спричиняє виникнення конфліктних ситуацій між учасниками освітнього процесу. Одним із ключових

факторів, що визначає здатність педагогічних працівників ефективно вирішувати конфлікти, є рівень їхнього емоційного інтелекту (ЕІ). Емоційний інтелект впливає на вміння педагога розпізнавати, розуміти та регулювати власні емоції, а також враховувати емоційний стан інших учасників взаємодії. Відтак, розвиток емоційного інтелекту педагогічних працівників є необхідною умовою для створення позитивного психологічного клімату в навчальному закладі та мінімізації деструктивних конфліктів.

Метою статті є аналіз ролі емоційного інтелекту у процесі врегулювання конфліктів в освітньому середовищі.

Аналіз актуальних наукових досліджень та публікацій. Концепція емоційного інтелекту була вперше запропонована П. Саловей та Дж. Майером (1990) і набула широкого розвитку завдяки дослідженням Д. Гоулмана (1995). У педагогічній сфері роль ЕІ активно досліджується в контексті професійного вигорання, ефективної комунікації та управління конфліктами (Л. Карамушка, Н. Пов'якель, Н. Гришина). Дослідники підкреслюють, що високий рівень ЕІ сприяє зниженню конфліктності в освітньому процесі, покращенню стосунків між педагогами, учнями та батьками, а також підвищенню загальної емоційної компетентності освітян.

Виклад основного матеріалу. У 1990 році Дж. Майер і П. Саловей опублікували свою першу наукову працю, в якій дали визначення поняттю «емоційний інтелект» та розробили методику його оцінювання. Вони розглядали цей феномен як сукупність когнітивних здібностей, що допомагають усвідомлювати й аналізувати власні емоції, а також розпізнавати емоційний стан інших людей [5].

Популярність концепції емоційного інтелекту значно зросла після виходу в 1995 році книги американського психолога Д. Гоулмана «Емоційний інтелект». На думку автора, саме цей вид інтелекту є ключовим чинником особистісного розвитку та успішної професійної діяльності [2].

Н. Буркало підкреслює, що емоційний інтелект виступає важливою інтегративною характеристикою особистості, яка проявляється у здатності розпізнавати та інтерпретувати емоції, виділяти їх значення в

міжособистісному спілкуванні, а також регулювати власні емоційні стани таким чином, щоб це сприяло ефективному спілкуванню й успішній когнітивній діяльності [1].

Різні науковці по-різному трактують структуру емоційного інтелекту. За концепцією П. Саловея, до його складових належать кілька ключових здібностей: усвідомлення та ідентифікація власних емоцій, що означає здатність розпізнавати й називати переживані емоційні стани; управління емоціями, що безпосередньо пов'язане з самоконтролем; здатність розуміти емоції інших людей; а також самотивація, тобто вплив емоцій на когнітивні процеси та продуктивність діяльності [3].

Приєднуємося до думки дослідниці В. Зарицької, яка на відміну від попереднього підходу, запропонувала більш розширену модель емоційного інтелекту, яка включає чотири основні компоненти [4]: усвідомлення власних емоцій – здатність розпізнавати й аналізувати власні емоційні стани; регулювання емоцій – вміння керувати власними емоціями та використовувати їх у конструктивний спосіб; емпатія – здатність розуміти почуття інших і враховувати їх у процесі взаємодії; використання емоцій у спілкуванні та діяльності – вміння налагоджувати ефективну комунікацію, будувати міжособистісні стосунки та вирішувати конфліктні ситуації.

Педагоги з високим рівнем емоційного інтелекту застосовують різні ефективні стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях, що сприяє їхньому конструктивному розв'язанню. Розглянемо кожен з них більш детально:

1. Кооперативний підхід як стратегія взаємовигідного вирішення проблеми передбачає готовність до відкритого діалогу, урахування потреб та інтересів усіх учасників конфлікту. Педагоги, які застосовують цю стратегію, прагнуть знайти спільне рішення, що задовольняє всі сторони, а не наполягати на власній правоті. Вони сприяють створенню атмосфери довіри, заохочують до співпраці, шукають компромісні варіанти, які не призводять до пригнічення чи домінування однієї зі сторін. Такий підхід допомагає не лише вирішити конфлікт, а й зміцнити взаємовідносини між учасниками освітнього процесу.

2. Уникнення агресивного та маніпулятивного спілкування: педагоги з розвиненим емоційним інтелектом контролюють власні емоції та реагують виважено, навіть у складних ситуаціях. Вони уникають звинувачень, критики, сарказму, ультиматумів чи навмисного викликання почуття провини. Замість цього використовують конструктивний діалог, спонукаючи до взаємоповаги та порозуміння. Це дозволяє запобігти ескалації конфлікту та підтримувати здоровий психологічний клімат у колективі.

3. Використання активного слухання та асертивного висловлення думок. Педагоги, які застосовують активне слухання, використовують невербальні та вербальні техніки (кивання, уточнюючі запитання, парафразування), щоб показати співрозмовнику, що його думка почута й зрозуміла. Це сприяє зниженню напруги та допомагає уникнути непорозумінь. Асертивне спілкування дозволяє педагогу відстоювати свої кордони, зберігаючи повагу до інших. У конфліктних ситуаціях асертивність допомагає уникати крайнощів (пасивного підкорення або агресивного нападу) та сприяє справедливому вирішенню суперечок.

Отже, педагоги, які володіють навичками емоційного інтелекту, демонструють ефективні стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях, сприяючи гармонізації стосунків в освітньому середовищі та формуванню конструктивної культури взаємодії.

Розвиток емоційного інтелекту педагогічних працівників є важливим завданням для підвищення ефективності їхньої професійної діяльності, особливо у сфері врегулювання конфліктів. Для цього можна використовувати різні методи, зокрема психологічні тренінги, індивідуальну психологічну підтримку та саморефлексію.

Так, тренінгові заняття дозволяють педагогам отримати практичний досвід управління власними емоціями та розуміння емоцій інших людей. Найефективнішими у цьому контексті є такі тренінги:

– тренінг емоційної саморегуляції допомагає педагогам навчитися розпізнавати власні емоції, контролювати імпульсивні реакції, знижувати рівень стресу та управляти емоційним станом у напружених ситуаціях.;

– тренінг емпатії спрямований на розвиток здатності розуміти й відчувати емоційний стан інших людей.

Ще одним ефективним методом розвитку емоційного інтелекту педагогічних працівників є індивідуальна психологічна підтримка, що включає консультування та коучинг. Психологічне консультування дозволяє педагогам працювати над своїми емоційними реакціями та внутрішніми конфліктами. Консультант допомагає виявити стресові чинники, визначити особистісні бар'єри у спілкуванні та розробити стратегії ефективної поведінки у складних ситуаціях. Коучинговий підхід допомагає педагогам навчитися ефективно використовувати свої емоції для досягнення професійних і особистісних цілей.

Варто також звернути увагу на роботу над собою через рефлексію, а саме: ведення емоційного щоденника допомагає педагогам аналізувати власні емоції, визначати ситуації, що викликають напругу, та знаходити способи їх регуляції; аналіз конфліктних ситуацій передбачає розбір реальних або змодельованих кейсів із визначенням причин конфлікту, оцінкою емоційної реакції та пошуком оптимальних стратегій вирішення.

Отже, розвиток ЕІ педагогічних працівників є комплексним процесом, що включає спеціалізовані тренінги, індивідуальну підтримку та постійну роботу над собою через рефлексію. Це сприяє не лише їхньому особистісному розвитку, а й покращенню взаємодії з учнями, колегами та батьками, що є запорукою ефективного управління конфліктами в освітньому середовищі.

Висновки і перспективи дослідження. Таким чином, емоційний інтелект є важливим фактором ефективного управління конфліктами в освітньому середовищі. Його високий рівень сприяє конструктивному розв'язанню конфліктів, зменшенню стресу, покращенню комунікації та підвищенню загальної ефективності педагогічної діяльності. Перспективи подальших досліджень вбачаєм в аналізі взаємозв'язку між емоційним інтелектом і професійним вигоранням освітян.

Література

1. Буркало Н. І. Психологічні особливості емоційного інтелекту. *Психологічний часопис*. 2019. Т. 5, № 7. С. 34-49.

2. Гоулман Д. Емоційний інтелект. Харків : Vivat, 2018. 478 с.
3. Діомідова Н. Ю. Емоційний інтелект як чинник перебігу психоемоційних станів студентів у ситуації іспиту. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Випуск 5. Том 2. 2016. С. 28-33.
4. Зарицька В. В. Рівень розуміння студентами власних емоцій у структурі емоційного інтелекту як важливої складової частини їх професійної підготовки. *Психологічні перспективи*. Випуск 17. 2011. С. 92-104.
5. Созонюк О. С. Теоретичні аспекти розвитку емоційного інтелекту особистості в дорослому віці. *Перспективи та інновації науки*. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». № 2(36). 2024. С. 837-848.

Завацький Вадим Юрійович
*доктор психологічних наук, доцент,
професор кафедри психології та соціології
Східноукраїнського національного університету ім. В.Даля*

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА МОЛОДІ З ПТСР В УМОВАХ ПРОБЛЕМОГЕННОГО СОЦІУМУ

У сучасних умовах напруженої соціально-політичної ситуації, природних й техногенних катастроф, зростання кількості протиправних дій, гострих конфліктів у суспільстві та мікросоціумі, коли молодь часто перебуває в умовах психотравмуючих та/або екстремальних ситуацій, вивчення проблеми виникнення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та їх подолання є актуальним як у психологічному, так і в соціальному аспектах [1-6].

Проведене дослідження надало змогу встановити, що ПТСР є структурно складним станом, який розвивається при травматичних (екстремальних) ситуаціях внаслідок емоційного або фізичного стресу, здатного викликати дистрес у будь-якої людини. Показано, що до розуміння сутності ПТСР підходять з урахуванням психоаналітичної, трансової та дисоціативної теорій, гіпотези про травматичний імпринт, теорії формування патологічних асоціативних емоційних мереж та ін.

Розглянуто теоретичні моделі ПТСР: психодинамічну, когнітивну, психосоціальну та мультифакторну (комплексну), яку визнано провідною у розвитку ПТСР. Констатовано, що в межах мультифакторної моделі значущими характеристиками травматичних чинників визначені раптовість, стрімкий темп розвитку катастрофічної події й тривалість її впливу, повторюваність протягом життя, а також вразливість особистості до формування ПТСР, про яку свідчать не тільки особливості її преморбіда (поєднання конституційно-біологічних, соціально-демографічних, сомато- й екзогенних чинників), а й схильність до віктимізації (тенденції перебувати в ролі жертви при аналогічних ситуаціях) або риси травматофілії (утримання травматичного досвіду).

Виокремлено ступені та типологію проявів ПТСР у молоді, загальними критеріями визначення яких є показники частоти та інтенсивності травматичних ситуацій, рівня вираженості дистреса, інтрузії, гіперактивації, депресії та предиктори соціально-психологічної дезадаптації, динаміка яких залежить від показників соціального функціонування особистості.

Встановлено, що досліджуваним із *низьким ступенем* проявів ПТСР притаманні емоційний дискомфорт, незадоволеність стосунками з оточуючими, своїм соціальним статусом, рівнем самореалізації та переважає *активно-захисний* (здебільшого адаптивний) *тип* проявів ПТСР. Респондентів із *вираженим ступенем* прояву ПТСР відрізняють тривожно-депресивні тенденції, використання неадаптивних паттернів поведінки та несформованість самоконтролю, соціальна пасивність, низький рівень самоприйняття з перевагою соціально-психологічної дезадаптації інтрапсихічної спрямованості та *пасивно-захисним типом* проявів ПТСР. Досліджувані з *глобальним ступенем* проявів ПТСР характеризуються високою внутрішньою напруженістю, дисфорією, експлозивністю, низьким рівнем інтеграції з середовищем, відсутністю глибоких особистісних контактів, обмеженим колом спілкування та *дисгармонійним типом* проявів ПТСР із переважанням дезадаптації інтерпсихічної спрямованості.

Визначено системоутворюючі соціально-психологічні чинники ПТСР у молоді та розроблена структурна модель їх диференціації.

Соціально-психологічними *чинниками розвитку* ПТСР у молоді *на особистісному рівні* є: розузгодження в системі ціннісних орієнтацій, виражений внутрішній дискомфорт; негативне самоствавлення; висока тривожність, емоційна нестійкість, фрустраційна напруженість; наявність акцентуацій характеру (дистимного, збудливого, циклотимного, тривожного типів); несформованість ефективних механізмів психологічного захисту; дефіцитарність адаптивних копінг-ресурсів; *на міжособистісному рівні* – низька комунікативна компетентність та соціальне дистанціювання; обмеженість чи відсутність соціальної підтримки та конструктивного досвіду соціальної взаємодії; зниження гнучкості та мобільності соціальної поведінки.

Соціально-психологічними *чинниками подолання* ПТСР у молоді в умовах сучасного соціуму *на макро рівні* є: соціальна підтримка та захист молоді на державному рівні; доступність та своєчасність психопрофілактичних і реабілітаційних програм, моніторинг їх впровадження; задовільний соціально-економічний статус молоді; *на мезо рівні* – урахування етнокультурних особливостей, релігійності, ставлення та змісту сформованих суспільних стереотипів щодо екстремальних подій та катастроф; наявність інструментальної, психологічної підтримки; ефективна соціальна інтеграція; *на мікро рівні* – високі соціальна та комунікативна компетентність; застосування адаптивних варіантів поведінкового копінгу й механізмів психологічного захисту; фрустраційна толерантність; сприятливий соціальний статус.

