

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра психології та соціальної роботи

МАЙОР Людмила Володимирівна

Вплив екстремальних життєвих обставин на психологічну стійкість психологів / The influence of extreme life circumstances on the psychologists' psychological stability

спеціальність: 053 – Психологія
освітньо-професійна програма – Психологія

Магістерська робота

Виконала студентка групи ПСмз-11

Л. В. Майор

Науковий керівник:

к. пс. н., О. А. Притула

ТЕРНОПІЛЬ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ	6
1.1. Поняття психологічної стійкості у сучасній психологічній науці.....	6
1.2. Екстремальні життєві обставини як чинник впливу на особистість.....	10
1.3. Особливості професійної діяльності психолога в умовах криз та екстремальних ситуацій.....	18
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИН НА ПСИХОЛОГІЧНУ СТІЙКІСТЬ ПСИХОЛОГІВ	25
2.1. Організація дослідження та процедура проведення.....	25
2.2. Методи та психодіагностичні інструменти.....	28
2.3. Аналіз результатів дослідження психологічної стійкості психологів. ...	32
Висновки до другого розділу.....	38
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ПСИХОЛОГІВ	41
3.1. Теоретичні засади програми психологічної підтримки.....	41
3.2. Індивідуальні та групові форми роботи.....	44
3.3. Техніки саморегуляції та стрес-менеджменту для розвитку психологічної стійкості у психологів.....	48
3.4. Рекомендації щодо практичного використання програми.....	50
Висновки до третього розділу.....	52
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	56
ДОДАТКИ	61

ВСТУП

Актуальність дослідження. В умовах тривалої воєнної агресії проти України психологи стикаються з професійними викликами, працюючи з горем, втратами з родинами загиблих та постраждалими від бойових дій. Екстремальні життєві обставини, постійний контакт з травматичним матеріалом, емоційне навантаження та власний досвід кризових ситуацій створюють серйозні ризики для психологічного благополуччя самих фахівців. Питання збереження та розвитку психологічної стійкості психологів набуває важливого значення для ефективності їхньої професійної діяльності.

Проблематика психологічної стійкості фахівців допомагаючих професій досліджувалася у багатьох працях науковців. Теоретичні основи резильєнтності розроблялися Гансом Сальє [26, с. 35], Емі Вернер, Сальваторе Мадді [26, с. 35] які визначили ключові захисні фактори та механізми адаптації в умовах стресу. Питання професійної стійкості психологів вивчали А. Мастен, Т. Титаренко, [28, с. 22] Л. Карамушка [10, с. 30]. Феномен вторинної травматизації та емоційного виснаження досліджували С. Figley, L. Pearlman, B. Stamm [43, с. 156]. Специфіку роботи з травмою та її вплив на спеціалістів аналізували Дж. Герман, О. Кокун [12, с. 20]. А.В. Фурман розробив вітакультурну методологію як інноваційну парадигму психологічного пізнання [29, с. 49]. Водночас є потреба в комплексних дослідженнях, присвячених вивченню впливу екстремальних життєвих обставин (воєнного контексту) на психологічну стійкість українських психологів та ефективності цілеспрямованих інтервенцій для її підвищення.

Мета дослідження - визначити рівень психологічної стійкості психологів, які працюють в умовах екстремальних життєвих обставин, дослідити взаємозв'язки між резильєнтністю, тривогою та депресивною симптоматикою.

Завдання дослідження:

1. Визначити структурні компоненти психологічної стійкості психологів, які працюють із травмою.
2. Дослідити рівень резильєнтності, тривожності та депресивної симптоматики у психологів, які працюють із родинами загиблих військових.
3. Розробити та випробувати комплексну програму розвитку психологічної стійкості психологів.

Об'єктом дослідження - психологи, які ведуть свою професійну діяльність з клієнтами в складних життєвих ситуаціях.

Предмет дослідження - психологічна стійкості фахівців під впливом екстремальних життєвих обставин.

Методи дослідження: аналіз наукової літератури, теоретичний аналіз та синтез отриманої інформації, узагальнення та систематика. Також, були використані емпіричні методи дослідження, а саме: опитування і заняття.

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукового обґрунтування психологічної стійкості фахівців допомагаючих професій та розуміння взаємозв'язку між психологічною стійкістю та емоційними станами (тривожністю, депресією).

Практична значущість полягає у можливості застосування результатів дослідження для розробки та впровадження програм психологічної підтримки фахівців, які працюють в екстремальних умовах.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у комплексному емпіричному дослідженні впливу екстремальних життєвих обставин воєнного часу на психологічну стійкість українських психологів, що працюють із родинами загиблих військових. Також, визначено взаємозв'язки між показниками резильєнтності, тривожності та депресивної симптоматики у даній категорії фахівців.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Результати наукового дослідження були представлені на конференціях, а саме:

1. Тези на тему «Психологічний супровід і стратегії відновлення волонтерів після гуманітарних місій» (Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Роль особистісних ресурсів у формуванні психологічної стійкості у психологів», ЗУНУ, Україна, Тернопіль, 1-2 листопада 2025 року);
2. Тези на тему «Психологічний супровід і стратегії відновлення волонтерів після гуманітарних місій» (Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Фактори, що сприяють збереженню психологічної стійкості у психологів в умовах екстремальних обставин», ЗУНУ, Україна, Тернопіль, 1-2 листопада 2025 року);

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків. Загальний обсяг роботи становить 66 сторінок. Основний зміст викладено на 46 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Поняття психологічної стійкості у сучасній психологічній науці

Психологічна стійкість особистості є одним із найважливіших аспектів сучасної психологічної науки, особливо в контексті зростаючих соціальних викликів, кризових ситуацій та екстремальних обставин. Актуальність дослідження психологічної стійкості особливо зросла в умовах військових дій в Україні, що породжує необхідність глибокого аналізу даного феномену, особливо серед психологів які працюють в цих умовах.

Концептуальні основи психологічної стійкості були закладені в роботах класиків психологічної науки. Ганс Сельє у своїх дослідженнях стресу та загального адаптаційного синдрому заклав фундамент для розуміння механізмів психологічного опору несприятливим впливам [26, с. 45-78]. Його концепція стадій адаптації (тривога, опір, виснаження) стала основою для подальших досліджень стійкості особистості.

Історичний розвиток концепції. Поняття «психологічна стійкість» стало популярним у 1970-х та 1980-х роках, коли психолог Емі Вернер провела сорокарічне дослідження групи гавайських дітей з низьких соціально-економічних верств населення. Це дослідження лягло в основу наукового розуміння стійкості як психологічного феномену [42, с. 535]. У ранніх дослідженнях стійкість розглядається переважно як статична риса особистості - вроджена, що характеризує певних людей. Однак сучасні теоретичні підходи підкреслюють динамічний характер стійкості та розглядають її як процес позитивної адаптації до несприятливих ситуацій [48, с. 185].

Суттєвий внесок у розвиток теорії психологічної стійкості зробив Сальваторе Мадді, який розробив концепцію життестійкості (*hardiness*) як інтегральної характеристики особистості, що включає три компоненти: залученість (*commitment*), контроль (*control*) та прийняття виклику (*challenge*)

[22, с. 89-115]. Ця модель стала однією з найвпливовіших у сучасній психології стійкості.

Анна Мастен у своїх дослідженнях резильєнтності підкреслює, що психологічна стійкість не є рідкісною якістю, а представляє собою "звичайну магію" - результат роботи базових адаптивних систем людини [34, с. 227-238]. Цей підхід змістив акцент з розгляду стійкості як виняткової здібності на розуміння її як природної властивості людської психіки.

Сучасні підходи до визначення психологічної стійкості.

У сучасній психологічній науці існує кілька підходів до визначення психологічної стійкості:

1. Стійкість - як риса особистості. Цей підхід розглядає стійкість як відносно стабільну, включаючи: високу самооцінку, саморегуляцію та позитивний світогляд [36, с. 115].

2. В останні роки склалося розуміння того, що стійкість – це динамічний процес успішної адаптації до несприятливих обставин. Цей підхід наголошує на взаємодії між різними системами від біологічного рівня до соціально-структурного [38, с. 119].

3. Мультисистемний підхід. Стійкість розглядається як результат складної взаємодії між індивідуальними, соціальними та контекстуальними факторами [41, с. 12].

Дослідження 2024 року, яке охопило 50 досліджень з вибіркою від 360 до 65 818 учасників, показало, що вищий дохід, кращий соціально-економічний статус, сприйнята соціальна підтримка та психологічна гнучкість пов'язані з більш стійкими реакціями на стресові фактори [39, с. 606]. Українські дослідники зробили вагомий внесок у розроблення теоретичних засад та прикладних аспектів психологічної стійкості, що набуває особливої актуальності в умовах воєнного стану. Л.М. Карамушка у своїх роботах представила комплексний підхід до психологічної стійкості персоналу організацій [10, с. 5]. Дослідниця розглядає стійкість як інтегральну характеристику особистості, здатної долати труднощі

професійної діяльності, підтримувати працездатність та зберігати психологічне здоров'я. У межах цього підходу виокремлено структурні компоненти стійкості: когнітивно-емоційний, рефлексивно-особистісний та операційно-функціональний компоненти [6, с. 89]. Також визначила чинники її розвитку, що створює методологічне підґрунтя для емпіричних досліджень у контексті організацій.

У монографії, присвяченій життєстійкості особистості, Титаренко запропонувала розуміння цього феномену як здатності людини зберігати конструктивну життєву позицію та оптимальний рівень активності за умов впливу травматичних подій [12, с. 67]. Авторка розробила багаторівневу модель життєстійкості, що охоплює біологічний, психологічний, соціальний і духовний рівні функціонування особистості [29, с. 124]. Така інтегративна модель дозволяє комплексно аналізувати механізми збереження психологічного благополуччя в екстремальних обставинах.