Запропонована інтегрована соціально-психологічна програма подолання ПТСР у молоді, побудована на *принципах*: активності, зворотного зв'язку, диференційованого підходу, доступності та комплексності психологічної допомоги, формування позитивного самоствавлення і конструктивної життєвої перспективи, мобілізації адаптивних копінг-механізмів, з урахуванням провідних *стратегій* (особистісне дистанціювання; моделювання; зміна позиції; зниження суб'єктивної значущості) подолання ПТСР на етапах превенції, інтервенції й поственції.

Ефективність розробленої програми доведена позитивною динамікою рівня інтеграції між потребою в досягненні головних життєвих цінностей та

можливістю їх досягнення в реальності; зниженням показників внутрішнього дискомфорту, ситуативної та особистісної тривожності, депресії, індексів агресивності та ворожнечі; підвищенням комунікативної та соціальної компетентності; формуванням адаптивних копінг-стратегій поведінки; розширенням мережі соціальної підтримки. Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовані у молоді з низьким та вираженим ступенем проявів ПТСР адаптивного типу, меншою мірою – у осіб із глобальним ступенем проявів таких розладів та перевагою соціально-психологічної дезадаптації інтерпсихічної спрямованості дисгармонійного типу.

Література

1. Карамушка Л. М., Карамушка Т. В. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 2 (26). С. 48-59.

2. Католик Г. В. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям, та постраждалим. 2-ге вид., допов. Львів: Червона калина, 2003. 124 с.

3. Келлер В. Вплив часової перспективи та особистісних рис на психологічне благополуччя українських біженців у Європі. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 2(18). С. 70-77.

4. Кузікова С.Б., Щербак Т.І Життєстійкість як адаптаційний ресурс особистості у реальності невизначеності життя. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2023. № 2. С. 24-29.

5. Максименко С. Д. Основні методи дослідження особистості та категорія нужди в сучасній психології. Актуальні проблеми розвитку організаційної та економічної психології України: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, Кам'янець-Подільський, 22-23 травня 2012 р.) / [за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої]. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2012. С. 10-18.

6. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних

подій: метод, посіб.; за заг. ред. З. Г. Кісарчук; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. К.: Логос, 2015. 206 с.

Каграманян Максим Олегович
*аспірант кафедри психології та соціальної роботи
Центральноукраїнського державного університету
імені Володимира Винниченка*

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

Стрес присутній у житті кожної людини, так як наявність стресових імпульсів в усіх сферах людського життя та діяльності безперечна. За останнє десятиліття питання вивчення стресу, особливо травматичного стресу стало над актуальним.

Проблему виникнення травматичного стресу вивчали як вітчизняні так і зарубіжні психологи, а саме: А. Кардінер, А. Меркер, В. Ромек, Г. Сельє, Дж. Мітчел, З. Фрейд, Р. Яноф-Бурман та ін. Психологами доведено, що після травматичного стресу, розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Загальні закономірності виникнення і розвитку ПТСР не залежать від того, які конкретно травматичні події послужили причиною психологічних і психосоматичних порушень. Проте їх знання дозволяє визначити оптимальні і найбільш ефективні шляхи соціально-психологічної адаптації людей, які перенесли травмуючий вплив стресової події, загрозової чи катастрофічної події.

Травматичний стрес - це переживання особливого роду , результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на складні, травмуючі обставини, стан, що виникає у людини , яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду.

Психологічна реакція на травму включає в себе три відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий у часі процес [10].

Перша фаза - фаза психологічного шоку - містить два основних компоненти :

1. Пригнічення активності, порушення орієнтування в навколишньому

середовищі, дезорганізація діяльності .

2. Заперечення того, що сталося (своєрідна охоронна реакція психіки). У нормі ця фаза досить короткочасна.

Друга фаза - вплив - характеризується вираженими емоційними реакціями на подію і його наслідки. Це можуть бути сильний страх, жах, тривога, гнів, плач, звинувачення - емоції , що відрізняються безпосередністю прояву і крайньою інтенсивністю. Поступово ці емоції змінюються реакцією критики або сумнівами в собі . Вона протікає по типу «що було б , якби ... » і супроводжується болючим усвідомленням невідворотності того, що сталося , визнанням власного безсилля і самобичуванням. Дана фаза є критичною в тому відношенні , що після неї починається або «процес одужання» , або відбувається фіксація на травмі і подальший перехід постстресових станів в хронічну форму. В останньому випадку людина залишається на другій фазі реагування. При сприятливій емоційній реакції виникає третя фаза - фаза нормального реагування.

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають всі рівні людського функціонування (фізіологічний , особистісний, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, які безпосередньо пережили стрес, а й у членів їх сімей.

Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Під травмованою особистістю звичайно розуміють таку особистість, яка не просто сформувалася під впливом травматичного стресу, колись пережитого, а стала вважати позитивними патологічні зміни, що відбулися з нею, знаходити певні психологічні вигоди в цьому, іноді навіть пишатися цим.

Література

1. Радул І.Г. Військовий стрес у дітей. [інтернет]. доступний у: https://psuhologia.rshu.edu.ua/images/nauk_diyal/konf_sem/2023/11/zbirnyk_mizhna_r_nauk_prakt_konf_29-30-11-23.pdf

2. Shalev A.Y. Короткі поради щодо виживання для цивільних осіб в умовах військового стресу. [інтернет]. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/357>

Керцман Ольга Олександрівна
*PhD, кандидат психологічних наук, викладач
кафедри загальної та диференціальної психології*

ГРОМАДСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЯК РЕСУРС СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Постановка проблеми. Ця доповідь розглядає роль громадських організацій у наданні соціально-психологічної підтримки матерям дітей з особливими потребами. Показано, як процеси емоційного зараження та резонансу, що виникають у групах взаємопідтримки, допомагають матерям подолати ізоляцію, зменшити тривожність і підвищити життєстійкість. Акцент зроблено на важливості свідомого прийняття викликів, що стають джерелом внутрішнього зростання та адаптації. Розглядаються ефекти від спілкування з іншими матерями через емоційну синхронізацію, яка посилює відчуття спільності та підтримки.

Мета: Громадські організації надають матерям дітей з особливими потребами не тільки практичну та інформаційну допомогу, але й емоційну підтримку. Важливість цієї підтримки особливо підвищується в умовах, коли доступ до спеціалізованих послуг обмежений, наприклад, під час воєнних дій або економічної нестабільності. Участь у таких організаціях дає матерям можливість відчувати себе частиною спільноти, що знижує ризик розвитку ізоляції та стресових розладів.

Виклад основного матеріалу. Психологічна підтримка та процес емоційного зараження. Спільноти, які організують громадські організації, допомагають матерям переживати стрес через природне емоційне зараження — процес, при якому люди передають один одному емоції через невербальні сигнали, як-от вираз обличчя або тон голосу. Під час таких контактів

відбувається процес синхронізації емоцій, де учасники групи несвідомо копіюють емоційний стан один одного, що створює відчуття розуміння та підтримки [3, с. 65-68].

Роль емоційного резонансу в підтримці. Емоційний резонанс підсилює ефект підтримки в групах взаємодії. У процесі обміну емоціями між матерями створюється «петля зворотного зв'язку», яка дозволяє синхронізувати емоційний стан кожної учасниці з іншими, зміцнюючи відчуття спільності та зменшуючи відчуття ізоляції. Ця синхронізація має біологічне підґрунтя — у мозку матерів активуються нейрони, які реагують на емоційні стани інших людей, допомагаючи формувати глибокий емоційний зв'язок. Здатність миттєво «налаштуватися» на емоційні стани оточуючих є природною рисою людини, що виникла як механізм виживання в доісторичні часи.

Вплив громадських організацій на свідоме прийняття викликів. Громадські організації не лише надають соціальну підтримку, а й допомагають матерям усвідомлено прийняти виклики виховання дитини з особливими потребами. Ставлення до цих викликів як до можливості розвитку дозволяє матерям зменшити рівень стресу і сприймати труднощі як особистісний ріст. Учасниці таких спільнот розуміють, що труднощі можуть бути інструментом для подолання власних страхів та стресу, що сприяє життєстійкості та адаптації [1, с. 634].

Значення емоційної синхронізації для життєстійкості. Регулярна участь у групах взаємопідтримки допомагає матерям не тільки отримати необхідну інформацію, але й відчутти стабільність та захищеність. Коли жінка бачить на обличчях інших матерів спокій та підтримку, це допомагає їй зміцнити власний емоційний стан і краще справлятися з викликами, пов'язаними з вихованням дитини з особливими потребами. Емоційна синхронізація в таких спільнотах сприяє формуванню нових ресурсів для подолання стресу та зміцненню емоційного здоров'я [2, с. 37-40].

Висновки. Громадські організації створюють важливу основу для підтримки матерів дітей з особливими потребами, допомагаючи їм подолати соціальну ізоляцію та зменшити рівень тривожності. Завдяки емоційному

резонансу та ефекту емоційного зараження, що виникають під час участі в групах взаємопідтримки, матерям надається можливість синхронізувати свої емоційні стани з іншими. Це забезпечує життєстійкість та відчуття соціальної підтримки, що є особливо важливим у стресових умовах. Свідоме прийняття труднощів як можливостей для розвитку зміцнює психологічний ресурс матерів, підтримуючи їх у тривалому процесі адаптації.

Література

1. Керцман О.О. Якість життя матерів дітей з особливими потребами: психологічний аспект та роль громадських організацій. *IX Міжнародна наукова конференція «Сучасні проблеми забезпечення якості життя в глобалізованому світі»*. Publishing House of the Academy of Applied Sciences – Academy of Management and Administration in Opole, 2024; 634 p. URL:https://drive.google.com/file/d/1YZpp__dFbdg4dqjK8e_SJOhb3jHpGv0J/view?usp=sharing
2. Зіборова О.О. Цілісна група як технологія оптимізації материнського ставлення до дитини з особливими потребами. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: «Психологія»*. 2021р. №4. С.37-40. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.7>
3. Гоулман Д. «Соціальний інтелект. Нова наука про людські стосунки»: Видавництво Кnygu klubas, Каунас, Литва. 2016р. С.65-68.

Крижановський Олексій Миколайович

кандидат юридичних наук, доцент,
доцент кафедри кримінального права та криминології Факультету І
Донецького державного університету внутрішніх справ

СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАСОБАМИ ГІПНОТЕРАПІЇ У ВИМІРАХ БЕЗПЕКИ ОСОБИСТОСТІ

У ситуації звернення за психотерапевтичною допомогою людина найчастіше озвучує відсутність у себе можливостей – ресурсів, досвіду, знань, необхідних, щоб вирішити ту чи іншу проблему. І щоразу виникає питання – де віднайти ті самі сили, знання та ресурси. Звичайно, можна використовувати

лікарську терапію для того, щоб відчувати полегшення. Проте, це не дасть відповіді на важливі для особистості життєві питання. З іншого боку, можна очікувати від психотерапевта «мудрих» та «корисних» порад. При цьому виникає закономірне питання: кому краще відомі і зрозумілі всі обставини життя клієнта, його потреби, бажання і проблеми: самому клієнту чи фахівцю. Відповідь очевидна: найкращі, корисні поради та рішення – це ті, які знаходить сам клієнт. Усе питання в тому, як ці потрібні поради та рішення знаходити та забезпечити особистісну безпеку.

Варто згадати про те, що протягом усього свого життя будь-яка людина накопичує життєвий досвід, навчається, мислить, набирається вражень. І все це разом формує і підтримує величезний ресурс, запас знань і життєвих сил. Проблема найчастіше зводиться до того, що людина у якийсь момент, зіштовхуючись із труднощами, втрачає доступ до цих незліченних ресурсів і джерел всього того, що їй необхідно.

Завдання психотерапевта – допомогти клієнту знайти доступ, підібрати ключ до цих ресурсів. У більшості випадків таким ключем до вирішення проблем людини є та частина психіки, яку прийнято називати «підсвідомістю» або «несвідомою». І справді, для сучасної психології не секрет, що у несвідомій частини психіки будь-якої людини прихований значний потенціал, ресурс, який дозволяє людині вирішувати проблеми, пов'язані як із фізичним, так і з ментальним здоров'ям, оптимально адаптуватися у соціальному середовищі. Деякі люди не вірять у те, що їхня несвідома частина психіки «на щось здатна». І працюючи у форматі гіпнотерапії фахівець має продемонструвати таким людям їхні власні резерви та здібності ефективно і швидко досягати своїх цілей.

Тоді закономірним є питання щодо можливості людина самій звертатися до своєї власної підсвідомості. Відповідь очевидна – кожна людина робить це щодня найрізноманітнішими способами, навіть часом не усвідомлюючи цього. Це ті ситуації, коли ми мріємо, фантазуємо, «йдемо у себе», прислухаємося до свого «внутрішнього голосу», інтуїції. Все перелічене вище – це особливі стани свідомості.

Отже, саме особливі стани свідомості і є тим самим природним, фізіологічним ключем, яким природа наділила кожну людину для вирішення проблем, відновлення енергії та сил, пошуку відповідей на важливі питання.

Завдання психотерапії взагалі (і гіпнотерапії зокрема) – використовувати природні, особливі стани свідомості, які виникають щоденно, найбільш ефективними способами для максимально швидкого задоволення запитів, із якими клієнт надходить до психотерапевта. І цими ефективними способами є численні техніки класичного та еріксонівського гіпнозу, медитативні техніки, терапевтичні транс.

Література

1. Панок В.Г. Прикладна психологія у педагогічній практиці України. *Психологія і суспільство*. 2017. № 4. С. 94-108.

2. Данилюк І., Богучарова О. Вплив травмувального досвіду загрози життя на особистісний розвиток українців. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 2(18). С. 47-55.

3. Данилюк І., Предко В., Бондар М. Особливості прояву рівня життєстійкості залежно від домінуючих копінг-стратегій особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 1 (17). С. 30-35.

4. Кузікова С.Б., Щербак Т.І Життєстійкість як адаптаційний ресурс особистості у реальності невизначеності життя. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2023. № 2. С. 24-29.

Круглов Костянтин Олександрович
доктор філософії (PhD) за спеціальністю 053 Психологія,
доцент кафедри менеджменту та онтопсихології
Інституту психології і підприємництва, смт Козин, Київська обл.

АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ РЕТРАВМАТИЗАЦІЇ ЛІДЕРА В ОСОБИСТІСНИХ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІНАХ

Лідери нового часу приділяють увагу системній роботі над собою не тільки у рамках професійного розвитку, а й у розвитку емоційного, фізичного,

соціального, духовного інтелекту. Лідерство не є лише проекцією ролі чи посади, воно пов'язане з внутрішнім станом та здатністю впливати на стани людей та систем. Перша та головна система впливу – це сам лідер та його здатність до бачення великої кількості перспектив. Проте трапляється так, що бізнесмени на публіці виглядають життєрадісними та впевненими у собі, але насправді переживають постійну внутрішню боротьбу та стикаються з проблемами: зрада з боку партнера, конфлікти з командою; тривога (немає розуміння, куди рухатися далі в нинішній ситуації невизначеності – внутрішній ринок стискається, проблеми з логістикою та постачанням товару тощо); немає енергії розвивати компанію, поглинають поточні справи; розчарування бізнесом («займаюся не своєю справою»); стрес («страшно, що бізнес цю кризу не переживе»); втрата балансу сім'я/відпочинок/друзі/бізнес [1-3].

Вирішення будь-якої проблеми складається з двох компонентів: навички та вміння, професійні інструменти, а також енергія та відсутність перешкод у вигляді упереджень. Якщо рішення не приходить, доводиться стикатися з опором (завжди є причина, щоб не починати; краще не висуватись; і, звичайно, завжди є вторинні вигоди від негативних установок (для великого бізнесу потрібно докладати зусиль і порушити свій життєвий уклад). Отже, треба подолати чимало психологічних бар'єрів та навчитися не витратити сили та енергію даремно, а витратити їх на розвиток бізнесу.

Метою нашого дослідження виступало вивчення ролі первинної травмуючої події на рівень функціонування та типологію особистісної організації, стиль лідерства та характер організаційної культури, що створюється лідером компанії, виявлення джерел та наслідків настання епізоду ретравматизації лідера, відображених в особистісних та організаційних змінах, що впливають на траєкторію життєвого лідера та його послідовників. В рамках теоретичних завдань дослідження було проведено аналіз підходів у визначенні ролі травми та характерологічних особливостей формування особистості з нарцисичною патологією, спектр лідерських та організаційних стилів, характеру особистісного та організаційного регресу, ролі агресії та деструкції у патології нарцисизму.

В рамках емпіричних завдань було проведено аналіз біографічного та кар'єрного шляху лідера з визначенням рівня функціонування та типології особистісної організації, аналіз особистісних змін, характеристик психічного функціонування та спрямованості управлінських рішень у слідстві настання епізоду ретравматизації, психодинамічна діагностика компанії, аналіз організаційних змін із виявленням організаційної патології та встановленням взаємозв'язку рівня функціонування лідера, послідовників та групи.

В результаті дослідження було доведено вплив ролі ранньої травми лідера на рівень функціонування та типологію формування особистісної організації, стиль лідерства та характер створюваної ним організаційної культури, де в результаті настання епізоду ретравматизації нарцисичного лідера, з метою реінвестування, драматичний сценарій був інституалізований і деструктивно відіграний в організаційному просторі, що спричинило прямий вплив на рівень функціонування організації, супроводжуваний регресивною груповою динамікою, яка мала руйнівні наслідки для бізнесу.

У ході дослідження було проаналізовано еволюцію лідерства у рамках вертикальних моделей розвитку (спіральна динаміка та вертикальний розвиток лідерів); стиль лідерства як відбиток ранніх стратегій розвитку особистості; поняття психологічної травми та її вплив на бізнес-лідера; співвідношення організаційної системи та сімейної системи лідера; приховані динаміки організаційних конфліктів; методи роботи з особою та організаційною «травмою»; практики, що сприяють еволюційним переходам лідера та організації; роль та місце коучингу у супроводі процесу еволюції внутрішнього лідерства з прикладами корпоративних програм розвитку лідерства нового рівня, а також коуч-інструменти для дослідження ідентичності «Який я лідер?».

Література

1. Гура Т., Фурманець Б. Критерії розвитку особистості підприємця як лідера. *Лідер. Еліта. Суспільство*. 2019. № 2. С. 49–58.

2. Сушик І. В., Сушик О. Г. Морально-психологічний та психоемоційний стан організації як показник якості менеджменту. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку*. 2021. № 2

(6). С. 106–120.

3. Красовська Г., Стадник В., Хомич Л. Мотиваційні моделі лідерства в управлінні організаційним розвитком. *Modeling the development of the economic systems*. 2022. № 3. С. 72–78.

Кузьміна Марія Олегівна

*доктор філософії зі спеціальності 231 «Соціальна робота»,
доцент кафедри соціальної роботи, Національний університет
«Запорізька політехніка», м. Запоріжжя, Україна
ORCID: 0000-0003-2101-0630*

СПЕЦИФІКА ТА ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ НА ПІДПРИЄМСТВАХ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ

Сфера соціальної роботи в сучасних умовах зазнає значного трансформаційного впливу, що зумовлено соціальними, економічними та гуманітарними викликами. Особливо це стосується підприємств, розташованих у прифронтових районах, де соціальні потреби працівників та їхніх родин стають гострішими через безпосередню близькість до конфліктного регіону. Такі обставини вимагають нових, нестандартних підходів до організації соціальної роботи, які б забезпечували як підтримку вразливих груп населення, так і стабільність функціонування підприємств.

Зміна суспільних запитів, гуманізація соціальних процесів та зростання ролі держави в забезпеченні якості соціальних послуг створюють нові виклики для системи соціального захисту. Однак, гострота низки соціальних проблем, таких як психологічний стрес, втрата стабільності доходів чи доступу до базових ресурсів, підкреслює необхідність не лише традиційних рішень, а й впровадження інновацій. Ці інновації мають бути спрямовані на швидке реагування на кризи, інтеграцію новітніх технологій у соціальну роботу, а також на створення стійких моделей підтримки працівників.

Водночас, обмеженість ресурсів, доступних підприємствам у прифронтових регіонах, ускладнює реалізацію традиційних підходів і змушує шукати нові способи забезпечення соціального захисту. Це підкреслює

важливість інноваційних практик, які дозволяють більш ефективно використовувати наявні ресурси та сприяти подоланню соціальних викликів. У цих умовах виникає потреба у дослідженні таких підходів, їхньої ефективності та адаптації до специфічних умов прифронтових районів, що й визначає актуальність цієї проблеми.

Тож впровадження інновацій у соціальну роботу на підприємствах у прифронтових районах стає не лише важливим елементом підтримки соціальної стабільності, а й ключовим фактором у забезпеченні життєздатності підприємств і збереженні людського капіталу.

Одним із головних аспектів значення соціальної роботи в корпоративному середовищі є її роль у створенні позитивного мікроклімату. Успішна компанія розуміє, що її працівники – це не просто ресурс, а ключовий актив, на який впливають різні життєві обставини: фінансові труднощі, проблеми зі здоров'ям, стресові ситуації чи навіть глобальні кризи. У таких випадках саме соціальна робота стає інструментом підтримки та стабілізації, що дозволяє працівникам ефективно адаптуватися до змін та зберігати високу продуктивність.

У прифронтових районах значення соціальної роботи в бізнесі набуває особливого змісту. Вона стає способом мінімізувати вплив стресових факторів, спричинених воєнними діями, на працівників і водночас підтримати їхню стійкість. Наприклад, підприємства в таких регіонах часто беруть на себе забезпечення базових потреб своїх співробітників, таких як житло, безпека, психологічна допомога чи навіть освітні ініціативи для їхніх дітей.

Неможливо оминати й економічний ефект соціальної роботи. Компанії, які активно інтегрують соціальні програми у свою діяльність, часто зіштовхуються з меншим рівнем плинності кадрів, що дозволяє зберігати ключових фахівців і зменшувати витрати на рекрутинг. До того ж, такі підприємства отримують більше можливостей для залучення найкращих талантів, адже для багатьох працівників питання соціальної відповідальності роботодавця є визначальним фактором у виборі місця роботи.

Організація соціальної роботи на підприємствах, розташованих у

прифронтових територіях, набуває особливого значення в умовах війни. Це не лише підтримка працівників, які постійно перебувають під впливом стресу та небезпеки, а й адаптація соціальних ініціатив до унікальних викликів регіону. Соціальна робота в таких умовах стає невіддільною частиною функціонування підприємства, спрямованою на створення атмосфери довіри, захищеності й стійкості всередині колективу [1].

Основою соціальної роботи на прифронтових підприємствах є оперативна допомога працівникам, які зіштовхуються з життєвими кризами. Військові дії змінюють буденність, створюючи додаткові виклики, такі як втрати житла, сімейні розлуки, матеріальні труднощі чи загроза фізичній безпеці. У таких обставинах підприємство виконує роль опорної структури, яка пропонує як матеріальну підтримку, так і емоційну та психологічну допомогу. Це може включати організацію тимчасового житла для працівників і їхніх родин, забезпечення харчування, підтримку в евакуації чи адаптації в нових умовах.

Психологічна допомога відіграє особливу роль. Війна загострює почуття страху, невизначеності, виснаження, що може впливати на моральний стан працівників і знижувати ефективність їхньої роботи. На цьому етапі важливо залучати професійних психологів, організовувати групові чи індивідуальні консультації, створювати місця для емоційного відновлення. Такі ініціативи допомагають зберегти стабільність у колективі та формують почуття підтримки з боку роботодавця.

Соціальна робота на прифронтових підприємствах має бути тісно пов'язана з реальними потребами працівників і їхніх родин. Наприклад, у багатьох випадках це включає навчання щодо мінної безпеки чи підтримку в отриманні правової допомоги, особливо у випадках втрати документів, майна або права на компенсацію. Підприємства також можуть виступати посередниками між працівниками та місцевою владою чи гуманітарними організаціями, сприяючи доступу до важливих ресурсів [2].

У таких умовах стає критично важливим зберегти функціональність підприємства та його здатність підтримувати працівників. Це вимагає гнучкості у прийнятті управлінських рішень, зокрема організації роботи за змінним

графіком, впровадження дистанційної роботи для тих, хто має таку можливість, або створення безпечних умов праці. Наприклад, облаштування укриттів чи надання додаткових днів для відпочинку може стати значним внеском у підтримку працівників.

Одним із важливих аспектів є інтеграція підприємства в місцеву громаду. Соціальні ініціативи, спрямовані на підтримку не лише працівників, а й інших мешканців регіону, підвищують рівень довіри до компанії. Наприклад, підприємства можуть організовувати гуманітарну допомогу, забезпечувати місцевих жителів харчовими наборами, водою чи медичними засобами. Така діяльність не тільки підтримує громаду, а й формує позитивний імідж компанії навіть у складних умовах.

На основі визначених викликів і потреб було запропоновано низку рекомендацій для підприємств і органів місцевого самоврядування. Основний акцент зроблено на створенні персоналізованих програм підтримки працівників і їхніх сімей, розробці інтегрованих ініціатив у співпраці з громадськими організаціями та вдосконаленні психологічної підтримки на робочих місцях. Впровадження таких заходів не лише підвищить ефективність роботи підприємств, а й сприятиме формуванню соціальної стійкості громад у прифронтових районах.

Література

1. Євдокимова І.А. Соціальна робота в Україні: тенденції розвитку й проблеми в довоєнний період та в умовах війни з Росією. *SOCIOПРОСТІР*: міждисциплінарний електронний збірник наукових праць з соціології та соціальної роботи. 2022, № 12. С. 6–13. DOI: <https://doi.org/10.26565/2218-2470-2022-12-01> (дата звернення: 17.11.2024).

2. Назарук В. Соціальне підприємництво в умовах війни: ліки чи плацебо? *Економічна правда*. 9.01.2024. URL: <https://www.epravda.com.ua/columns/2024/01/9/708567/> (дата звернення: 17.11.2024).

Лукашов Олександр Олександрович
*доктор психологічних наук,
доцент кафедри практичної психології та соціальної роботи
Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*

СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ У ВЕКТОРІ ЇЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

У сучасному суспільстві існує нагальна потреба у соціально відповідальній особистості в аспекті її професійної діяльності, а цінності цього вектору окресленої проблеми всіляко актуалізуються. У зв'язку з цим кваліфікаційні вимоги до особистості фахівця, зокрема у соціономічній сфері, включають саме соціальну відповідальність, як провідну професійну вимогу, що визначає його здатність приймати правильні та виважені рішення соціально значущого характеру. При цьому розвиток соціальної відповідальності особистості у сучасний період розвитку суспільства і цивілізації в цілому стає одним із найактуальніших і найважливіших завдань, особливо в умовах розбудови правової держави [1-3].