Систематизацію сучасних концептуальних підходів зробила Бондаровська, виокремивши діяльнісний, особистісний, соціально-психологічний та інтегративний підходи до вивчення психологічної стійкості [3, с. 35–38]. Вона наголошує на важливості врахування соціокультурних особливостей українського суспільства, зокрема специфіки ментальності та досвіду переживання криз, що є критично важливим для розуміння національної специфіки прояву стійкості.

З позицій генезису особистості С.Д. Максименко трактує психологічну стійкість як результат процесів самоактуалізації й самореалізації, що формуються упродовж онтогенезу [18, с. 63]. У межах розробленої ним генетичної психології стійкість розглядається як закономірність розвитку психічних явищ, що забезпечує адаптивність і внутрішню цілісність особистості на різних етапах життєвого шляху.

Серед сучасних українських дослідників важливе місце займають роботи, що описують психологічну стійкість як системне та багатовимірне утворення. О. Апанович визначає психологічну стійкість як відкриту

систему, що складається зі структурних і функціональних компонентів [11, с. 56]. У межах цієї системи виділяють стресостійкість, психологічну безпеку, культуру та стабільність у взаємодії. Важливим положенням його концепції є ідея про поетапне формування: стресостійкість формується у дитячому віці, тоді як психологічна стійкість як цілісне утворення - у підлітковому періоді [11, с. 118].

Особливе місце у методологічному обґрунтуванні досліджень психологічної стійкості посідають праці представників Тернопільської школи психології. А.В. Фурман розробив вітакультурну методологію як інноваційну парадигму психологічного пізнання, що розглядає психологічні феномени крізь призму культуротворчої життєдіяльності особистості. У межах цього підходу психологічна стійкість може бути осмислена як вітакультурна характеристика особистості, що формується у процесі культурного самовизначення та екзистенційного самоздійснення людини в умовах кризових викликів. Дослідник обґрунтував концепцію професійного методологування як особливої форми організації психологічного пізнання [14, с. 78–92], що має важливе значення для розроблення дослідницьких стратегій вивчення стійкості фахівців допомагаючих професій.

В умовах безперервної військової агресії проти України, що розпочалася у 2014 році та ескалації у 2022 році, поняття психологічної стійкості набуває нового змісту. Сучасні емпіричні дослідження демонструють критично високий рівень психологічних навантажень у населення. За даними національного дослідження платформи pIESO (2024), лише 15% українців характеризують свій психологічний стан як стабільний, тоді як 34% відзначають високий рівень стресу (8–10 балів за десятибальною шкалою) [5, с. 12]. Опитування Київського міжнародного інституту соціології (2024) засвідчило, що 87% громадян пережили щонайменше одну серйозну стресову подію протягом року [6], що свідчить про масштабність психологічного впливу війни на населення.

Дослідження О. Корольової, О. Матухнюк і О. Тарана (2025) виявило захисні чинники, що істотно знижують рівень стресу молоді в умовах війни [8, с. 49–53]. Серед них: розвинені соціальні зв'язки, віра, увага як механізм переробки досвіду та фізична активність як засіб регуляції емоційного стану.

Окрему увагу заслуговують дослідження професійних груп, що працюють в умовах підвищеного ризику. Опитування українських журналістів (2024), проведене Асоціацією медіапсихологів України, показало, що 62,5% респондентів зберігають адаптаційний потенціал попри високі професійні ризики та постійний контакт із травматичним досвідом [9, с. 300], що свідчить про наявність специфічних механізмів професійної стійкості.

У сфері військової психології К. Фастовець наголошує на важливості превентивної роботи з військовослужбовцями [10, с. 78]. Вона вводить поняття «психологічної вакцинації» як системи заходів, спрямованих на запобігання тяжким наслідкам травматичного досвіду. Особливу увагу приділено розумінню відстроченого характеру реакцій: на відміну від фізичних травм, що виникають миттєво, посттравматичний стресовий розлад може проявлятися із значною затримкою у часі, що вимагає тривалого психологічного супроводу військових.

1.2. Екстремальні життєві обставини як чинник впливу на особистість.

Екстремальні життєві обставини являють собою ситуації підвищеної складності, що характеризуються високим рівнем загрози, невизначеності, часовими обмеженнями та вимагають від особистості максимальної мобілізації адаптивних ресурсів. У контексті сучасної ситуації в Україні питання впливу екстремальних обставин на особистість набуває особливої актуальності і визначаються як ситуації або події, що виходять за межі нормального людського досвіду.

Олексій Пащенко у своїх дослідженнях пропонує комплексну класифікацію екстремальних ситуацій з урахуванням українських реалій [19, с. 59-63]

Таблиця 1.1.

Класифікація травм за природою походження, тривалістю впливу та рівнем контрольованості

Вид травми	За природою походження	За тривалістю впливу	За рівнем контрольованості
Гострі травматичні події (стихійні лиха, аварії, бойові дії, теракти)	Природні катастрофи; техногенні аварії; соціальні конфлікти та війни	Гострі (одноразові інциденти високої інтенсивності)	Неконтрольовані ситуації
Хронічна та складна травма (насильство, нехтування, проживання в конфлікті, бідність)	Соціальні та міжособистісні фактори	Хронічні стресові ситуації; кумулятивні травми	Неконтрольовані або частково контрольовані
Травма розвитку / НДП (насильство, покинення, втрата опікуна)	Міжособистісні, сімейні, соціальні фактори	Хронічні; кумулятивні; тривалі впливи в дитинстві	Неконтрольовані (особливо у дітей)
Вікарна травма (перегляд травматичного контенту, робота з постраждалими)	Професійно зумовлена непряма травма	Хронічна; кумулятивна	Частково контрольована (можна регулювати обсяг впливу, але не сам зміст)

Особистісні кризи (смерть близьких, розлучення, втрата роботи, важка хвороба)	Особистісні життєві події	Гострі або хронічні (залежно від ситуації)	Частково контрольовані або ситуації з можливістю впливу
Природні катастрофи	Природні чинники	Гострі	Неконтрольовані
Техногенні аварії	Техногенні чинники	Гострі	Неконтрольовані
Соціальні конфлікти, війни, тероризм	Соціальні кризові події	Гострі або хронічні (у тривалих війнах)	Неконтрольовані
Епідемії	Природні / біологічні чинники	Хронічні	Частково контрольовані
Бідність, соціальна нестабільність	Соціальні та структурні фактори	Хронічні	Частково контрольовані або неконтрольовані
Професійні виклики, вигорання	Соціально- професійні фактори	Хронічні або кумулятивні	Ситуації з можливістю впливу

У дослідженнях психологічної підтримки в умовах війни виділяється кілька ключових механізмів впливу екстремальних ситуацій на психіку людини [20, с. 45]:

Когнітивні механізми: Згідно з теорією когнітивної оцінки стресу Річарда Лазаруса [21], ключову роль відіграє суб'єктивна оцінка ситуації. Людина здійснює первинну оцінку - наскільки ситуація є загрозливою та

вторинну оцінку - які ресурси доступні для подолання. Результат цих оцінок визначає емоційну та поведінкову відповідь.

Емоційні механізми: Екстремальні ситуації активують інтенсивні емоційні реакції - страх, тривогу, гнів, безпорадність. Тривала активація емоційних систем може призводити до емоційної дисрегуляції та розвитку психопатології.

Фізіологічні механізми: Активація симпатичної нервової системи, викид стресових гормонів (кортизол, адреналін), зміни в імунній системі. Хронічна активація цих систем може призводити до фізичного виснаження та соматичних захворювань.

Поведінкові механізми: Зміни в поведінці можуть проявляти гіперпильність, уникнення, агресивні реакції або, навпаки, апатію та пасивність.

Наслідки впливу екстремальних обставин. Олександр Чебикін та Галина Лозова у своєму дослідженні психологічної допомоги в умовах воєнного конфлікту систематизували можливі наслідки впливу екстремальних ситуацій [22, с. 122-127]:

Таблиця 1.2.

Фізіологічні, нейробиологічні та психологічні наслідки

Категорія наслідків	Конкретні зміни / прояви	Опис і наукові дані
Нейробиологічні зміни	Зміни гіпокампу	Екстремальний стрес у ранньому віці порушує розвиток гіпокампу та його функції у дорослому житті; підвищує ризик порушень пам'яті.
	Дисфункція системи реагування на стрес	Дослідження 2024 року: травма порушує регуляцію НРА-осі, знижує імунітет, погіршує серцево-судинну систему.

	<p>Перебудова мережі виживання (salience network)</p>	<p>Показано, що у травмованих людей — як з ПТСР, так і без — змінюється активність мережі, відповідальної за навчання, фокусування уваги і реагування на загрози.</p>
	<p>Формування внутрішніх уявлень через досвід фігур прихильності</p>	<p>Часте активування «шкідливих» патернів взаємодії → довготривалі негативні нейронні схеми; рання травма формує дезорганізовану прив'язаність.</p>
<p>Фізіологічні реакції на стрес</p>	<p>Гіпо/гіпер збудження</p>	<p>Порушення сну, підвищена м'язова напруга, тахикардія, тремор, «ватність» в тілі, ускладнене дихання, знижений м'язовий тонус, відчуття холоду в кінцівках, «замороженість», апатія.</p>
	<p>Патологізація при хронічній активації</p>	<p>Дані досліджень катастроф: тривала активація стресових систем → патологічні зміни в серцево-судинній, гормональній, імунній системах.</p>

	Пригнічення імунітету	Хронічний кортизол → зниження роботи імунної системи; підвищення сприйнятливості до хвороб.
	Підвищення артеріального тиску	Тривала симпатична активація → гіпертонія, ризик серцевих подій.
Психологічні наслідки	Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	Поширеність протягом життя — 6,8%; після катастроф — до 11%.
	Нав'язливі симптоми	Спогади, флешбеки, нічні жахи.
	Симптоми уникнення	Уникнення людей, місць, думок, пов'язаних із травмою.
	Негативні когнітивні та емоційні зміни	Негативні переконання про себе та світ; стійкі негативні емоції.
	Зміни пильності	Гнів, імпульсивність, проблеми концентрації, гіперреактивність.
	Депресія та тривога	НДП підвищують ризик ПТСР, рецидивуючої депресії, самогубств, зниження настрою, ангедонія, почуття безнадійності, панічні атаки, фобії.
	Розлади адаптації	Складнощі пристосування до змінених умов, стресові реакції

	Посилення болю та самотності наприкінці життя	Дослідження: ≥ 5 травм \rightarrow 60% ймовірність хронічного болю та 22% самотності.
Розлади, пов'язані з психоактивними речовинами	Алкогольні та наркотичні розлади	Серед ветеранів: чол. 10,5% алкоголь, 4,8% інші наркотики; жін. 4,8% і 2,4%.
	Механізм уникнення /самолікування	Вживання як спосіб зменшити гіперзбудження і уникнути травматичних переживань.
	Заміщення поведінковими стратегіями	Після припинення вживання — перехід до інших компульсивних форм самозаспокоєння.
Вікарна травма та непрямі ефекти	Негативні зміни у сприйнятті себе та світу	Працівники, які стикаються з чужою травмою, можуть формувати песимістичні схеми.
	Зниження якості життя	Емоційне виснаження, вигорання, порушення робочого дня.