Проведений теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми соціальної відповідальності особистості у науковому просторі показав, що це складна інтегральна якість особистості, яка виступає показником соціальної зрілості та обумовлює її поведінку на основі усвідомлення соціальних норм і цінностей, їх прийняття, здатності оцінювати наслідки та результати власних дій. Особливість соціальної відповідальності особистості полягає у тому, що вона входить у всі види її діяльності як якісний показник, спрямовує її дії відповідно до прийнятих у суспільстві соціальних норм та формується як результат тих зовнішніх вимог, які до неї висувають суспільство, професійна спільнота тощо. Ці вимоги, сприйняті особистістю, стають внутрішньою основою мотивації її соціально відповідальної поведінки. Наголошується, що соціальна відповідальність особистості визначається об'єктивними і суб'єктивними передумовами. При цьому об'єктивна сторона такої відповідальності – це вимоги суспільства, які пред'являються до неї, її соціальних якостей та місця у системі суспільних відносин; суб'єктивна

сторона соціальної відповідальності – це емоційне переживання та осмислення характеру суспільних вимог, що виступає як соціальна якість особистості та проявляється у таких її вольових характеристиках, як самостійність, цілеспрямованість, здатність долати перешкоди на шляху до досягнення мети діяльності.

Наведено концептуальне психологічне обґрунтування проблеми соціальної відповідальності особистості в умовах трансформаційного соціуму. Показано, що як системний об'єкт соціальна відповідальність має ієрархічну структуру, яка включає соціальний та особистісний рівні. Провідна роль у цій ієрархії належить особистісному рівню, особистості як головному суб'єкту діяльності. Механізми впливу системи соціальної відповідальності на діяльність особистості подано у вигляді взаємопов'язаних елементів, у яких соціальна відповідальність виступає: як необхідна умова діяльності, що складається внаслідок функціонування об'єктивних факторів; як сутнісний принцип діяльності, коли система соціальної відповідальності одночасно виступає потребою, метою та засобом діяльності (у результаті функціонування внутрішніх чинників), що узгоджується з потребами та цілями суспільства, і дозволяє визначити провідні детермінанти у поведінці особистості та вибір нею соціальної ролі і соціально активної позиції у соціумі; як інтегративний фактор у підвищенні результативності діяльності особистості, зокрема професійної. З низкою компонентів і рівнів, що утворюють аналізовану структуру, пов'язана безліч ступенів свободи на виході системи, при однакових соціальних впливах на її вході, оскільки коливання у будь-якому компоненті системи соціальної відповідальності позначаються на її динамічному та змістовному векторах.

Наголошується, що вирішуючи протиріччя між цілями певного виду діяльності та засобами їх досягнення, суспільними та особистими потребами, що детермінують цю діяльність, цілями та досягнутими результатами, а також їх соціальними (у широкому значенні) наслідками, кількісною та якісною сторонами діяльності, потенційною та реальною її ефективністю, соціальна відповідальність є джерелом тих змін, які визначають діалектику її розвитку, як цілісної системи, а також змістовних рівнів та компонентів діяльності.

Підкреслюється, що необхідно як розвивати соціальну відповідальність особистості, так й стимулювати формування соціально відповідального простору.

Розкрито функціональну структуру соціальної відповідальності особистості в умовах трансформаційного соціуму, яку складають такі компоненти: *когнітивно-оцінний* (містить систему засвоєних особистістю знань про соціальну відповідальність, її оцінку та пов'язаний зі здатністю розуміння особистістю себе і оточуючих, наявність емоційного параметра у якому свідчить про усвідомлене емоційне ставлення до власної поведінки і діяльності), *ціннісно-нормативний* (містить мотиви соціальної відповідальності та включає ціннісний параметр, що відображає прагнення особистості до діяльності, спрямованої на соціально значущий результат, на переважання внутрішньої мотивації, пов'язаної з цінністю певного виду діяльності); *організаційно-діяльнісний* (представляє вектори реалізації соціальної відповідальності особистості, динамічний параметр якого заснований на тому, що особистість у своєму розвитку має пройти шлях до суб'єкта діяльності, регуляторний параметр якого полягає у схильності до інтернальності та результативний параметр якого передбачає націленість на предметний результат, готовність здійснювати усвідомлений вибір моделі поведінки і здатність її утримувати).

Виокремлено функції соціальної відповідальності особистості: орієнтуючу (орієнтує у нормах, цінностях, традиціях суспільства), регулятивну (виражає моральні відносини, комплекс моральних вимог та способів регуляції поведінки у соціумі), трансформаційну (сприяє трансформації наявних знань у переконання, систему поглядів на світ навколо себе, себе і своє місце у світі) та визначено її критерії (аналітичний, мотиваційний, вольовий, рефлексивний).

Запропоновано модель процесу розвитку соціальної відповідальності особистості в умовах трансформаційного соціуму. Показано, що зазначена модель складається з концептуального (мета, завдання, принципи, критерії, умови), змістовного (види, функції, компоненти) та процесуального (етапи, результати) блоків, у якій розвиток соціальної відповідальності особистості

представлено як безперервний процес прийняття рішень з урахуванням принципів послідовності, тривалості, повторюваності. При цьому розвиток соціальної відповідальності особистості представлений як безперервний процес прийняття рішень з урахуванням векторів актуальності, цілеспрямованості, перспективності.

Розкрито методологічні і змістовно-процесуальні засади системи соціально-психологічного забезпечення процесу розвитку соціальної відповідальності особистості в умовах трансформаційного соціуму, яка включала цільовий, змістовний, діяльнісний та оціночно-рефлексивний компоненти. Методологічною основою розробки запропонованої системи слугували системно-інтегративний, аксіологічний, індивідуально-орієнтований, суб'єктно-діяльнісний, інформаційно-комунікативний, особистісно-компетентнісний підходи та принципи наступності, системності та цілісності, усвідомлення та самостійності, природовідповідності та культуровідповідності, комплексності, суб'єкт-суб'єктної взаємодії, практичної спрямованості. Система соціально-психологічного забезпечення процесу розвитку соціальної відповідальності особистості була реалізована на підготовчому, основному, заключному етапах та довела свою ефективність у напрямку зростання успішності її учасників, підвищення їх соціальної активності у волонтерській, громадській, творчій діяльності та усвідомлення ними власної соціальної позиції.

Література

1. Zasiakina L., Zhuravlova O. Acculturating Stress, Language Anxiety and Procrastination of International Students in the Academic Settings. *Psycholinguistics*. 2019. Vol. 26 (1). P. 126-140.
2. Zavatska N., Omelianiuk S., Lukashov O., Petrenko M. A study of social comparison in the organisation of the structure of self-efficacy of higher education students. *Insight: the psychological dimensions of society: scientific journal*. 2024. № 12. P. 164-183.
3. Zhigareno I.E. Socio-psychological specificity of modeling of inter-social communication in the societal industry professions. *Теоретичні і прикладні*

проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Т. 1. С. 97-106.

Омелянюк Сергій Миколайович

*кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної психології та соціальної роботи
Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ УЯВЛЕНЬ МОЛОДІ НА ВИНИКНЕННЯ І ПОДОЛАННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТРАВМ

Динаміка життя та розвитку технологій трансформувала способи комунікації та соціалізації молоді, орієнтувавши її на адаптивну специфіку та адаптаційні інструменти. Внаслідок цього суттєво підвищився інтерес щодо психологічних досліджень у векторі соціальних уявлень молоді на виникнення і подолання психоемоційних травм та вбудовування отриманого досвіду у її життєву перспективу.

Численність надзвичайних ситуацій, терористичних актів, бойових дій та інших кризових подій вплинула життя молоді, забезпечивши їй безліч переживань. Кожна молода людина стикалася протягом життя з травмуючими обставинами, які викликають різні реакції: як сильні емоційні потрясіння, так і без особливої суб'єктивної значущості.

На якість відреагування впливають різні чинники та властивості особистості. Психічна травма та симптоми, пов'язані з травмою, не зникають і можуть погіршити стан людини (невроз, депресія, самоушкодження, спроби самогубства та ін.) Необроблені травматичні розлади можуть призвести до психосоматичних захворювань та психічних розладів. Результатом стресу, пов'язаного з травмою, є ПТСР, дисоціативний розлад особистості.

Крім того, психотравматизація призводить до екзистенційного вакууму: припинення пошуку нових смислів, планування майбутнього, боротьби з результатами травмування. Тим не менш, психологічна травма не завжди призводить до фрустрації та спустошення. Деякі молоді люди бачать у цьому

стані мотивацію до змін, тоді молода людина починає наповнювати своє життя перспективами, які були відсутнім у минулому досвіді.

Проблематика трансформації соціальних уявлень через психотравмуючу обставину, що відбулася, виражена в якісному аналізі зміни структури маловивчена, у зв'язку з чим кількість емпіричних даних невелика. Крім того, життєва перспектива особистості у наукових джерелах представлена як опосередкований фактор у кризових обставинах, у поняття відсутнє єдине трактування. Все вищеназване робить актуальною тему, що розглядається.

Вивчення соціальних уявлень молоді розкриває сприйняття нею свого майбутнього, його взаємозв'язку з поточним моментом часу та минулим, встановлює вплив на життєвий орієнтир та поведінку особистості [1-4].

Нагадаємо, що поняття психоемоційної травми вперше з'явилося у науковій літературі наприкінці XIX століття. Сьогодні термін виражається у життєвих обставинах, які сприймаються особистістю як небезпека, загрожуючи її існуванню, та мають різний прояв.

Події, що призводять до психотравми, мають широкий спектр впливу і різні за своїм проявом, які умовилися називати «надзвичайними», «екстремальними», «кризовими». Істотним є не психологічний компонент, а чутливість особистості до того, що сталося, її розуміння ситуації та рефлексування, на що впливають особистісні та вікові характеристики людини та її соціальні уявлення.

Через психотравму відбувається трансформація сприйняття часу, що згубно позначається на перспективі «минуле – сьогодні – майбутнє». Психотравма формується через обставини, які суттєво вплинули на якість життя особистості, несприятливо позначаючись на можливостях для виходу із ситуації аж до їх повної відсутності. Природа психотрами досліджувалась З. Фрейдом, який виявив, що симптоматика істерії – це наслідки афективних переживань у минулому.

Таким чином, психотравма – це тригер до зміцнення та відновлення соціальних уявлень молоді людини, що призводить до перегляду прогнозованого майбутнього. При цьому на характер майбутніх трансформацій

впливають індивідуальний конструкт, суб'єктивність сприйняття та особиста стратегія подолання.

В якості психокорекції було обрано логотерапевтичний підхід у комбінації з техніками розслаблення (аутогенний тренінг), програмами поведінкової терапії (систематична десенсибілізація) та арт-терапії (музика, малювання, танці). Програма терапії передбачає чотири ступені, три з яких є ступенями посттерапії, що надійно захищають клієнта з відкоригованим ставленням до життя від його невротичного сплеску.

1) Логотерапевтична терапія індивідуально з клієнтом відповідно до категорії психотравми.

2) Участь у групі дерефлексії з метою зменшення критичної активності до гіперрефлексії, яка найчастіше залишається після терапії на підсвідомому рівні через побоювання рецидиву. Група дерефлексії дозволяє мінімізувати подібну проблематику, адже клієнт навчається переносити увагу безпосередньо з себе, відволікаючись від згубних можливостей у житті, повною мірою сконцентрувавшись на позитивних засадах.

3) Груповий концепт «логотерапевтичного кола роздумів» (10 сеансів). Клієнт фіксується на позитивних аспектах його життя. Обговорення зазнають виключно ключові події життя, виявляється сенс страждань, пов'язаний з ними, а також зв'язки між одужанням і здоров'ям, особиста система цінностей або неминучість смерті.

Подібні роздуми дозволяють клієнтам зростати і ставати більш зрілими, абстрагуватися від поганого і концентруватися на дійсно значущому. Якщо заздалегідь передбачити лише на рівні думки можливі складності, які мають особливе значення у житті клієнта, йому простіше адаптуватися до ситуації та виключити фрустрацію, що дозволить уникнути хворобливого відгуку на неї.

Логотерапевтичне коло не передбачає накладення заборони на роздуми, проте не надає свободи вибору тем. Керівником групи на кожному сеансі (переважно вечірньому) задається конкретна тема та показуються можливості ідей Франкла, з доповненням їх цитатами великих філософів чи поетів. Подібний підхід дозволяє учасникам опрацьовувати теми у мозковому штурмі,

оскільки учасники часто вдаються до власної «мудрості серця», здатної виявити суть логотерапевтичних тверджень.

4) Особисті розмови (1–2 сеанси) для завершення терапевтичних відносин. Клієнти повинні відчувати себе повноцінними людьми, які сприймають себе здоровими і зрілими, у зв'язку з чим проводяться бесіди на бажані їм теми без прояву зацікавленості позначених під час розповіді труднощів, оскільки вони здатні врегулювати всі складнощі самостійно. У разі реальних труднощів надається додаткова підтримка і допомога. Суть даного ступеня полягає у перевірці клієнта на спроможність справлятися з наявними складнощами самостійно, що буде доводити одужання від наявного розладу, вміння адекватно тестувати реальність, долати труднощі, а також пишатися своїми результатами.

Таким чином, зведення рецидиву до мінімуму після пережитої психотравми можливе лише перевіркою клієнта на якість придбаних ним логотерапевтичних інструментів та власної «упертості духу», що дозволяють здійснювати самопомогу.

Крім того, використовувався тренінг сенсибілізації смислу, який дозволяв клієнту завести звичку під час вирішення щоденних питань керуватися п'ятьма пунктами, даючи відповіді на них:

1) У чому проблема? Вона має бути чітко позначена за змістом, що дозволить виробити конкретне духовне ставлення до неї. Чітко визначивши проблему, вдається позначити і проблемну область, що робить ситуацію ясніше, а отже менш тривожною, гнітючою та незрозумілою.