Сучасні українські реалії створюють контекст для дослідження впливу екстремальних обставин, що характеризується масштабним травматичним впливом на все населення країни. Тетяна Титаренко підкреслює, що "українське суспільство протягом останнього десятиліття переживає серію кризових подій, що вимагає мобілізації всіх ресурсів психологічної стійкості" [25, с. 56]. Дослідження 2100 внутрішньо переміщених осіб в Україні виявило, що посттравматичний стресовий розлад розвивається приблизно у 20% респондентів навіть за відсутності фізичних травм [16, с. 60]. Міжнародні дані свідчать, що кожна п'ята людина, яка пережила збройний конфлікт, зазнає негативних наслідків для психічного здоров'я.

Повномасштабна війна в Україні спричинила екзистенційну травму, що проявляється у втраті відчуття безпеки, стабільності та передбачуваності майбутнього. Дослідження демонструють складну динаміку адаптаційних процесів: якщо у вересні 2022 року суб'єктивна оцінка психологічного благополуччя українців становила 6,7 балів із 9 можливих [20, с. 38], то дослідження платформи рІESO 2024 року зафіксувало значне погіршення – лише 15% українців характеризують свій стан як стабільний, тоді як 34% повідомляють про високий рівень стресу [5, с. 12]. Ця динаміка свідчить про перехід від стану мобілізації до адаптаційного виснаження з підвищеним ризиком депресивних розладів [21, с. 56].

Особливу вразливість демонструють діти. Вони накопичують негативні переживання на трьох рівнях: когнітивна оцінка загрози, емоційне переживання та соматопсихічні прояви стресової реакції [22, ст. 52].

Війна як екстремальна життєва обставина в українському контексті є багатовимірним феноменом, який неможливо звести до окремих категорій травм чи симптомів. Вона одночасно охоплює біологічні, психологічні, соціальні та культурні рівні функціонування особистості та суспільства. Е. Носенко та І. Ігнатенко виділяють чотири взаємопов'язані рівні адаптації до екстремальних обставин, кожен з яких характеризується специфічними механізмами реагування та відновлення [26, ст. 45].

Біологічний рівень функціонування в умовах тривалого воєнного стресу характеризується активацією систем опору стресу та мобілізацією внутрішніх ресурсів організму. Однак постійне підвищення рівня кортизолу та адреналіну, порушення сну, коливання імунних реакцій свідчать про режим постійної мобілізації.

Психологічний рівень адаптації включає когнітивні стратегії подолання, емоційну регуляцію та розвиток нових навичок і компетенцій. В свою чергу війна породжує широкий спектр психологічних реакцій: від гострого стресу та ПТСР до депресивних і тривожних станів, емоційного оніміння, складнощів у формуванні відчуття безпеки та довіри. Для багатьох людей

травматичні переживання мають комплексний характер і включають втрати, розлуку з близькими, невизначеність щодо майбутнього, зміну ролей і життєвих орієнтирів. Водночас на цьому рівні відбувається зміна системи значень та смислів, що є важливим механізмом психологічної стійкості.

Соціальний рівень характеризується мобілізацією соціальної підтримки, зміною соціальних ролей та відносин. Війна порушує звичний уклад життя: сім'ї розділені, громади зруйновані, сотні тисяч людей втратили домівки та змушені адаптуватися до нових умов. Соціальні зв'язки зазнають фрагментації, а підтримувальні мережі зачасти зникають або слабшають. Водночас включення в спільноти підтримки та формування нових соціальних зв'язків стає важливим способом адаптації.

Духовний (культурно-ідентичний) рівень передбачає пошук смислу в переживанні, звернення до духовних ресурсів, переосмислення життєвих цінностей та пріоритетів [26, с. 156]. Війна впливає на колективну пам'ять, формує переживання спільності, змінює ставлення до минулого та майбутнього. Українське суспільство переживає одночасно втрату, боротьбу та відновлення, що стає частиною національного досвіду та впливає на формування психологічної стійкості.

Концепція посттравматичного зростання, розроблена Р. Тедескі та Л. Калхауном, описує позитивні психологічні зміни, що можуть виникати внаслідок переживання травматичних подій [34, с. 78-130]. Автори виділяють п'ять основних напрямків посттравматичного зростання: поглиблення міжособистісних стосунків - підвищена цінність близьких відносин, емпатія та відкритість; усвідомлення власних сил та можливостей - відкриття внутрішніх ресурсів, про які людина не здогадувалася; переосмислення життєвих пріоритетів та цінностей - зміна ставлення до того, що є справді важливим; підвищена оцінка життя - усвідомлення цінності кожного дня, моменту; духовний та екзистенційний розвиток - пошук глибших смислів існування.

Таким чином, екстремальні обставини війни, попри руйнівний вплив, можуть стати каталізатором глибоких особистісних трансформацій за умови наявності достатніх внутрішніх та зовнішніх ресурсів адаптації.

1.3. Особливості професійної діяльності психолога в умовах криз та екстремальних ситуацій

Професійна діяльність психолога в умовах криз та екстремальних ситуацій має суттєві відмінності від звичайної психологічної практики і потребує спеціальних знань, навичок та особистісних якостей. В умовах військового конфлікту в Україні ця діяльність набуває особливої значущості через необхідність надання психологічної допомоги великій кількості людей які зазнали втрат.

Кризова психологія як окрема галузь сформувалася у другій половині ХХ століття завдяки роботам Дж. Каплана та Е. Ліндеманна [27, с. 28]. В Україні її розвиток активізувався після Чорнобильської катастрофи, а критично необхідною стала у зв'язку з подіями 2013–2014 років та початком воєнного конфлікту. Робота психологів у кризових та екстремальних ситуаціях є важливою та відразу й виснажливою сферою професійної діяльності, що потребує спеціальної підготовки та здатності справлятися зі значним емоційним навантаженням. Кризове втручання - це негайна та короткострокова психологічна допомога людям, які перебувають у стані дисбалансу та нестабільності. Метою є підтримка людей з кризою психічного стану та стабілізація до нормального функціонування. Робертс визначає кризу як “період психологічного дисбалансу”, що переживається внаслідок небезпечної події, яку практично неможливо вирішити за допомогою звичних стратегій подолання [38, с. 34]. Джеймс і Гілліланд розглядають кризи як події, що сприймаються як нестерпно складні та перевищують доступні ресурси особистості [39, с. 56].

Основними теоретичними моделями кризового втручання є Перша Психологічна Допомога (ППД), модель АВС та семикрокова модель Робертса.

Перша Психологічна допомога (ППД) визначається Всесвітньою організацією охорони здоров'я як гуманна та підтримуюча форма реагування на потреби особи, яка переживає гострий стрес і потребує негайної психологічної підтримки [30, с. 12]. ППД є методом раннього втручання, що застосовується безпосередньо після травматичної події та враховує як психологічні, так і соціальні аспекти допомоги постраждалим [30, с. 18–24].

Систематичний огляд досліджень показує позитивний вплив ППД на зниження симптомів тривоги, депресії, посттравматичного стресу та дистресу, а також на покращення настрою, відчуття безпеки, соціальної підтримки та контролю [48, с. 18]. Ефективність першої психологічної допомоги є значною порівняно з дебрифінгом у кризових ситуаціях [30, с. 52]. Дослідження ефективності навчання ППД підтверджують, що тренінги значно покращують знання про адекватну психосоціальну реакцію та навички надання підтримки особам в гострому стані, підвищуючи самоефективність та сприяючи розвитку стійкості [40, с. 80].

Модель АВС забезпечує чітку структуру для фахівців, щоб зрозуміти та реагувати на нагальні потреби тих, хто перебуває в кризі.

А (Досягнення контакту): На першому етапі зосереджуються на встановленні контакту з клієнтом. Це включає активне слухання, вираження емпатії та створення атмосфери довіри та безпеки.

В (Зведення проблеми до мінімуму): Другий етап допомагає визначити та прояснити проблему - розуміння тригерів та оцінку важкості кризи.

С (Подолання): Допомога клієнту розробити та впровадити стратегії подолання. Це включає, пошук доступних ресурсів та розробку плану дій.

Семикрокова модель кризового втручання Робертса [28, с. 124]. пропонує більш комплексний план дій: планування та оцінка загрози життю, встановлення взаєморозуміння, визначення масштабів проблеми, подолання

почуттів та емоцій, вивчення альтернативних рішень, розробка плану дій, розширення до подальших дій.

Психологи, які працюють в екстремальних умовах, потребують поєднання професійних та особистісних компетенцій [31, с. 92].

Професійні навички:

1. Оцінка ризику. Здатність швидко та точно оцінити рівень небезпеки та визначити, чи потрібне негайне втручання, наприклад, звернення до служб екстреної допомоги. Це включає оцінку ризику самоушкодження або заподіяння шкоди іншим.

2. Ефективна комунікація. У кризових ситуаціях багато клієнтів мають обмежену тривалість концентрації уваги, відчувають себе розсіяними, мають труднощі з реакціями, тривожні через емоційні потрясіння. Кризовим психологам важливо вміти комунікувати чітко, просто та з емпатією.

3. Швидке встановлення взаєморозуміння - підтримка належного зорового контакту; використання відкритої мови тіла; відображення емоцій та підтвердження отриманого досвіду; створення відчуття безпеки.

4. Гнучкість та адаптивність. Здатність адаптувати теоретичний підхід та методи відповідно до унікальних потреб кожного клієнта та характеру конкретної кризи.

О. Чебикін та Г. Лозова виділяють додаткові виклики роботи в екстремальних умовах: робота з гострими психологічними станами (шок, дезорганізація), часові обмеження та необхідність швидкого реагування, робота в умовах невизначеності та обмежених ресурсів [30, с. 67]. Особливо важливою є здатність до міждисциплінарної співпраці, оскільки зачасту психолог працює у складі команд разом з медиками, соціальними працівниками та рятувальниками [32, с. 212].

Особистісні якості

Емоційна стабільність. Здатність підтримувати емоційну рівновагу під час роботи з людьми, які переживають важкі стресові ситуації та кризові події;

Психологічна стійкість. Вміння відновлюватися після стресових ситуацій та запобігати емоційному вигоранню;

Самосвідомість. Розуміння особистих тригерів, обмежень та емоційних потреб;

Управління кордонами. Здатність витримувати здорові професійні кордони, висловлюючи емпатію та підтримку [31, с. 105–118].

Психологи, які працюють з травмованими людьми, мають підвищений ризик розвитку втоми від співчуття, опосередкованої травми та професійного вигорання. *Втома від співчуття* визначається як стан емоційного та фізичного виснаження внаслідок тривалого впливу страждань інших і включає зниження емпатії, почуття безпорадності, уникнення професійних обов'язків та соматичні розлади [42, с. 45].

Опосередкована травма (вторинна травматизація) проявляється у тривалих змінах світогляду, самосприйняття та стосунків внаслідок непрямого впливу травматичного досвіду [32, с. 44]. Вона характеризується змінами в професійній та особистій ідентичності, порушенням професійних меж, відчуттям відчуження та зміною сприйняття безпеки.

Професійне вигорання визначається як емоційне, фізичне та розумове виснаження внаслідок хронічного професійного стресу [45, 550]. На відміну від втоми від співчуття, вигорання розвивається поступово та пов'язане з організаційними факторами роботи.

Українське дослідження психологів, які працюють з жертвами війни, показало, що приблизно 40% учасників повідомили про помірний або високий рівень втоми від співчуття. Водночас дослідження військових психологів виявило, що 78% респондентів відчувають сенс та мету у своїй роботі, що є важливим фактором [34, с. 89].

Українські психологи стикаються з феноменом «подвійної травми» – поєднанням особистого досвіду життя під постійною загрозою та професійного досвіду роботи з травмованими людьми. Ця ситуація, що визначається як «робота зсередини травми», створює унікальну та складну

професійну динаміку [35, с. 115]. К. Фастовець наголошує, що метою військового психолога є «психологічна вакцинація» бійців для мінімізації травматичних наслідків через виявлення індивідуально значущих стресових факторів та навчання методам психологічної допомоги [10, с. 78–95].

Поточна ситуація в Україні показує певні виклики та можливості: нестача психологів, посилена травма, регіональні відмінності, обмежені ресурси. Хоча обізнаність про психічне здоров'я зросла, стигма все ще існує, особливо серед солдатів та жителів сіл. Лише 15% комбатів із симптомами посттравматичного стресового розладу звертаються за професійною допомогою.

Робота психологів у кризових та екстремальних ситуаціях – це складна та комплексна галузь, яка вимагає спеціальної підготовки, навичок та здатності підтримувати баланс. В унікальній ситуації України, де психологи працюють, переживаючи особисту травму, ці труднощі посилюються.

Однак дослідження показують, що за умов належної підготовки, організаційної підтримки та професійного розвитку психологи можуть забезпечити ефективне втручання навіть у найскладніших обставинах. Вкрай важливо, для запобігання професійного вигорання, щоб психологи використовують низку стратегій [32, с. 145–162]:

- *Підтримка професійних меж;*
- *Супервізія та колегіальна підтримка;*
- *Практики самодопомоги;*
- *Безперервна освіта;*
- *Супервізії, інтервізії;*
- *Командний підхід.*

Карамушка підкреслює важливість організаційних факторів у профілактиці професійних ризиків: створення мобільних кризових команд, забезпечення логістичної підтримки, координація між різними службами, регулярний моніторинг якості надання послуг та системне піклування про благополуччя фахівців [43, с. 145–167].

Висновки до першого розділу

Психологічна стійкість набуває особливого значення в ситуаціях стихійних лих, воєн та масових криз. Дослідження свідчать, що більшість людей, які постраждали від масових катастроф, демонструють здатність до адаптації та виходять без значних довгострокових наслідків для психічного здоров'я [36, с. 135], що підтверджує природну стійкість (резильєнтність) людської психіки.

Війна в Україні являє собою специфічну обставину, що вирізняється масштабністю наслідків та тривалістю стресового впливу, набуваючи хронічного травматичного досвіду. Вона торкається різних категорій населення - військових, цивільних, дітей, сімей, людей у тилу та на передовій, тих, хто виїхав, і тих, хто залишився. Стан постійної невизначеності, загроз та втрат створює високий рівень психологічної напруги, а руйнування звичного способу життя змушує людей постійно мобілізувати внутрішні та зовнішні ресурси для адаптації та виживання.

Вітчизняні науковці розробили різноманітні моделі, що розглядають стійкість як багаторівневу систему, яка реалізується через взаємодію особистісних, когнітивних та саморегуляційних механізмів. Це дозволяє комплексно підходити до вивчення феномену резильєнтності та розробки практичних інтервенцій.

Емпіричні дослідження останніх років розкривають специфіку прояву психологічної стійкості в умовах воєнного стану, виявляючи як чинники ризику (тривалий стрес, контакт з травматичним матеріалом, емоційне виснаження), так і рушійні фактори (особистісні ресурси, соціальна підтримка, професійна ідентичність, навички саморегуляції). Особливої актуальності набуває вивчення психологічної стійкості фахівців допомагаючих професій, зокрема психологів, які працюють в складних умовах. Робота в кризових ситуаціях вимагає делікатного балансу між професіоналізмом та людяністю, між структурою та гнучкістю, між наданням допомоги іншим та турботою про власне благополуччя. Психологи, які

працюють з клієнтами із травмою чи втратою, потребують спеціальних ресурсів та підтримки для збереження ефективності та особистісного благополуччя, профілактики професійного вигорання та вторинної травматизації.

Фахівцям, яким вдається підтримувати цей баланс, доступна можливість професійного та особистісного зростання, що дозволяє робити значний внесок у стійкість громади та країни в цілому.

Таким чином, теоретичний огляд підтверджує необхідність подальших емпіричних досліджень психологічної стійкості психологів в умовах екстремальних життєвих обставин та розробки ефективних програм підтримки даної категорії фахівців.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ЖИТТЄВИХ ОБСТАВИН НА ПСИХОЛОГІЧНУ СТІЙКІСТЬ ПСИХОЛОГІВ

2.1. Організація дослідження та процедура проведення.

Робота психологів у кризових та травматичних ситуаціях потребує високого рівня резильєнтності до постійного емоційного навантаження та здатності витримувати інтенсивні переживання інших. Це робить актуальним питання емпіричного вивчення стану психологічної стійкості, який дає психологам змогу, зберігати ефективність та високу якість надання професійних послуг.

Отже, з метою дослідження було організовано та проведено емпіричне дослідження. Ми визначали рівень резильєнтності, розробили та впровадили програму її розвитку, а також емпірично перевірили ефективність цієї

програми шляхом порівняння показників стійкості до та після інтервенції. Дослідження проводилося з психологічною службою благодійного фонду "Діти Героїв", яка налічує 33 фахівці-жінки (психологи і психотерапевти) з різних шкіл психотерапії. Вибірка представлена спеціалістами віком від 28 до 54 років, які надають психологічну підтримку дітям та родинам загиблих Героїв. Специфіка роботи учасників дослідження, характеризується високим рівнем емоційного навантаження, постійним контактом з травматичними подіями; необхідністю утримувати інтенсивні емоційні стани клієнтів: горе, відчай, безпорадність, гнів; працювати з екзистенційними темами: смерті, втрати та сенсу життя. Ці фактори створюють підвищений ризик вигорання, втоми до співчуття, вікальної травма, що обумовлює особливу актуальність дослідження психологічної стійкості саме в цієї категорії фахівців.

Передбачається, що психологи, які працюють в умовах високого емоційного навантаження, постійного контакту з втратою і горем мають:

1. Знижений або нерівномірний рівень психологічної стійкості;
2. Вищий ризик вигорання, втоми від співчуття та вторинної травматизації;
3. Потребу в розвитку додаткових ресурсів саморегуляції, які забезпечують збереження ефективності;
4. Ефективність програми буде вищою серед фахівців, які регулярно практикували техніки саморегуляції.

Альтернативна частина гіпотези: психологи, які активно використовують техніки саморегуляції та мають розвинуті навички резильєнтності, демонструватимуть вищу психологічну стійкість, незважаючи на високий рівень професійного навантаження.