2) Де мій вільний простір? Позначена проблема повинна зайняти своє місце в частині життя, адже вона нерозривно пов'язана з історією, але може змінюватися, незважаючи на деякі незмінні частини. Важливо абстрагуватися від незмінного та сконцентрувати увагу на простір дій, вільний від проблеми.

3) Які можливості вибору є? Необхідно подумки, але безоцінно зібрати можливості вибору у вільному просторі дій.

4) Яка з обраних можливостей має максимальний зміст? Необхідно виявити те, що є, але перебуває у прихованій формі і визначити, чи воно є

одночасно бажаним, але при цьому не береться до уваги через ймовірні наслідки для тих, до кого це має відношення.

5) Саме це я хочу здійснити! Клієнт самостійно здійснює цей крок без допомоги оточуючих. Однак можливе лише повідомлення цієї думки для нього. Необхідний кинутий виклик самому собі, вибір сенсу клієнтом.

Таким чином, із набору рішень, які щодня виникають у клієнта, поступово формується новий орієнтовний курс, який виводить його з екзистенційного вакууму.

На об'єктивність соціальних уявлень молоді впливає індивідуальна активність, виражена у чіткому сприйнятті майбутнього періоду, наявності мотивів, що спонукають до досягнення цілей, освіта, професіоналізм, соціальний статус та ступінь індивідуальної соціально-психологічної зрілості. Соціальні уявлення важливо розглядати як цілісне утворення, враховуючи їх динаміку. Вони піддаються трансформації протягом часу. Логотерапія в поєднанні з іншими техніками психокорекції дозволяє м'яко ставити клієнта перед питанням про сенс його життя і впливає на переорієнтацію по відношенню до травматичних переживань минулого. Програма терапії передбачає чотири ступені, три з яких є ступенями посттерапії, що надійно захищають клієнта з відкоригованим ставленням до життя від його невротичного сплеску.

Таким чином, зведення рецидиву до мінімуму після пережитої психотравми можна лише перевіркою клієнта на якість придбаних ним логотерапевтичних інструментів та власної «упертості духу», що дозволяють здійснювати самопомогу.

Література

1. Винославська О. В. Вікові особливості студентів. Психологія / О.В. Винославська, О.А. Бреусенко-Кузнєцов, В.Л. Зливков та ін. / за наук. ред. О.В. Винославської. К.: ІНК ОС, 2005. С. 294–300.

2. Ломова Т. О. Психологічна програма навчально-розвивального тренінгу активізації розумової діяльності як засобу корекції агресивної поведінки. *Практ. психологія та соц. робота*. 2010. № 1. С. 7–16.

3. Олійник Л. М. Психодіагностика і корекція. Миколаїв: «Принт-Експрес», 2010. 218 с.

4. Павелків Р.В. Вікова психологія. К.: Кондор, 2011. 468 с.

Радул Ірина Геннадіївна
*кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології та соціальної роботи
Центральноукраїнського державного університету
імені Володимира Винниченка*

СПЕЦИФІКА ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК АКТИВАЦІЇ СВІДОМОСТІ В РОБОТІ З ДІТЬМИ

Метод психотерапії Техніки Активації Свідомості, розроблений Жаном Беккіо, це сукупність наукових методів, реалізованих в психотерапевтичні допомозі клієнтам як дорослим так і дітям. В його основі лежить психодинамічна гіпнотерапія, нейронауки, коннектоміка, нейровізуалізація, психологія розвитку та філософія. Даний метод дозволяє позбутися психоемоційних травм, ПТСР та інших психічних розладів в більш короткі строки у порівнянні з іншими видами терапії.

В сучасному світі, який досить агресивний спостерігається збільшення звернення запитів для роботи з дітьми які мають які мають тривожні розлади, серед них одне із перших місць займає панічні атаки. І кількість таких звернень останнім часом все зростає і зростає.

Сучасні науковці такі як: Роберт Ліхі, який багато років вивчає емоційні стани і пропонує своїм клієнтам інструменти за допомогою яких вони на свої звичні проблеми можуть іншими емоційними схемами. Русс Харріс розвиває терапію прийняття та відповідальності при роботі з панічними атаками.

Панічні атаки відносять до тривожних розладів невротичного характеру, причиною виникнення є стрес. Термін «панічна атака» був визначений як основний прояв панічних розладів, що має приступи різко вираженої тривоги, паніки, що не обмежується будь якою ситуацією. Є декілька напрямів в психотерапії які мають місце у роботі з панічними атаками. Всі вони мають свої параметри успіху. Серед них вважається когнітивно-поведінкова психотерапія.

Однак, наша практика показує, що найбільш дієвим є метод психотерапії саме із застосуванням гіпнотерапії і Технік активації свідомості. Це терапевтичний напрямок зародився у Франції і став називатися гіпнозом 21 століття, привнісши зміни в наукову парадигму сучасної гіпнотерапії.

В терапевтичній діяльності ТАС широко застосовуються метафори, для активації свідомості з метою пропрацювання травмуючих чи дискомфортних елементів у клієнтів, які при когнітивній роботі витісняються чи уникаються, чи викликають у пацієнтів сильний супротив чи напруження. Застосування технік «чарівна метафора» веде до можливості одужання, вирішення проблеми чи досягнення цілі, способами які лежать за межею стандартного, звичного принципу мислення «не тому що, а в супереч».

При використанні ТАС увага клієнта стає певним інструментом, за допомогою якого він може змінювати свій стан. Клієнт вчиться використовувати власну увагу для регуляції на керування своїми думками, емоціями, станами та бажаннями. Однією із самих швидких та ефективних технік зміни стану є дихальні техніки, це техніки які впливають на симпатичну и парасимпатичну нервову системи, с метою досягнення потрібного результату.

Звертаючись до власного практичного досвіду роботи з дітьми які мають панічні атаки, можемо зробити висновок, що робота з панічними атаками методом ТАС дає гарні результати за достатнього короткй термін (4-6 сеансів терапії). Тому, виходячи з особистого професійного досвіду, ми рекомендуємо притримуватися саме цілісної системи роботи з панічними атаками.

Література

1. Becchio J., Jousselin C. Nouvelle Hypnose. Initiation et pratique. Paris, Desclée De Brouwer, 2017. 244p.
2. Radoykov S., Becchio J., Lachal J. Training of healthcare professionals in clinical hypnosis: A qualitative study. Encephale. 2020, Sep 10. 32-37p.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В умовах бойової обстановки діють численні і складні патогенні чинники, що зумовлюють надзвичайні психічні та фізичні навантаження і, зрештою, призводять до бойового стресу. Екстремальні умови військової служби стають каталізатором психічного виснаження, що знижує опірність нервової системи і збільшує ризик розвитку дисфункціональних станів психічної діяльності і психопатологічної симптоматики.

Дисфункціональні стани психічної діяльності, специфічні для бойового досвіду і не характерні для мирного часу, запускаються певними психобіологічними змінами і патогенетичними механізмами, що спричинені специфічними умовами життєдіяльності серед яких: депривація вітальних потреб і перш за все потреби в безпеці, досвід близького дотикання до смерті, тривале перебування у ситуації невизначеності і загрози життю на тлі підвищеної відповідальності і важких емоціогенних впливів, почуття провини вцілілого, внутрішньо особистий конфлікт між моральними переконаннями, цінностями і необхідністю вбивати, між обов'язком, страхом і інстинктом самозбереження, зміна суб'єктивно регламентованого на зовнішньо регламентований режим поведінки, порушення режиму сну і неспання, біологічних ритмів і активності, недостатність відпочинку, фізична і психічна перевтома, що призводить до вираженого психосоматичного виснаження та ін.

Численні патогенні чинники екстремальних обставин бойових дій прискорюють конституційну схильність до розвитку психопатологічного реагування, загострюють реакції на стрес, виснажують компенсаторні механізми і в деяких випадках (близько 12 %) спричиняють бойові стресові розлади. Причому саме конституційна схильність і преморбідні риси не є вирішальним чинником для розвитку бойового стресового розладу, вона

впливає на опірність нервової системи і знижує бар'єр психічної адаптації, подолавши який стресове психоемоційне навантаження руйнує механізми компенсації дистресу і призводить до психопатологічного варіанту зриву психічних функцій.

Групу ризику у цьому сенсі складають військовослужбовці молодого (до 20 років) і зрілого (старше 40 років) віку із преморбідними характерологічними рисами астено-невротичного, тривожного, сенситивного типу і граничними психоемоційними станами в анамнезі.

Звісно, ризик і вірогідність розвитку декомпенсації залежить не лише від індивідуального бар'єру психічної адаптації, але і від бойового досвіду, професійної підготовки і інтенсивності та напруженості бойових дій.

Адаптаційний потенціал особистості визначається сукупністю об'єктивних і суб'єктивних чинників – психофізіологічних, особистісних, моральних, соціальних (інтенсивність і тривалість бойових дій, умови перебування і параметри бойової обстановки, стан фізичного здоров'я, сенс війни, морально-психологічний клімат підрозділу, ставлення до війни у суспільстві і підтримка населення та ін.) і впливає на ступінь і динаміку виснаження функціональних резервів організму.

Різноманіття проявів психічних порушень воєнного часу зумовлено поліетіологічною природою декомпенсації психічної діяльності учасників бойових дій, коли майже неможливо у багатомірному поєднанні і повторюваності психогенних, екзогенних, соматогенних, фізіогенних чинників визначити провідний.

Тому прояви бойової психічної травми можуть містити специфічне поєднання водночас психогенних порушень у вигляді хворобливих переживань і спогадів картин бойових зіткнень; ворожості, підозрілості, дифузної тривоги, відгородженості, гіпомімії, невиразності і зрідненості емоцій, характерних для ендогенних розладів та психічної виснажливості, порушень об'єму, концентрації, стійкості уваги і експлозивності, брутальності, нестійкості афектів екзогенного генезу.

Складність структури бойових психічних порушень, особливі патогенетичні механізми і різноманіття клінічної картини актуалізують необхідність їх ґрунтовного психологічного аналізу.

Бойова психічна травма розглядається як патологічний стан центральної нервової системи, що виникає внаслідок впливу чинників бойового стресу та зумовлює регулювання поведінки особи, що постраждала, через патофізіологічні механізми.

Психопатологічні реєстри бойової психологічної травми включають:

1) передпатологічні кризові реакції з дифузними і нестійкими емоційними, поведінковими та фізичними симптомами, що порушують життєдіяльність учасника бойових дій (дисгармонійні психологічні та психовегетативні реакції в боротьбі зі стресом);

2) синдромально обумовлені патологічні стани (невротичні та патохарактерологічні реакції, гострі дисоціативні розлади, адитивні форми поведінки, психовегетативні дисфункції), клініка яких тісно пов'язана з дією ситуативних факторів і з перевагою функціональності;

3) нозоспецифічні розлади (ПТСР, афективні та маячні психози, викликані стресом, наркоманією, психосоматозом) зі структуруванням і відносною стабілізацією особистісної патології, що поєднується з менш специфічними продуктивними симптомами дефіциту і розладів уяви, і власне, патогенезом хворобливого процесу.

Певні ступені бойової психічної травми мають свої специфічне прояви, а саме:

1. Стан шоку (бойовий шок). Зовні бойовий шок проявляється як блідість шкіри; насторожений погляд, людина майже не кліпає; забуває, що було, що потрібно зробити; не виявляє емоцій при описі емоційно насиченої ситуації; відсутність або сповільненість мови; холодні кінцівки; тримається подалі від інших, щоб почуватися в безпеці; поганий м'язовий тонус або сильні судоми. Прояви гострих станів переважно короточасні позбавлені індивідуальних відмінностей. Переважають сенсомоторні і сомато-вегетативні порушення. У

важких випадках можуть розвиватись афективно-шокові реакції за типом ступору чи фуґи.

2. Надмірне збудження (бойовий стрес). Характерними ознаками даного стану є емоційна лабільність, гіперстезія, різноманітні вегетосудинні порушення. Ажитация і гіперактивність ззовні проявляється почервонінням шкіри; частим морганням; характерні різкий невмотивований сміх, занепокоєння, сплутаність свідомості; експлуатація; швидка, нестримна мова; надпильність; емоційні вибухи, експлозивність емоцій; надмірна реакція страху, яка зберігається протягом тривалого часу; раптове відчуття жару; різке небажання дивитися; надмірна чутливість; напружені м'язи. Ця симптоматика може поєднуватись із тривожними, астено-депресивними, істероїдними реакціям. Можуть зустрічатись порушення поведінки (дисципліни), суїцидальні наміри, адиктивні і аутоагресивні прояви.

3. Втома (бойове виснаження). Бойова втома є тривалим і у більшій мірі патогенним результатом хронічного бойового стресу і має такі прояви як, песимізм, депресія, млявість; дратівливість, невдоволення всім («нічого не хочу»); нервозність; напружений вираз обличчя; відсутність постійного зорового контакту; гучна мова; важко розслабитися; проблеми зі сном і апетитом; знижується працездатність (утруднене виконання доручених завдань, відсутність бажання вмиватися, голитися тощо). Звісно, що досвідчені військовослужбовці із стеничними темпераментальними рисами мають більш високу толерантність і опірність, проте існують загальна тенденція зростання астенізації і депресивно-апатичних тенденцій і набутої схильності до проявів погіршення комунікації, міжособистісної взаємодії, зниження мотиваційної активності і конструктивних копінг-стратегій.

Може спостерігатись регрес поведінки і збільшення проявів патохарактерологічних реакцій афективно-експлозивного типу, а фіксація набутих поведінкових стереотипів на загрозу, загострення особливих особистісних змін, накопичення психосоматичних і морфологічних зрушень підвищують ризик тривалого перебігу психічних порушень і їх відтермінованого загострення.