Дослідження було проведене поетапно: підготовчий, проведення експериментальної частини та подальший якісний і кількісний аналіз отриманих даних. *Підготовчий етап* включав процедуру збору даних та визначення формату реалізації програми. Було розроблено психологічний опитувальник у форматі Google Forms та підготовлено інформаційну згоду

(Додаток А). Першим кроком стало поширення інформаційної згоди серед учасників. Визначено структуру програми підвищення психологічної стійкості: перша сесія проводилася офлайн, надалі п'ять тренінгових зустрічей та дві супервізійні сесії відбувалися онлайн на платформі Google Meet. Такий змішаний формат забезпечив можливість включення учасників з різних регіонів, доступність та підтримку безперервності участі протягом усього періоду.

Етап *реалізації дослідження* передбачає безпосереднє впровадження діагностичної частини та самої програми, направленої на розвиток психологічної стійкості. На цьому етапі учасники заповнювали пакет психодіагностичних методик: (*CD-RISC-10, HADS, PHQ-9*). Після первинної діагностики було проведено тренінговий блок на тему: **«Психологічна стійкість: від виживання до процвітання»** в межах заходу організованого спеціально для психологів фонду **“ТОЧКА ОПОРИ”** тривалістю 3 години. У межах цього часу учасники ознайомилися з концепцією психологічної стійкості, механізмами саморегуляції та основними інструментами програми.

На домашнє завдання практикувати принцип БМ (балансної моделі) [14, с. 112]. Фахівці з психічного здоров'я, мали відстежувати власні стани, фіксувати результати у щоденнику саморефлексії. Це допомогло сформуванню персональні висновки щодо власного психологічного балансу і якими способами його досягати. Зразок щоденника і пункти які в нього включені, показано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Щоденник рефлексії

День (коротка фіксація контексту дня) _____				
Тіло %	Діяльність %	Контакти %	Сенси %	Рефлексія

сон, харчування, фізична активність, зовнішність	робота, досягнення, навчання, задачі дня	стосунки, спілкування, соціальна підтримка	цінності, мрії, творчість, сенси, духовність	що займало найбільше часу/уваги? чому? що було проігноровано? які наслідки?
Тригери та реакції (які події викликали стрес? як вдалося відреагувати?) _____				
Практики саморегуляції, застосовані протягом дня (дихання, паузи, усвідомленість, підтримка меж, техніки ППТ тощо) _____				
Що вдалося особливо добре? (усвідомлення успіху, визнання власних ресурсів) _____				
Що хочу покращити завтра? _____				

На останній зустрічі учасники повторно заповнили психодіагностичні методик (post-test). Це дало можливість оцінити динаміку змін. Було проведено статистичне порівняння показників pre-test та post-test для виявлення динаміки змін. Ці дані дали краще розуміння індивідуальних механізмів, фактори, що сприяли розвитку стійкості, а також сприйняття ефективності програми.

2.2. Методи та психодіагностичні інструменти.

Для дослідження впливу складних життєвих обставин на психологічну стійкість психологів, застосували комплекс психодіагностичних інструментів, що дозволяють оцінити взаємопов'язані аспекти резильєнтності. Вибір методик обумовлений необхідністю дослідити як загальний рівень стійкості, так і соматичні та емоційні прояви які часто супроводжують фахівців у кризових умовах. Адже робота психологів з клієнтами, які пережили травматичні події може відобразитись у симптомах тривоги, депресії, емоційного виснаження, а також соматичними проявами: порушення сну, головний біль, м'язова напруга (особливо в ділянці шиї, плечей і щелеп), розлади шлунково-кишкового тракту, порушення серцевого

ритму, зниження імунітету, часті застудні захворювання, порушення апетиту, зміна ваги. Тому діагностичний інструментарій має одночасно вимірювати резилієнтності та виявляти симптоми вигорання.

CD-RISC-10 (Connor–Davidson Resilience Scale, 10-item version).
Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (Додаток Б). У контексті даної роботи ця методика є хорошим інструментом для дослідження психологічної стійкості. Вона оцінює здатність особистості адаптуватися до стрес-факторів, підтримувати життєдіяльність в умовах невизначеності, подолання труднощів, відновлюватися після емоційних навантажень та зберігати продуктивність під впливом високого тиску. CD-RISC-10 вимірює унітарний конструкт резильєнтності, тобто як цілісну характеристику, а не окремі її складові [33, с. 3].

Методика характеризується високими психометричними показниками: внутрішня узгодженість (α Кронбаха) у різних дослідженнях коливається від 0,85 до 0,93; тест-ретестова надійність становить 0,87. Конвергентна валідність підтверджена кореляціями з іншими шкалами стійкості, психологічного благополуччя та самоефективності. Дискримінантна валідність виявляється у негативних кореляціях з показниками тривоги, депресії, стресу, симптомів ПТСР.

Застосування в контексті емпіричного дослідження. У межах даної роботи CD-RISC-10 є основним інструментом вимірювання психологічної стійкості психологів. Методика дозволяє кількісно оцінити рівень резильєнтності фахівців, які працюють в екстремальних умовах. Ключовим аспектом використання опитувальника є можливість оцінити ефективність розробленої програми психологічної підтримки. Шкала Коннора-Девідсона застосовується у дослідженні двічі: на початку програми (pre-test) та відразу після завершення (post-test). Крім того, показники CD-RISC-10 аналізуються у зв'язку з іншими змінними (тривога, депресія), що дозволяє помітити чинники, які сприяють або заважають підтримці психологічної стійкості. Очікується побачити негативний кореляційний зв'язок між резильєнтністю та

показниками психологічного дистресу - учасники з вищими показниками стійкості повинні демонструвати нижчі рівні тривоги та депресії, що підтвердить захисну функцію стійкості.

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Госпітальна шкала тривоги та депресії (Додаток В). Госпітальна шкала тривоги та депресії розроблена А. Зігмондом та Р. Снейтом як скринінговий інструмент для швидкої оцінки рівня тривоги та депресії, але також отримала широке застосування і в психологічних дослідженнях. В даній методиці виключено з діагностичних критеріїв соматичні симптоми і фокус саме на емоційних та когнітивних проявах тривоги і депресії. HADS дозволяє диференційовано оцінити два ключові прояви дистресу: *тривогу* (занепокоєння, напруження, страх, панічні стани) та *депресію* (зниження настрою, ангедонія, астенія, песимізм, втрата сенсу до життя). Ці два критерії є найбільш чутливими показниками психологічного неблагополуччя, що виникає внаслідок тривалого професійного навантаження [7, с. 45-52].

Застосування в контексті дослідження. Тут HADS виконує функцію вимірювання емоційних наслідків роботи в екстремальних умовах. Робота психологів з дітьми загиблих, постійний контакт з темами смерті, втрати, горя, створює підвищені ризики розвитку тривожних та депресивних станів. Тривога може проявлятися як гостре та хронічне занепокоєння про клієнта, постійна настороженість, страх "не впоратися". Депресія може виникати як наслідок емоційного вигорання, втрати сенсу в роботі, відчуття безпорадності перед проблемами, з якими стикаються клієнти.

HADS допомагає виявити, наскільки поширені ознаки тривоги та депресії серед психологів і яка частка фахівців перебуває в зоні ризику. Це важлива інформація для оцінки актуальності проблеми та необхідності психологічних втручань. Кореляційний аналіз дозволяє визначити, якою мірою резильєнтність пояснює варіативність у рівнях тривоги та депресії.

Крім того, HADS застосовується для оцінки ефективності програми психологічної підтримки у зменшенні дистресу. Зниження показників

тривоги та депресії від pre-test до post-test буде свідчити про те, що програма не лише підвищує стійкість, але й має безпосередній вплив на покращення емоційного стану учасників.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Опитувальник здоров'я пацієнта (Додаток Д). Опитувальник є скринінговим інструментом для виявлення та оцінки тяжкості депресії. Методика розроблена К. Кроенке та Р. Спітцером на основі діагностичних критеріїв великого депресивного епізоду за DSM-4 (і згодом адаптована до DSM-5). У БФ “Діти Героїв” застосовується PHQ-9 для психологів, що працюють у терапевтичних таборах із родинами загиблих, оскільки дозволяє оперативно оцінити їхній психоемоційний стан за останні два тижні, а це якраз період перебування психолога в таборі. Методика допомагає виявити ознаки ситуативної або стійкої депресивної симптоматики, пов’язаної з професійним навантаженням. PHQ-9 демонструє високі психометричні характеристики: внутрішня узгодженість (α Кронбаха) 0,86-0,89, тест-ретестова надійність 0,84, чутливість 88% та специфічність 88% для виявлення депресивного розладу. Конвергентна валідність підтверджена кореляціями з іншими шкалами депресії та зниженою якістю життя [47, с. 23-35].

Застосування в контексті дослідження. PHQ-9 використовується в даному дослідженні для поглибленої оцінки депресивної симптоматики у психологів. На відміну від HADS, який надає загальну оцінку депресії, PHQ-9 дозволяє оцінити тяжкість, тривалість та ситуативність депресії. Разом вони дають повноцінну картину емоційного стану і змогу відрізнити депресію від тривоги. Аналіз окремих пунктів PHQ-9 дає можливість виявити найбільш характерні прояви дистресу у психологів. У нашому дослідженні йдеться про психологів, які можуть мати: порушення сну, втому, соматичні симптоми через стрес.

- HADS уникає фізичних симптомів (щоб не переплутати з соматичними хворобами).

- PHQ-9 навпаки їх враховує, що важливо для фахівців, які працюють у виснажливих умовах.

Важливим аспектом є аналіз взаємозв'язку між PHQ-9, HADS та CD-RISC-10. Інтеграція методик у загальну картину дослідження наведено у Таблиці 2.2.

Таблиці 2.2.