4. Відновлення після травми. Напливають хвилі туги, смутку, спустошення; може виникнути почуття провини і образи; періодично хочеться плакати при згадуванні травматичних подій; в такі моменти виникає відраза до життя; стримувати сльози; зниження імунітету – часті застуди; психосоматичні розлади (наприклад, проблеми з травленням, підвищення тиску, головні болі та ін.).

5. Адаптація до екстремальної ситуації. Покращення уваги; активізація мислення; активізація вищих почуттів: патріотизму, відповідальності, колективізму, совісті, готовності до самопожертви та ін.; віра у власні сили, в успіх, надія на краще; вміння терпляче переносити випробування; емоційна стабільність; вміння зосереджуватися на розв'язанні завдання; стійкість до миттєвих невдач; здатність організму до швидкої перебудови, підвищення витривалості та ін.

Саляєв Микола Геннадійович
лікар-психіатр, психотерапевт, капітан медичної служби ЗСУ

КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ЗАСОБАМИ ГІПНОТЕРАПІЇ

В умовах повномасштабної війни в Україні, великої кількості посттравматичних розладів є велика потреба в максимально швидких та ефективних методах допомоги.

На даний час в світі і в Україні розроблено і використовується цілий ряд ефективних методів психокорекції ПТСР.

Згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року N 2118 З «Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю» для психокорекції ПТСР рекомендовані арт-терапія, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR), емоційно фокусована терапія, когнітивно-поведінкова терапія (у тому числі, травмо-фокусована КПТ), логотерапія та екзистенційний аналіз / екзистенційна терапія, майндфулнес-базований підхід, позитивна психотерапія (ППТ за Пезешкіаном), протокол реконсолідації травматичної пам'яті, психодраматична терапія.

Цей перелік методів і наведені у ньому рекомендації не є виключними. Застосовуватися можуть й інші, відсутні у переліку, які мають достатні рівні доказовості [1,2].

У США методами першої лінії допомоги при ПТСР є тривала експозиція (PE), терапія когнітивної обробки (CPT) і когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму (CBT), які показали високу ефективність, що підтверджено великою кількістю досліджень. Десенсебілізація і переробка за допомогою рухів очей (EMDR) також широко застосовується, особливо серед ветеранів [5,6].

Але, з точки зору багатьох фахівців, методи і підходи допомоги при посттравматичному розладі необхідно вдосконалювати, а також створювати нові.

Методи гіпнотерапії все ще не отримали широкого поширення в Україні з метою корекції ПТСР, ймовірно через недостатність доказової бази ефективності методу, також можливо через все ще скептичне відношення до гіпнозу та не досить велику кількість кваліфікованих фахівців. Але вони були рекомендовані при різних проблемах невротичного спектру. Хоча достеменно відомо, що з початку XIX сторіччя і дотепер гіпноз багато використовувався для корекції наслідків бойового стресу у багатьох військових конфліктах.

В наш час гіпнотерапія досить широко використовується в таких країнах як США, Великобританія, Франція, Канада, Німеччина та інші, де розвинені системи навчання та сертифікації спеціалістів даної групи методів. Багато фахівців вважають їх менш ефективними у порівнянні з методами першої лінії, та використовують як допоміжні в лікуванні ПТСР. Але необхідно зауважити, що ефективність гіпнозу досі досліджується і всі його можливості досі не розкриті.

Нами запропоновано використання гіпнотерапії з метою впливу на такі симптоми ПТСР, як інтрузії – тобто нав'язливості, що виникли внаслідок дії травматичного чинника, і які глибинним чином пов'язані з самою суттю даного розладу. Основні феномени, які входять до цього поняття, включають:

1. Флешбеки - яскраві і часто травматичні спогади, які відчуються настільки реалістично, що людина може знову переживати травматичну подію.

2. Нав'язливі спогади - повторювані, непрохані спогади про травматичну подію, які можуть виникати в будь-який час і є дуже тривожними.

3. Кошмари - тривожні сни, що пов'язані з травматичними подіями, які можуть повторюватися і викликати сильний страх і занепокоєння.

4. Нав'язливі думки - постійні думки або образи, які є небажаними і заважають повсякденному життю людини. Ці думки можуть бути пов'язані з почуттям провини, страху або гніву.

5. Емоційні реакції - несподівані і інтенсивні емоційні реакції на нагадування про травматичну подію, такі як плач, гнів або паніка.

6. Фізіологічні реакції - фізичні реакції, такі як прискорене серцебиття, пітливість, або тремтіння, що виникають у відповідь на нагадування про травму.

Вищезначені феномени є базовими рисами ПТСР у всіх без виключення класифікаціях психічних розладів. Тому є очікування, що методи, які спроможні знижувати інтенсивність інтрузій, можуть послаблювати ПТСР в цілому.

В даній роботі запропоновано авторський гіпнотерапевтичний підхід, який надає можливість значно скоротити тривалість втручання при роботі з інтрузіями, а також мінімізувати можливість ретравматизації. Використовується комбінація методів класичного та еріксонівського підходів, також дисоціативні техніки гіпнозу.

Є ймовірність за допомогою запропонованого метода досягти оптимізації результатів і швидкості ефектів вже існуючих методик, завдяки їх комбінації.

Крім того, гіпноз може допомогти клієнтам розслабитися та зменшити тривожність, що часто супроводжує ПТСР. Також в зміненому стані свідомості людина може легше приймати нові когнітивні установки, які допомагають змінити негативні переконання, пов'язані з травмою. За допомогою гіпнотерапії проводиться корекція інсомнії, підвищеного збудження, дисоціативних явищ, інших проявів ПТСР.

Є очевидною перспектива, що, завдяки впровадженню даних технологій в загальну практику в Україні, можливе покращення і прискорення результатів психотерапевтичного втручання при роботі з ПТСР.

Література

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121.
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edn. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. American Psychological Association. (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Washington, DC: American Psychological Association.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року N 2118 3 «Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю».
5. Laura E. Watkins, Kelsey R. Sprang, Barbara O. Rothbaum. Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. Volume 12 – 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
6. Post-traumatic stress disorder: update on diagnosis and treatment. *BJPsych Advances*, Volume 27, Special Issue 3: Stress and Resilience, May 2021, pp. 184 – 186, DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2021.13>

Срібна Оксана Володимирівна

*доцент, кандидат психологічних наук, практичний психолог
Обласного клінічного госпіталю ветеранів війни*

РОЛЬ РЕЗИЛІЄНСУ У ЗБЕРЕЖЕННІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В КРИЗОВИХ УМОВАХ

Постановка проблеми. В умовах війни особливого значення набуває вивчення механізмів психологічного захисту та стійкості (резилієнсу), які сприяють адаптації до екстремальних умов. Резилієнс є ключовим фактором у попередженні тривалих негативних наслідків для психічного здоров'я,

допомагаючи молоді ефективніше долати стресові ситуації та знижувати ризик розвитку психічних розладів. Формування дієвих підходів до психологічної підтримки та втручання відіграє важливу роль у психосоціальній реабілітації, спрямованій на покращення якості життя молодих людей, які зазнали впливу військових конфліктів.

Мета. Проаналізувати ефективності психологічних інтервенцій для зміцнення резилієнсу як захисного механізму впливу війни на психічне здоров'я молоді в Україні.

Аналіз актуальних наукових досліджень та публікацій. З початком повномасштабного вторгнення РФ в Україну психологи та психотерапевти, які раніше зосереджувалися переважно на роботі з мирними запитами, почали активно опановувати методи кризової та воєнної психології. Вони створювали ресурси для надання психологічної допомоги в соціальних мережах і месенджерах, розробляли програми підтримки та, особливо в перші місяці війни, постійно залишалися на зв'язку з тими, хто потребував допомоги.

У цей період у професійному середовищі фахівців психології постало питання про формування у населення навичок резилієнтності — здатності до психологічної стійкості. Резилієнтність розглядається як процес пошуку та розвитку внутрішніх ресурсів, які допомагають адаптуватися та ефективніше діяти в умовах кризи. Зазвичай її трактують як здатність психіки відновлюватися після несприятливих подій.

Ця характеристика пояснює, як окремі люди можуть вистояти, відновитися та навіть вирости психологічно після складних життєвих випробувань або катастроф. Резилієнтні особистості зазвичай мають такі риси:

- Стійке прийняття реальності без ілюзій;
- Міцна віра у сенс життя, підкріплена цінностями;
- Здатність до імпровізації в нових умовах.

На думку експертів, ці навички можна розвивати через спеціальні тренування, адже кожна людина здатна засвоїти стратегії, які допоможуть краще справлятися з кризовими ситуаціями та долати труднощі. [2; 4,с.26].

Варто зазначити, що питання резилієнтності молоді було предметом

дослідження таких українських науковців, як Е. Грішин [1], В. Єгорова [4], О. Односталко [5], Л. П'янківська [7] та О. Якимець [8]. Вони дійшли висновку, що здатність самостійно вирішувати життєві проблеми та визначати оптимальні шляхи їх розв'язання є одними з найважливіших характеристик молоді людини, яка прагне до самореалізації та постійного навчання.

Виклад основного матеріалу. У загальному сенсі резилієнтність визначається як здатність людини долати складні життєві обставини та швидко відновлюватися після них [2, с. 62]. Іншими словами, це усвідомлення серйозності ситуації, в якій опинилася людина, та водночас розуміння, що вихід із цієї ситуації існує, хоча для цього потрібні певні зусилля. Резилієнтність дозволяє людині дотримуватися обраної життєвої стратегії, навіть у випадках, коли на шляху виникають серйозні перешкоди.

Слід зазначити, що формування резилієнтності значною мірою залежить від особистісних характеристик і темпераменту. Деякі люди від природи мають здатність зберігати спокій у складних обставинах і раціонально вирішувати проблеми [8, с. 17].

Резилієнтність не є лише вродженою характеристикою – її можна розвивати та формувати. Це пояснюється здатністю людини швидко освоювати ті навички, які стають для неї критично важливими. На її формування впливають як особистісні риси, так і когнітивні та поведінкові аспекти, такі як пам'ять, мислення, зосередженість на процесі [3, с. 58-60].

До ключових чинників, які сприяють розвитку резилієнтності, належать: Реалістична оцінка власних можливостей; Комунікативні навички, які допомагають взаємодіяти з іншими; Чітке формулювання реалістичних планів на майбутнє; Здатність відстоювати власні позиції, навіть у складних ситуаціях; Наявність стійких життєвих цінностей, що визначають пріоритети та цілі; Підтримка надії на краще, яка мотивує до дій; Навички самостійного вирішення проблем без зовнішньої допомоги [12, с. 130-134].

Резилієнс — це динамічний і багатовимірний процес, який включає здатність людини адаптуватися до складних життєвих ситуацій та подолати наслідки стресу. Дослідження в цій галузі спрямовані на розуміння механізмів,

які забезпечують успішну адаптацію, та пошук відповідей на питання, чому деякі люди краще справляються з труднощами, ніж інші. У цьому контексті важливу роль відіграють нейробіологічні, гормональні та генетичні чинники. Інтегративний підхід, що поєднує біологічні аспекти з психосоціальними, дає змогу створити більш цілісну картину функціонування резилієнсу.

Співпраця між фахівцями різних дисциплін є ключовою для вдосконалення підходів до підтримки резилієнсу. Це дозволяє розробляти ефективні методи втручання, які допомагають людям справлятися зі стресовими ситуаціями та знижувати ризик розвитку психічних розладів.

Такий підхід розглядає резилієнс із трьох взаємопов'язаних перспектив: як здатність, процес і результат. У контексті геномних досліджень ці підходи дозволяють глибше зрозуміти, як генетичні особливості впливають на здатність до адаптації, а також ідентифікувати ключові захисні фактори, які сприяють резилієнтності. Це відкриває можливості для розробки індивідуальних втручань, спрямованих на підтримку психічного здоров'я навіть у складних і несприятливих умовах.[9]

У сучасних реаліях війна може затягуватися на тривалий час, а її наслідки часто мають довготривалий, навіть генераційний вплив. У зв'язку з цим увага має бути зосереджена не лише на індивідуальних, але й на суспільних аспектах психологічного здоров'я молоді. Вивчення ролі резилієнсу під час війни є основою для розробки програм, що сприяють збереженню психічного здоров'я молоді та їх адаптації до нових життєвих реалій. Досвід країн, які пережили збройні конфлікти, свідчить, що своєчасне психологічне втручання значно знижує рівень психопатологічних симптомів у постраждалих. Цей період життя є критичним для молоді, оскільки він визначає формування особистості та соціальних ролей. Недостатня психологічна підтримка може мати серйозні довготривалі наслідки для фізичного та психічного здоров'я, а також для соціальної інтеграції та професійної реалізації. Дослідження ефективності психологічних інтервенцій є важливим для розробки програм підтримки, які здатні запобігти виникненню серйозних психічних розладів та допомогти молоді інтегруватися в суспільство після завершення конфлікту [10,с.103].

Актуальні дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до психологічної реабілітації молоді, що включає не лише терапевтичну допомогу, а й психоосвітні програми, які сприяють розвитку навичок саморегуляції, емоційної гнучкості та стресостійкості. Тому важливо зосередитися не лише на індивідуальних терапевтичних сесіях, а й на значно ширшому наборі соціальних заходів, що сприяють зміцненню психічного здоров'я.

Висновки і перспективи дослідження. Результати дослідження підтверджують ефективність застосування таких інтервенцій в умовах кризи і підкреслюють важливість їх подальшої адаптації для різних соціальних груп. Подальші дослідження можуть зосередитися на вивченні тривалих наслідків психологічних втручань, а також на розширенні методів розвитку резилієнсу серед молоді, яка переживає тривалі стресові ситуації, зокрема під час війни. Необхідно розширити дослідження на інші категорії молоді, яка переживає наслідки війни, для оцінки довгострокової ефективності втручань та сприяння розвитку адаптаційних ресурсів в умовах кризових ситуацій.