Психодіагностичні методики				
<i>Методика</i>	<i>Що вимірює</i>	<i>Переваги в контексті дослідження</i>	<i>Які ризики екстремальних умов виявляє</i>	<i>Чому поєднується з іншими методиками</i>
CD-RISC-10 (Connor-Davidson Resilience Scale)	Загальний рівень психологічної стійкості: здатність адаптуватися, відновлюватися, справлятися зі стресом і труднощами	Коротка, чутлива до змін; відображає показник резилієнтності; підходить для pre/post оцінювання ефективності програми	Зниження адаптивності, емоційна вразливість, труднощі відновлення	Є ключовою шкалою. HADS/PHQ-9 дозволяють оцінити, як рівень стійкості пов'язаний із стресовим навантаженням
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	Рівень тривоги (HADS-A) і депресії (HADS-D), без акценту на соматичних проявах	Виключає соматичні прояви, які можуть бути спричинені переважною, поїздками, зміною режимів, тому точніша для психологів онлайн програм	Тривога, емоційне напруження, субклінічні форми депресії, початкові прояви емоційного виснаження	Комплементарна з PHQ-9: дозволяє розрізнити емоційний та соматичний компоненти дистресу; відділяє показник тривоги

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)	Дев'ять ключових симптомів депресії (емоційні, когнітивні та соматичні) + тяжкість, давність і ситуативність	Висока чутливість до змін; включає сон, енергію, апетит - важливо для фахівців у таборах	Вигорання, соматизація, зміни сну, зниження мотивації, виснаження, депресивний спектр	Доповнює HADS: показує тілесно-когнітивні симптоми; дозволяє створити глибший профіль
---	--	--	---	---

2.3. Аналіз результатів дослідження психологічної стійкості психологів.

Аналіз емпіричних даних був спрямований на виявлення рівня психологічної стійкості психологів, що працюють з родинами загиблих військових, а також на визначення взаємозв'язків між резильєнтністю, тривожністю та депресивною симптоматикою.

В дослідженні взяли участь 33 психологи/психотерапевти (жінки). Передусім було проаналізовано **показники CD-RISC-10**, до програми та після. За результатами даного опитування, були отримані дані які відображені в таблиці 2.3. та рис. 2.1.

Таблиця 2.3.

Розподіл рівнів стійкості

Рівень	Pre-тест		Post-тест	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Високий	9	27,3	13	39,4
Середній	21	63,6	20	60,6
Низький	3	9,1	0	0

Дуже низький	0	0	0	0
--------------	---	---	---	---

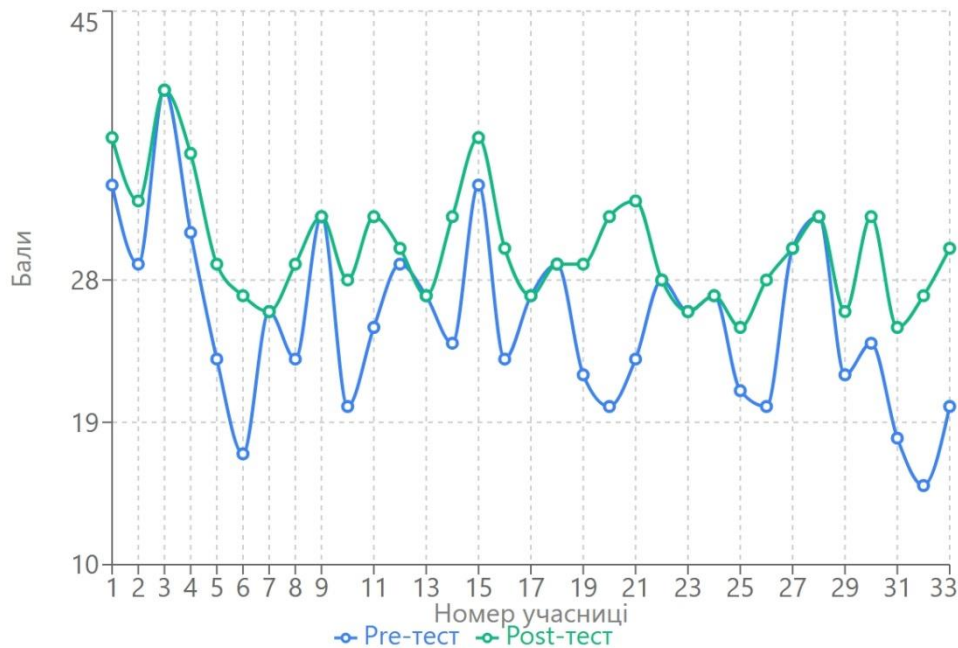


Рис. 2.1. Індивідуальний розподіл за рівнем резильєнтності

У процесі аналізу було зафіксовано виразне підвищення середнього рівня резильєнтності: показник зріс з 25,36 до 29,76, що показує зріст на 17,4% та інші показники, результати наведені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Описова статистика

Статистика	Pre-тест	Post-тест
Середнє значення	25,36	29,76
Медіана	25,5	29
SD (стандартне відхилення)	5,89	3,86
Мінімум	15	25
Максимум	40	40

На етапі вхідного тесту спостерігалася значна варіативність показників резильєнтності ($SD=5,89$), що свідчить про неоднорідність групи за рівнем стійкості. Після проведення програми стандартне відхилення зменшилося до 3,86, що вказує на вирівнювання показників та ефективність програми для

учасниць з різним рівнем стійкості. Це є позитивним показником ефективності інтервенції, особливо для найбільш вразливих учасниць.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між показниками резильєнтності до та після проведених інтервенції використано критерій Вілкоксона (Wilcoxon Signed-Rank Test) для парних вимірів. Статистика розраховувалась за формулою:

$$Z = \frac{W - \frac{n'(n'+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n'(n'+1)(2n'+1)}{24}}}$$

де W - мінімальна сума рангів різниць, n' – кількість ненульових різниць ($n' = 28$). Отримано $Z = -4,2$ ($p < 0,001$), що свідчить про статистично позитивну динаміку показників психологічної стійкості. У нашому випадку це підтверджує *надзвичайно високу статистичну значущість*.

Результати CD-RISC-10 свідчать про позитивну динаміку рівня психологічної стійкості психологинь фонду “Діти Героїв”, які працюють із родинами загиблих захисників. Підвищення показників вказує на посилення здатності фахівців відновлювати функціонування після стресових подій, помітне зростання адаптивності та внутрішніх ресурсів. Програма розвитку стійкості виявилася ефективною, оскільки сприяла зростанню резильєнтності, вирівнюванню групового профілю та зменшенню ризиків емоційного виснаження. Ці дані підтверджують актуальність реалізації системних програм підтримки для фахівців, які працюють з клієнтами в складних життєвих умовах.

Аналіз результатів за шкалою PHQ-9. Рівень депресивної симптоматики оцінювався за опитувальником здоров'я пацієнта-9, який відображає дев'ять ключових симптомів депресії за останні два тижні. Дані даного опитування відображені в таблиці 2.5. та на рисунку 2.2.

Таблиця 2.5.

Розподіл за рівнем депресії

Рівень	Pre-тест		Post-тест		Зміна
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	
Мінімальна	8	24,2	6	18,2	-2
Легка	7	21,2	8	24,2	1
Помірна	17	51,5	18	54,5	1
Тяжка	1	3	1	3	0

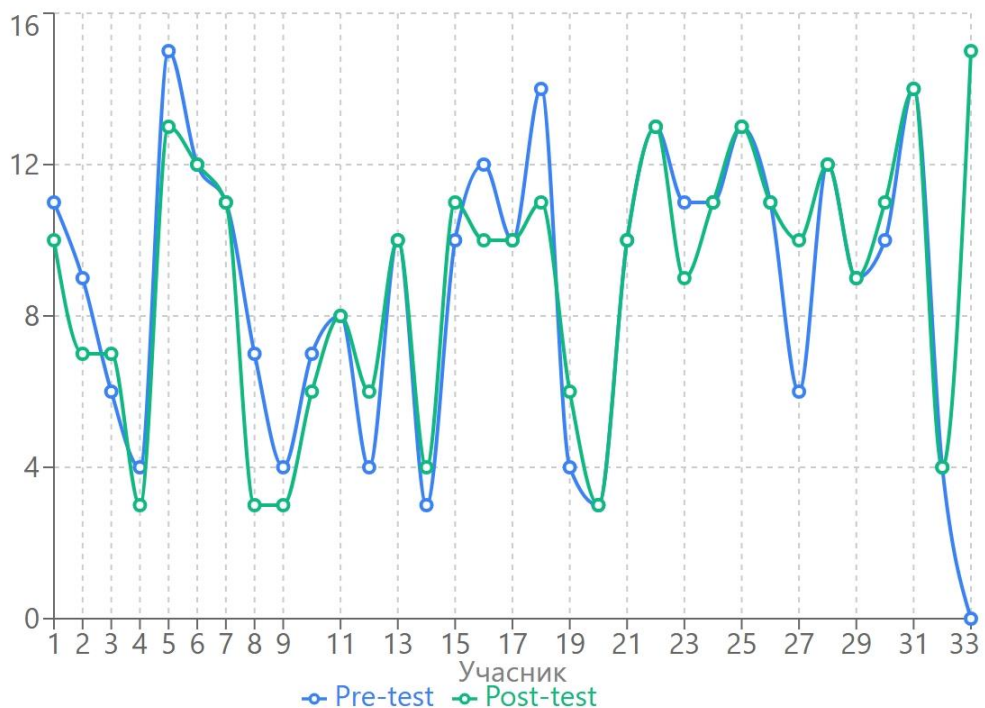


Рис. 2.2. Індивідуальний розподіл за рівнем депресії по шкалі PHQ-9

Кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона виявив сильний позитивний зв'язок між показниками до та після інтервенції ($r = 0,659$, $p < 0.001$), що свідчить про відносну стабільність індивідуальних відмінностей незалежно від участі в програмі розвитку стійкості. Такий результат вказує на те, що депресивна симптоматика є менш чутливою до короткострокових інтервенцій і з більшою ймовірністю відображає стійкі психологічні особливості або вплив тривалих стресових чинників. Аналіз середніх значень продемонстрував лише мінімальну групову динаміку: із 8,73 до 8,97 (+0,24),

що підтверджує відсутність статистично значущих змін. 30,3% учасників продемонстрували зниження симптоматики, 24,2% посилення, у 45,5% показники залишилися стабільними.

У нашому дослідженні спеціалісти з високими балами депресії на початку залишилися з високими балами після програми; з низькими балами на початку залишилися з низькими балами в кінці. Коефіцієнт $r = 0,659$ показує, що цей порядок майже не змінився. Депресивна симптоматика не зникла після програми потрібно більше часу та індивідуальна робота. Депресія може бути пов'язана з характером людини (песимістичне мислення); тривалим стресом (складна робота, проблеми в родині); життєвими обставинами.

Аналіз результатів методики HADS. Методика застосовувалася для оцінювання рівнів тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D), що дозволило виявити емоційні наслідки впливу на психологів фонду, які працюють із втратою. Шкала дає змогу розмежувати мінімальні, субклінічні та клінічні прояви тривоги й депресії, що робить її корисним інструментом для оцінки психологічного благополуччя в динаміці.

Показники депресії до інтервенції демонстрували, що 45,5% учасниць мали мінімальний рівень депресивних симптомів, 33,3% — легкий, а у 21,2% реєструвалася помірна депресія. Середній бал становив 7,58. Показники тривоги засвідчили, що майже половина вибірки (48,5%) перебувала у зоні норми, у 21,2% виявлялися легкі прояви, а у 30,3% — помірні. Середній бал тривоги становив 8,12. Після завершення програми, спостерігалася різна динаміка за двома шкалами. Рівень тривоги знизився до середнього показника 6,03, що відповідає зменшенню на 25,7%. Частка учасниць з рівнем норми зросла до 66,7%, а кількість осіб із помірною тривогою зменшилася майже вдвічі. У 60,6% психологів виявлено покращення за шкалою HADS-A. Водночас показники депресії демонструють протилежну картину, середній бал підвищився з 7,58 до 8,30 (+9,5%). Частка учасниць з мінімальними проявами зменшилася, натомість з'явився один випадок тяжкої

депресії, а кількість осіб з помірною депресією зросла з 7 до 8. Дані Розподілу за рівнями та порівняння Pre/Post тестів відображені на рисунку 2.3. та 2.4.

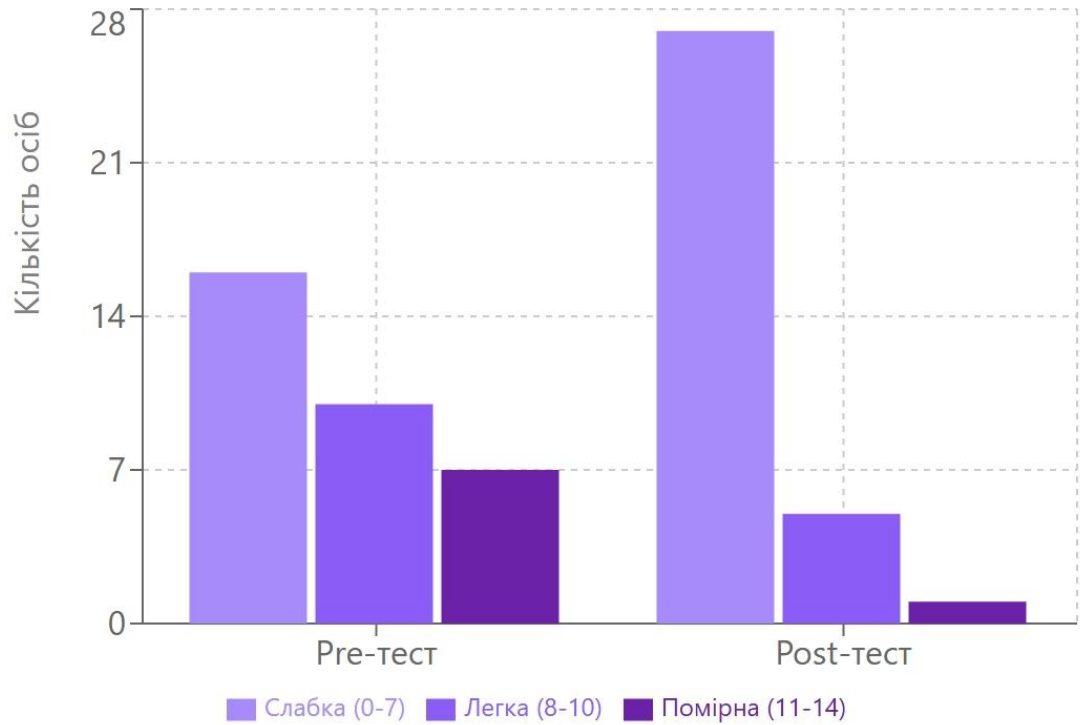


Рис. 2.3. Тривога (HADS-A)

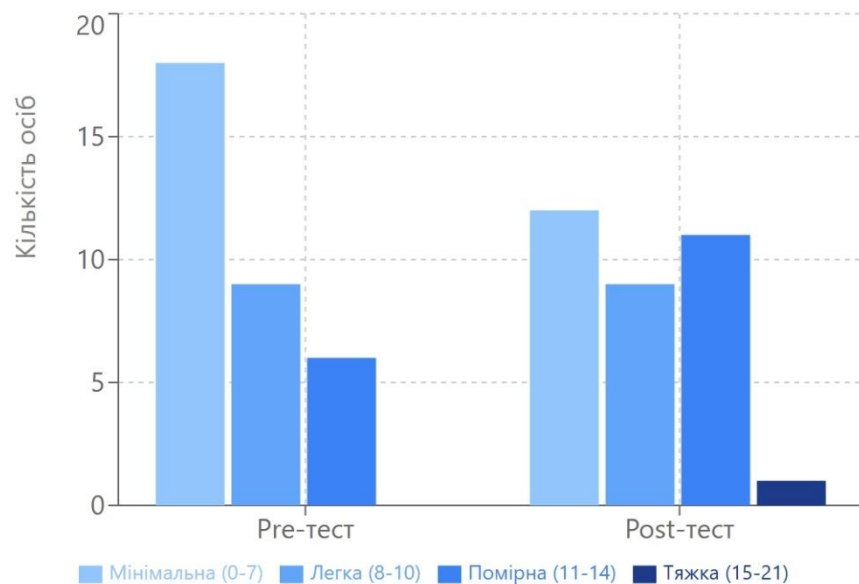


Рис. 2.4. Депресія (HADS-D)

Кореляція між показниками тривоги та депресії спостерігається позитивно слабка як у Pre-тесті ($r = 0.135$), так і в Post-тесті ($r = 0.242$). Фахівці з вищими показниками тривоги, демонструють підвищені показники депресії. Це підтверджує коморбідність тривожних і депресивних розладів та необхідність комплексного підходу до терапії. Динаміка HADS-A та HADS-D вказує, що інтервенція була значно ефективнішою щодо ситуативної тривоги, ніж щодо депресивних симптомів, які є більш стабільними та менш піддатливими до короткострокових впливів.

Отримані дані підтверджують, що робота психологів у контексті хронічної травматизації клієнтів значною мірою пов'язана зі зростанням тривожності, яка є чутливою до короткострокових інтервенцій. Натомість депресивні симптоми відображають більш глибокі процеси емоційного виснаження та накопичення професійного стресу, які потребують довготривалої терапевтичної та організаційної підтримки.

Висновки до другого розділу

Проведене дослідження було спрямоване на визначення рівня психологічної стійкості психологів, які працюють із родинами загиблих військових, та вивчення взаємозв'язків між резильєнтністю, тривогою та депресивною симптоматикою. Отримані результати повністю відповідають поставленій меті та дозволяють комплексно оцінити як структурні характеристики резильєнтності, так і емоційні наслідки професійного навантаження у фахівців, які працюють у травматичному контексті.

Систематична робота протягом двох місяців, що поєднувала психоосвіту, практичні техніки, рефлексії та супервізії, створила умови для помітного підвищення психологічної стійкості учасників. Якісні дані засвідчили зміцнення навичок саморегуляції, збільшення усвідомленості власних меж і ресурсів, зменшення емоційної реактивності та підвищення здатності відновлюватися після контакту з травматичними історіями клієнтів.

Гіпотеза про те, що інтервенція сприятиме підвищенню психологічної стійкості, була повністю підтверджена. Також знайшла підтвердження

гіпотеза про наявність взаємозв'язку між резильєнтністю та емоційними показниками. Водночас гіпотеза про зниження рівня депресивних симптомів не підтвердилася: депресія виявилася більш стабільним показником, менш чутливим до короткострокового впливу. Це дає підстави припускати, що для зниження депресивної симптоматики необхідні довгострокові або індивідуальні інтервенції.

Учасники відзначили можливість «уповільнитися», повернути увагу до власних потреб, відновити баланс між професійним та особистим життям, а також отримати підтримку професійної спільноти. Саме поєднання групової та індивідуальної роботи із супервізіями стало ключовим фактором позитивної динаміки. Фахівці визначили сфери, які потребують додаткової уваги, обрали регулярні практики для продовження роботи та сформуvalи реалістичні цілі щодо підтримання професійного благополуччя.

Таким чином, результати дослідження підтверджують доцільність та ефективність застосованої програми розвитку стійкості, демонструють значущі позитивні зміни у показниках резильєнтності та тривожності, а також виявляють обмеження впливу короткострокових програм на депресивні стани. Виявлені тенденції корелюють із сучасними науковими даними про психоемоційні навантаження спеціалістів, що працюють у сфері травми, та підкреслюють актуальність системних і багаторівневих заходів підтримки для таких фахівців.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ПСИХОЛОГІВ

3.1. Теоретичні основи програми психологічної підтримки

Програми психологічної підтримки розвитку резильєнтності для психологів розроблена як інтегративна модель яка поєднує - когнітивно-поведінкові моделі, принципи позитивної психотерапії, біхевіорального підходу та теорії копіngu і стресу. Таке поєднання дозволяє враховувати комплексний характер психологічної стійкості та забезпечувати вплив на різні ідентичності психолога.