Література

1. Грішин Е. Резилієнтність особистості: Сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди*. 2021. Вип. 64. С. 62–81.
2. Гусак Н. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс. Київ: НаУКМА, 2017. 92 с.
3. Єгорова В. Особливості життєстійкості студентів закладів вищої освіти в умовах дистанційного навчання. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2021. Вип. 15. С. 58–66.
4. Лазос Г. Резилієнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Вип. 14, С. 26–36.
5. Односталко О. Ресурси стійкості особистості в умовах складних та нетипових ситуацій життя: дис. кандидата психологічних наук. Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2020. 183с.
6. Прокоф'єва Л. Аналіз феномену «резилієнтність»: вивчення та

перспективи. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи*. 2021. Вип. 2. С. 122–127.

7. П'янківська Л. Особливості прояву резильєнтності у студентів в умовах воєнного часу. *Перспективи та інновації науки*. 2023. Вип. 10. С. 623–633.

8. Якимець О. Побудова резильєнтності учнів та студентів під час навчального процесу. *Реалізація освітніх ініціатив в умовах воєнного часу: вітчизняний та зарубіжний досвід*. 2022. Вип. 1. С. 17–27.

9. Як плекати у собі резильєнтність та чому це важливо? URL: <https://fizis.net/psychologichna-gramotnist/iak-plekaty-u-sobi-rezylientnist-ta-chomu-tse-vazhlyvo/>

10. Assonov D. Correlates and predictors of resilience in veterans with persistent traumatic brain injury symptoms. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2022. №31(3), P.103-113.

11. Smeeth D., Beck S., Karam E. G., Pluess M. The role of epigenetics in psychological resilience. *The lancet. Psychiatry*, 2021. 8(7), P.620–629.

12. Oviedo L., Seryczyńska B., Torralba J., Roszak P., Del Angel J., Vyshynska O., Muzychu I., & Churpita, S. Coping and Resilience Strategies among Ukraine War Refugees. *International journal of environmental research and public health*, 2022. № 19 (20), P.130-134.

Унгурян Наталя Василівна

*здобувачка кафедри практичної психології та соціальної роботи
Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОГНІТИВНОГО ДИСОНАНСУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛА

Особливості дисгармонії у професійній діяльності лікарів є предметом інтересу наукової спільноти. Значну увагу дослідники приділяють особливостям прояву криз у процесі адаптації до роботи та активної самореалізації. Характерною особливістю трудової діяльності даної категорії

медичних працівників є те, що вона здійснюється в умовах постійного стресу (Л.М. Карамушка, С.М. Москалець та ін.).

Вони ухвалюють важливі рішення, які стосуються здоров'я пацієнтів та переживання особистісного конфлікту внаслідок цього є подвійним тиском та потребує особистісних передумов для запобігання негативному впливу цього чинника. Такі передумови можна розглядати як формування моральної культури лікаря (як основи професіоналізму) (Л. М. Карамушка, І. Харді).

Професійна діяльність медичних працівників неминуче пов'язана з емоційними та моральними перевантаженнями. На цій основі виникають так звані професійні деформації особистості, такі як «емоційне вигорання» та адиктивна поведінка у вигляді залежності від роботи, надзвичайних ситуацій та зловживання психоактивними речовинами. Подібне зловживання є психологічним підґрунтям для розвитку різних психосоматичних і неврологічних розладів, а також алкоголізму.

Крім згубного впливу на здоров'я, ці процеси призводять до професійної дезадаптації та порушення функціонування. Розгубленість і втрата цінностей, притаманні сучасному суспільству: відсутність гуманного виховання майбутніх лікарів, нехтування правами людини та її гідністю з боку соціальних інститутів, які мають слугувати моральним прикладом, призводить до формування об'єктивного ставлення до пацієнтів, людського життя та власної долі (В.Є. Когана, Н.В. Яковлева, М.І. Жукова, Л.І. Вассермана, Б.Б. Вознесенського).

Незважаючи на значні теоретичні та практичні розробки в галузі загальної, медичної та професійної психології, присвячені проблемам взаємовідносин лікаря і пацієнта (Л.Ф. Бурлачук, І.Е. Вольперт, В.М. Николаєнко та ін.), а також детальні дослідження особливостей професійної діяльності медичних працівників (І.С. Вітенко, М.М. Кабанов та ін.), а також дослідження, присвячені особистісній сфері лікарів.

По-перше, вплив власних психологічних і когнітивних характеристик лікаря на розв'язання ним власних особистісних конфліктів і використання стратегій самоопанування для подолання стану когнітивного дисонансу. Також

недостатньо розкрито особливості процесу формування та розвитку «конфліктної культури» лікаря-фахівця, яка ґрунтується на ціннісних життєвих настановах і розвинених психотерапевтичних уміннях та навичках, що може призвести до небажаних особистісних і професійних деформацій лікаря.

Вивчення цієї проблеми є актуальним у зв'язку із сучасними вимогами до лікарів, що включають не тільки високий ступінь професійної майстерності, а й моральність, відповідальність за наслідки рішень, ухвалюваних в інтересах здоров'я людей. У контексті цієї проблеми особливого значення набувають когнітивний дисонанс, механізми психологічного захисту і стратегії самоопанування як чинники професійної самореалізації лікарів.

Фалько Наталя Миколаївна
*кандидат психологічних наук, доцент,
ректор Мелітопольського державного педагогічного університету
імені Богдана Хмельницького, м. Запоріжжя*

ГАРМОНІЗАЦІЯ ЖИТТЄВОГО ПРОСТОРУ МОЛОДІ ТА ЇЇ ЖИТТЄВИЙ ВИБІР

Про вибір на рівні життєвого контексту можна говорити у тих випадках, коли реалізований молоді людиною акт вибору здійснюється у межах певного життєвого простору й у зв'язку з певним соціальним контекстом, а також обумовлює напрям життєвого шляху молоді людини на певний період часу [1-4].

Проведене дослідження було присвячене розгляду життєвого вибору як можливості зміни молоді свого життєвого простору. Розглянуто проблему вибору, а також поняття життєвого вибору, під яким розуміється важливий переломний момент життєвого шляху особистості, що полягає у здійсненні нею активної творчої діяльності з перетворення життєвої ситуації, що склалася, у перевазі однієї з низки наявних альтернатив на основі властивої системи цінностей.

При вивченні життєвого вибору важливим є опис як самої життєвої ситуації, соціального контексту і особистісних характеристик суб'єкта вибору. Реалізуючи той чи інший життєвий вибір, сприймаючи і визначаючи для себе

конкретну життєву ситуацію, в якій молода юдина існує, віддаючи перевагу одній з альтернатив, людина тим самим вибудовує свій життєвий простір.

Також проведене дослідження було присвячене вивченню ситуаційних та особистісних факторів життєвого вибору молодих людей у ситуації ухвалення рішення про необхідність внутрішньої міграції в умовах сучасних соціогенних викликів. Наведено опис життєвої ситуації молодої людини, обставини якої призводять її до здійснення життєвого вибору, пов'язаного з необхідністю внутрішньої міграції (соціальне оточення, навчальна діяльність, міське середовище, привабливість іншого міста, що розглядається як простір можливостей).

Встановлено, що молоді люди, які роблять якісно різний вибір, по-різному сприймають ситуацію переїзду. Молодими людьми, які здійснили внутрішню міграцію, ситуація переїзду розглядається як ресурсна, молодими людьми, які залишилися в рідному місті, переїзд «визначається» як ситуація ризику, пов'язана з високим рівнем тривоги та негативними емоціями.

Молоді люди, які обрали внутрішню міграцію, демонструють вищий рівень життєстійкості, толерантності до невизначеності, особистісної автономії, задоволеності та осмислення життя, ніж молоді люди, що залишилися у рідному місті. Для молодих людей, що переїхали, більш значущими є цінності відкритості до змін; менш значущими – цінності консерватизму.

Таким чином, одна і та ж життєва ситуація, що має певний набір об'єктивних характеристик, може по-різному сприйматися різними людьми, що може призводити до вибору різних стратегій поведінки в залежності від того, як самі люди «визначають» об'єктивно існуючу ситуацію, пропускаючи її через свій суб'єктивний внутрішній світ.

Для одних молодих людей невизначена життєва ситуація, що вимагає прийняття рішення, може бути пов'язаною з диференціацією життєвого простору та розширенням часової перспективи, що призведе до вибору майбутнього. Для інших ця ситуація може бути пов'язана з негативними переживаннями, ризиком і бажанням зберегти життєвий контекст без змін, що обумовлює вибір незмінності.

Отже, у дослідженні було встановлено, що молоді люди, які роблять якісно різний вибір, по-різному сприймають саму ситуацію внутрішньої міграції, по-різному її визначають. Молодими людьми, які здійснили переїзд, сама ця ситуація розглядається як ресурсна, що містить у собі широкий діапазон можливостей та перспектив розвитку, молодими людьми, що залишилися в рідному місті, переїзд визначається як ситуація ризику, пов'язана з високим рівнем тривоги та негативними переживаннями. Іншими словами, молоді люди, які роблять вибір, характеризуються позитивним ставленням до невизначеності, а молоді люди, які віддають перевагу незмінності, пов'язують її з широким спектром негативних емоцій.

У ході дослідження за низкою психологічних змінних були виявлені також відмінності між молодими людьми, які реалізували вибір нового, та молодими людьми, які вибрали звичне. З'ясовано, що молоді люди, які обрали переїзд, демонструють вищий рівень життєстійкості, толерантності до невизначеності, особистісної автономії, задоволеності та осмислення життя, ніж молоді люди, що залишилися в рідному місті. Для молодих людей, які переїхали, більш значущими є цінності відкритості до змін; менш значущими – цінності консерватизму.

Таким чином, ґрунтуючись на теоретичному аналізі літератури та отриманих результатах дослідження, можна зробити висновок, що одна життєва ситуація, яка володіє певним набором об'єктивних характеристик, може по-різному сприйматися різними людьми, що може призводити до вибору ними різних стратегій поведінки залежно від того, як вони самі «визначають» існуючу ситуацію, пропускаючи її через свій суб'єктивний внутрішній світ. Для одних молодих людей невизначена життєва ситуація, що вимагає прийняття рішення, може бути пов'язана з пошуком прихованих у ній можливостей, розширенням меж можливостей, диференціацією життєвого простору та розширенням часової перспективи, що у результаті призведе до вибору майбутнього. Для інших ця ситуація може бути тісно пов'язана з негативними переживаннями, великим ступенем ризику, страхом і бажанням зберегти життєвий контекст без змін, що обумовлює вибір молодими людьми незмінності.

Література

1. Моргун В.Ф., Тітов І.Г. Основи психологічної діагностики. К.: Видавничий Дім «Слово», 2012. 464 с.
2. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. № 14 (1).С. 242-252.
3. Осьодло В., Будагьянц Л. Трансформація потреб та мотивації людини інформаційного суспільства. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. С. 89-97.
4. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. 540 с.

Шаумян Олена Геворківна
*кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології та соціальної роботи,*
Калабанова Дар'я Андріївна
*здобувачка спеціальності 053 Психологія
Центральноукраїнський державний університет
імені Володимира Винниченка*

ВПЛИВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ НА ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ: КЛЮЧОВІ АКЦЕНТИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗАСОБАМИ ГІПНОТЕРАПІЇ

Постановка проблеми. На вивченні впливу війни в Україні на дітей підліткового віку з деокупованих територій у розрізі емоційного стану та ціннісних пріоритетів та надання психологічної допомоги засобами гіпнотерапії акцентується все більше уваги в сучасних наукових дослідженнях. Процеси зміни емоційного стану та ціннісних пріоритетів дітей підліткового віку під час повномасштабної війни в Україні для особистості, яка формується, дорослішає, навчається, намагається знайти своє місце у соціумі, є невід'ємними і складними. Що є вагомою складовою особистості.

Мета – дослідити вплив війни в Україні на дітей підліткового віку у розрізі емоційного стану і ціннісних пріоритетів та організації психологічної

допомоги засобами гіпнотерапії

Аналіз актуальних наукових досліджень та публікацій. Дослідженню проблематики емоційного стану та ціннісних пріоритетів дітей підліткового віку у розрізі емоційного стану та ціннісних пріоритетів засобами гіпнотерапії присвячено наукові розвідки багатьох вітчизняних та зарубіжних дослідників, серед яких А. Бек, А. Галичанська, Є. Гейко, Н. Дензін, В. Зунг, Р. Епштейн, Г. Костюк, Ф. Клакхон, В. Макдугал, Ф. Стродбек, Дж. Таусенд, Дж. Хіллман, С. Хобфолл, Н. Холл, Ш. Шварц, К. Шерер та інші.

Виклад основного матеріалу. Емпіричне дослідження щодо особливостей впливу війни в Україні на дітей підліткового віку було здійснено восени 2024 року. І є наступною частиною здійснюваного раніше та репрезентованого у журналі № 1(35), 2024 «Перспективи та інновації науки» [3, с. 705–709].

У ньому взяли участь 304 респонденти віком від 14 до 19 років. Серед них 197 жінок, 107 чоловіків. У нашому дослідженні респондентами були учні та студенти Херсона та Херсонської області, Донецька та Донецької області, Луганська та Луганської області, Київської області.

Нами було проведено опитування:

Розроблено таке анкетне опитування:

1. Ви були окуповані?
2. Скільки часу Ви провели під окупацією?
3. Чи виїжджали Ви?
4. Загалом Ви перебуваєте у пригніченому стані, спокійному стані чи піднесеному стані?
5. Чи з'явилися у Вас нові страхи впродовж війни? Якщо так, то з чим вони пов'язані?
6. Чи відчували Ви з початку війни щастя?

Результати відповідей респондентів на перше питання «Ви були окуповані?» зафіксовано усі «так». На друге питання «Скільки часу Ви провели під окупацією?» опитані відповіли від кількох днів до восьми років перебували під окупацією.

На третє питання «Чи виїжджали Ви?» виявлено, що 70% досліджуваних вимушені були виїхати через небезпечну обстановку (вибухи, страхи, щоденні обстріли тощо). 30% залишилися вдома через різні обставини (важко залишати домівку, лежачі родичі, вдома краще тощо).

На четверте питання «Загалом Ви перебуваєте у пригніченому стані, спокійному стані чи піднесеному стані?» результати такі: 55% – у пригніченому стані, 40 % – у спокійному стані, 5 % – у піднесеному стані. В опитаних, які знаходяться у пригніченому стані є реальні втрати, спостерігаються сумніви та нові страхи. А у спокійному стані перебувають ті, що вірять в перемогу, в розбудову країни, що старі радянські будинки замінять нові сучасні будинки, що треба жити далі й не розкисати тощо. Респонденти, які знаходяться у піднесеному стані відчувають, що відкрилося «друге дихання» за С. Хобфоллом [4, с. 46–74], надто дієві – кожного дня щось заробляють в інтернеті і донатять хоча б по 50 або 100 гривень, регулярно здають донорську кров), плетуть маскувальні сітки тощо.

Результати відповідей на п'яте запитання «Чи з'явилися у Вас нові страхи впродовж війни? Якщо так, то з чим вони пов'язані?» зафіксовано наступне: у 80% є наявними нові страхи, а у 20% – відсутніми. Було зазначено таку появу нових страхів: страх невизначеності; страх смерті; переживання за рідних, близьких та українців загалом; страх спілкування з незнайомими людьми, бо не розумієш «хто насправді є хто»; звуки літака; страх через відсутність права вільного вибору та звільнення від банальних потреб такі, як вода, світло; страшно вимовити свої думки в голос; страх, що все знову повернеться у період окупації; починається паніка, коли зникає світло, пропадає зв'язок; неможливість жити повноцінним життям та радіти як це було до початку війни; страх того, що мені можуть в будь який момент завдати шкоди за проукраїнську позицію; страх того, що можуть закінчитись продукти; страх гучних звуків тощо.

Відповіді на останнє запитання «Чи відчували Ви з початку війни щастя?» було надано такі: 40% відчували щастя з початку війни (радість спілкування з батьками, отримання заспокоєння після розмов, особливо у

дівчат; цікаво вчитися; бажання стати психологом; коли, щось вдається; подарунки на свята тощо), 60% не відчували щастя з початку війни (важко відчувати щастя, коли кожного дня помирають люди; щоденні переживання за батька (брата) на передовій; смерть близької людини; хочеться побачити батьків й жити разом – батько в окупації, мама за кордоном після полону; батьки загинули на початку повномасштабної війни тощо).

Висновки і перспективи дослідження. Війна в Україні виявляє значний вплив на формування дітей підліткового віку у розрізі емоційного стану та ціннісних пріоритетів. Переважна кількість підлітків має пригнічений стан, хоча намагаються ззовні виявляти спокійний стан. В учнів та студентів (особливо віком 14-15 років) емоційний стан є більш загостреним.

Емоції, які спровоковані внутрішніми переживаннями, наприклад, страхи, страждання, сумніви, змінами переконань тощо. Вважаємо, що для подолання негативного емоційного стану доцільно застосовувати засоби гіпнотерапії.

Результати опитування щодо ціннісних пріоритетів такі: коригування у процесі їх формування в підростаючих особистостей, які перебувають на стадії становлення; що робити, щоб не соромно було перед собою; що є дійсно потрібним; обіцянки не плакати; власні «заборони на посмішку», бо гинуть люди щодня тощо. Засоби гіпнотерапії можуть допомогти досягти сприятливого результату.

Отже, дослідження проблематики щодо вивченні особливостей впливу війни в Україні на дітей підліткового віку засобами гіпнотерапії потребує подальших наукових розвідок.

Література

1. Гейко Є. В. Соціально-психологічні особливості формування цілісності особистості засобами гіпнотерапії. *Матеріали XVI Всеукраїнської науково-практичної веб-конференції (з міжнародною участю) «Соціально-психологічні проблеми трансформації сучасного суспільства» (12 листопада 2021 р.)*. Сєверодонецьк, 2021. С. 80–82.

2. Савелюк Н. М. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. *Психологія: реальність і перспективи*. 2022. № 18,

С. 141–152.

3. Шаумян О.Г., Музика О.Ю. Вплив війни на жителів деокупованих територій України: зміни емоційного стану та ціннісних пріоритетів. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2024. №1(35). С. 702–714. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1\(35\)-702-714](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-1(35)-702-714)

4. Hobfoll S. E. Social Support: Will you be there when I need you? In N. Vanzetti and S. Duck (Eds.). *A lifetime of relationships*. California: Brooks / Cole Publishing Co, 1996. p. 46–74.

Штаманетян Д.О.
спеціальність 053 Психологія, 4 курс, факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту, Хмельницький національний університет
Науковий керівник: Міхеєва Л.В.
кандидат педагогічних наук, доцент

РОЛЬ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВИТРИВАЛОСТІ У СТАНОВЛЕННІ СПОРТИВНОГО ЛІДЕРА

Постановка проблеми. Сучасний спорт висуває високі вимоги до особистості спортсмена, особливо до його психологічної підготовки. Окрім фізичних навантажень, спортсмену доводиться долати значний психологічний тиск, що вимагає високого рівня стресостійкості та психологічної витривалості. Саме ці характеристики є визначальними для успішного лідерства в спортивній діяльності. Спортивний лідер має не лише забезпечувати власний результат, а й впливати на команду, мотивувати її до досягнення спільних цілей. Відтак, важливим є розуміння механізмів розвитку стресостійкості та психологічної витривалості у майбутніх фахівців сфери фізичної культури та спорту.

Метою статті є аналіз значущості стресостійкості та психологічної витривалості у формуванні спортивного лідера, а також виявлення психологічних чинників, що впливають на їх розвиток.

Аналіз актуальних наукових досліджень та публікацій. Проблема психологічної стійкості спортсменів широко висвітлена в працях таких дослідників, як Р. Лазарус, який вивчав стрес і механізми адаптації до нього, та

Г. Сельє, що розробив концепцію стресу. Вітчизняні та зарубіжні вчені (С. Гончаров, О. Скрипка, J. Hardy, R. Weinberg) аналізують питання психологічної витривалості спортсменів та її вплив на їхню ефективність. Встановлено, що психологічна витривалість є ключовим фактором, що сприяє стабільності результатів, адаптації до змінних умов змагань та здатності приймати ефективні рішення в стресових ситуаціях.

Виклад основного матеріалу. Багато спортсменів щосили намагаються впоратися зі стресом і тривогою, які виникають разом із великими навантаженнями під час тренувань, вимогами їх виду спорту, а також під тиском родини та друзів [2]. Стресостійкість є ключовою характеристикою особистості, що дозволяє ефективно функціонувати навіть за умов підвищеного психоемоційного навантаження. О. Чусова визначає стресостійкість у руслі інтегративного підходу як структурно-функціональну, динамічну властивість особистості, що являє собою адаптаційний потенціал ефективного саморозвитку в екстремальних життєвих умовах, реалізується в здатності людини керувати власними ресурсами під час стресу, протистояти впливу стресорів і пристосовуватися до стресогенної ситуації [4]. С. Федорчук і О. Лисенко зазначають, що стресостійкість є одним з основних критеріїв фізичного та психічного здоров'я [3; 5]. Вона допомагає підтримувати високу ефективність у складних ситуаціях, знижує вплив негативних емоцій та дозволяє приймати оптимальні рішення під тиском.

Аналіз наукової літератури дозволив визначити основні компоненти стресостійкості, а саме: самоконтроль – здатність управляти власними емоціями, поведінкою та реакціями в критичних ситуаціях; емоційна регуляція – вміння контролювати негативні емоції та швидко повертати психоемоційний баланс після стресу; адаптивність – гнучкість у зміні поведінкових стратегій залежно від нових умов і вимог; когнітивна гнучкість – здатність швидко переключатися між різними стратегіями поведінки, аналізувати ситуацію та знаходити ефективні шляхи розв'язання проблем.

Важливу роль у розвитку лідерських якостей спортсменів відіграє психологічна витривалість. Вітчизняний дослідник В. Климчук зазначає, що

психологічна стійкість (resilience) – це процес доброї адаптації при зіткненні із життєвими складнощами, травмою, трагедією, небезпеками чи значним стресом [1]. Під психологічною витривалістю ми розуміємо здатність спортсмена зберігати концентрацію, мотивацію та внутрішню рівновагу протягом тривалого часу. Вона дозволяє долати втому, стрес і навантаження, зберігаючи високу продуктивність.

Ключові компоненти психологічної витривалості є: фокус уваги – здатність концентруватися на завданні, ігноруючи відволікаючі фактори; емоційна стабільність – контроль над емоціями у відповідальних моментах (змагання, критичні ситуації); психологічна гнучкість – вміння адаптуватися до непередбачуваних обставин, змінювати тактику та швидко приймати рішення; мотиваційна сталість – здатність зберігати високий рівень мотивації навіть після невдач чи тривалих навантажень.

Формування цих якостей залежить від ряду психологічних, фізичних та соціальних чинників, а саме:

1. Мотивація та саморегуляція: висока внутрішня мотивація сприяє подоланню труднощів, підтримує стійкість до стресу та дозволяє зберігати фокус на досягненні цілей, а розвиток навичок саморегуляції (керування власним емоційним станом, використання самонавіювання) підвищує адаптаційні можливості спортсмена.

2. Когнітивні стратегії подолання стресу передбачають: позитивне мислення – заміна негативних установок на конструктивні («Я впораюсь», «Це новий виклик»); самонавіювання – використання внутрішніх переконань для мобілізації сил («Я сильний», «Я готовий до цієї ситуації»); рефлексія – аналіз власних емоцій і поведінки для виявлення сильних і слабких сторін та їх подальшої корекції.

3. Соціальна підтримка включає: наявність підтримки з боку тренера, команди, спортивного психолога, яка допомагає спортсмену почуватися впевненіше та стабільніше; згуртований колектив, що сприяє психологічному комфорту, створюючи безпечне середовище для розвитку лідерських якостей.

4. Фізична підготовка та рівень тренуваності: високий рівень фізичної

підготовки позитивно впливає на психологічний стан спортсмена, сприяє загальній витривалості та покращує стійкість до стресу; регулярні тренування підсилюють здатність до адаптації, формують дисципліну та відповідальність.

Розвиток цих характеристик можливий завдяки системній роботі над психологічними та фізичними аспектами підготовки спортсменів. До них можна віднести:

- навчання методам емоційної регуляції, релаксації, візуалізації успіху допомагає спортсменам зменшувати рівень стресу та мобілізувати свої ресурси;
- тренінги з розвитку впевненості та командної взаємодії покращують комунікативні навички та зміцнюють психологічну стабільність;
- дихальні вправи (глибоке дихання, методика «4-7-8») допомагають зменшити рівень тривожності та нормалізувати серцевий ритм;
- прогресивна м'язова релаксація (методика Джекобсона) сприяє розслабленню та відновленню після напружених тренувань;
- візуалізація успіху – використання уяви для створення позитивних сценаріїв майбутніх змагань або виступів;
- робота спортивного психолога у формуванні стресостійкості та психологічної витривалості є невід'ємною частиною підготовки спортсменів;
- використання індивідуальних консультацій, аналізу поведінкових стратегій та корекційних методів сприяє розвитку емоційної стабільності.

Висновки і перспективи дослідження. Таким чином, стресостійкість та психологічна витривалість є невід'ємними складовими становлення спортивного лідера. Вони визначають його здатність ефективно керувати собою та командою, приймати рішення в екстремальних ситуаціях і досягати високих результатів. Формування цих характеристик відбувається через систему психологічної підготовки, соціальної підтримки, фізичних тренувань та навчання методам управління стресом.

Подальші дослідження можуть бути зосереджені на розробці програм психотренінгу для спортсменів, спрямованих на розвиток стресостійкості та психологічної витривалості, а також на вивченні взаємозв'язку між психологічними характеристиками та успішністю спортивного лідерства.

Література

1. Готич В. О. Resiliens, hardiness, психологічна стійкість, життєстійкість: порівняльний аналіз понять у соціально-психологічних дослідженнях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія : Психологія. Том 34 (73). № 3. 2023. С. 7-12.
2. Кулаков Б., Коротя В., Совгиря Т. Стрес і стресостійкість спортсменів. *Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини : досвід, проблеми, перспективи (у циклі Анохінських читань)* : матеріали ІХ Всеукраїнської науково-практичної онлайн конференції (10 грудня, 2021 р., Київ). 2021. С. 216-219.
3. Федорчук С., Лисенко О. Стратегії подолання стресу у кваліфікованих спортсменів-веслувальників. *Спортивна наука та здоров'я людини*, № 2. 2019. С. 63-67.
4. Чусова О. М. Емпіричне дослідження стресостійкості алтиматистів. *Ментальне здоров'я*, № 1. 2024. С. 79-86.
5. Шишин А., Пономаренко Т. Психологічні особливості стресостійкості особистості в умовах невизначеності. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2023. Випуск 16. С. 64-71.