В підході Лазаруса та Фолкмана [16, с. 26-64], розуміння процесів стійкості, визначається не стільки характеристиками стресових ситуацій, скільки когнітивною оцінкою цих ситуацій та здатністю знаходити стратегії подолання. Гуманістичний підхід забезпечує ціннісно-смыслову спрямованість та акцентує увагу на особистісному зростанні психолога як

професіонала. Теоретичні положення Карла Роджерса [36, с. 127] про безумовне позитивне прийняття, емпатію та конгруентність визначають атмосферу та стиль взаємодії у груповій роботі. Тоді як ідеї Абрахама Маслоу [33, с. 21] орієнтує програму на розкриття внутрішнього потенціалу учасників, розвиток їхньої автентичності та здатності до самореалізації у професійній діяльності. А логотерапія Віктора Франкла привносить екзистенційний вимір, пошуку сенсу у професійній діяльності як чинника психологічної стійкості навіть у найскладніших обставинах [37, с. 12].

Теорія збереження ресурсів Хоуппула, дає розуміння професійного вигорання та способів його запобігання. Згідно з цією теорією, люди прагнуть зберігати, захищати та нарощувати психологічні, соціальні та матеріальні ресурси. Втрата або загроза втрати ресурсів є основним джерелом стресу тому програма спрямована на зміцнення особистісних та соціальних ресурсів психологів [9, с. 211]. Модель стійкості Коннора та Девідсона визначає ключові компоненти стійкості: здатність до адаптації в умовах змін, відчуття контролю над життєвими обставинами, внутрішню наполегливість (*hardiness*), а також опору на соціальні й духовні ресурси. Програма спрямована на цілеспрямований розвиток та зміцнення кожного з цих компонентів за допомогою структурованих психосоціальних компетенцій.

Позитивна психотерапія Носрата Пезешкіяна дає важливу теоретичну основу програми, привносячи унікальний погляд на природу психологічної стійкості через призму актуальних здібностей людини та балансу чотирьох сфер життя. Одним з основних положень позитивної психотерапії є розуміння симптому (проблеми) не як патології, а як зони для зростання. Для розвитку психологічної стійкості психологів особливо важливою є модель балансу в чотирьох сферах життя: тіло/відчуття (фізична сфера та здоров'я), діяльність/досягнення (професійна самореалізація), контакти (соціальні відносини та спілкування), фантазія/майбутнє (духовність, сенси, майбутнє). Резильєнтність розглядається як здатність підтримувати рівновагу між цими

сферами, оскільки надмірна концентрація на одній із сфер призводить до виснаження інших та втрати ресурсів.

Психологи, схильні до професійного вигорання, часто демонструють гіпертрофію сфери діяльності відкладаючи та подекуди і нехтуючи тілом, контактам та духовним розвитком. Позитивна психотерапія також додає у програму транскультуральний підхід, визнаючи вплив культурних традицій, сімейних сценаріїв та концепцій на формування актуальних здібностей та копінг-стратегій. П'ятиступенева модель терапії Пезешкіяна (спостереження/дистанціювання, інвентаризація, ситуативне підбадьорення, вербалізація, розширення цілей) використовується у програмі як послідовність роботи з розвитку психологічної стійкості.

Вторинна травматизації Чарльза Фігглі та синдром співчутливої втоми Бет Стемм звертають увагу на особливі виклики роботи з травмованими клієнтами та необхідність захисту психологів від негативних наслідків емпатійного залучення. Принципи когнітивно-поведінкової терапії надають практичні інструменти для зміни дезадаптивного мислення та моделей поведінки. Це включає виявлення та усунення когнітивних спотворень, розвиток навичок вирішення проблем та культивування підтримуючої поведінки.

Програма характеризується гнучкістю та адаптивністю до унікальних потреб психологів у ситуаціях стресу та тривалої травми. Спираючись на багатокomпонентну модель психологічної стійкості, яка інтегрує різні теоретичні підходи та емпіричні дані. Вона включає чотири основні рівні психологічної стійкості: когнітивний, емоційно-регуляторний, поведінковий та ціннісно-смысловий.

Когнітивний рівень включає систему переконань, установок та схем, які визначають сприйняття та пояснення ситуацій. До ключових когнітивних компонентів стійкості належать: критичне мислення клінічне бачення, толерантність до невизначеності. Розвиток цього рівня передбачає виявлення

дисфункційних когнітивних патернів, їх раціональний аналіз та трансформацію у конструктивне мислення.

Емоційно-регуляторний рівень охоплює здатність розпізнавати, розуміти, приймати та регулювати власні емоційні стани, особливо у стресових та емоційно навантажених ситуаціях в професійній діяльності. Ключовими навичками цього рівня є емоційна грамотність, здатність до емоційної саморегуляції, емпатія поряд із здатністю до емоційного дистанціювання, стресостійкість та емоційна гнучкість.

Поведінковий рівень включає ряд конкретних дій та стратегій, які спеціаліст може використовувати для подолання професійних викликів та збереження власного благополуччя. Цей рівень охоплює копінг-стратегії, навички тайм-менеджменту, встановлення професійних меж, балансу між роботою та особистим життям, турботи про себе та використання соціальної підтримки.

Ціннісно-смисловий рівень представляє найглибший пласт психологічної стійкості та включає систему професійних та особистісних цінностей, усвідомлення сенсу професійної діяльності, професійну ідентичність та життєві орієнтири. Цей рівень забезпечує довгострокову мотивацію, надає значення повсякденним справам, професійним труднощам та пов'язаний із здатністю бачити перспективу, знаходити сенс у складних ситуаціях та підтримувати надію.

Така багаторівнева модель, збагачена концепціями різних шкіл психотерапії, визначає структуру програми та розподіл акцентів у роботі з різними аспектами психологічної стійкості, забезпечуючи комплексність та глибину психологічної роботи.

3.2. Індивідуальні та групові форми роботи

Розвиток психічної стійкості вимагає комплексного підходу, який поєднує індивідуальні та групові форми роботи. Резильєнтність формується як у межах особистісної рефлексії та індивідуального досвіду, так і в сфері соціальних зв'язків та приналежності до професійної спільноти. Ефективне

поєднання групових та індивідуальних форматів роботи, які взаємодоповнюють забезпечують оптимальний баланс між соціальними контактами, особистою рефлексією та опануванням навичок саморегуляції. У програмі розвитку стійкості групова форма роботи виступає центральною, тоді як індивідуальні практики відіграють поглиблюючу, коригуючу й інтегруючу роль.

Психологи в своїй практиці зачасти працюють автономно, а в групі отримують можливість побачити, що їхні виклики є спільними для багатьох колег. Це зменшує почуття самотності, сорому та надмірної професійної вимогливості до себе. Спостерігаючи, як інші учасники справляються з подібними викликами, психологи мають змогу інтегрувати нові моделі поведінки у власну практику. Самоспівчуття та самодопомога, є саме тими аспектами, які психологи часто легше застосовують до клієнтів, ніж до себе. Група створює можливості для *отримання та надання підтримки*, що само по собі є терапевтичним та ресурсним. Можливість підтримати іншого посилює власну самоефективність, відчуття корисності. Групова динаміка сприяє формуванню зовнішньої та внутрішньої мотивації, забезпечує структурованість процесу, стимулює до систематичної роботи над розвитком стійкості.

Особливості групової динаміки в роботі з психологами, які необхідно враховувати при веденні груп. Психологи, можуть демонструвати *обережність та підвищений опір розкриття* через страх видатись не професійним. Важливо з самого початку створити атмосферу, де вразливість сприймається як сильна сторона, а визнання власних труднощів є ознакою зрілості. *Схильність до інтелектуалізації та аналізу замість проживання досвіду*, ще одна особливість роботи з спеціалістами. Учасники можуть намагатися "сховатися" за професійним жаргоном, аналізувати інших замість фокусу на собі, дискутувати про теоретичні концепції замість емоційного залучення. Потрібно м'яко, але послідовно повертати фокус на особистий досвід, емоції, тілесні відчуття. *Конкуренція та порівняння* особливо якщо

учасники з різних шкіл психології, підходів та досвіду. Важливо встановити толерантність до різноманітності підходів, підкреслювати цінність різноманітності досвіду та зупиняти конкуренцію і знецінення досвіду іншого. *Спокуса давати поради та "терапевтувати" один одного* - ще один виклик. Важливо нагадати про відмінність між професійною ідентичністю та роллю учасника групи підтримки, застосовувати активне слухання замість консультування.

Кожна групова сесія має чітку структуру, яка забезпечує безпеку, баланс між індивідуальною і груповою взаємодією, між отриманням інформації і практичним досвідом.

1. Вступний шерінг. Виконує функцію налаштування учасників та їх включенню в спільний процес.

2. Обговорення домашніх завдань є важливим елементом, що забезпечує зв'язок між сесіями та підкреслює важливість практики між зустрічами. В цьому просторі невиконання завдання не має викликає сорому, а навпаки стає приводом для дослідження бар'єрів.

3. Інформаційний блок забезпечує теоретичну рамку для розуміння процесів групової динаміки. Для психологів важливо не просто практикувати техніки, а розуміти їх обґрунтування, механізми дії, місце в моделі психологічної стійкості.

4. Практичний блок. Техніки та завдання можуть бути індивідуальні, парні або групові (обговорення, рольові ігри, колективна творчість). Важливо надати достатньо часу для виконання вправ та після кожної рефлексія.

5. Перерва є важливим часом для неформального спілкування, встановлення міжособистісних зв'язків та інтеграції матеріалу сесії. Як зазначав Ірвін Ялом: "Значна частина терапії відбувається під час кавових перерв", підкреслюючи цим терапевтичний потенціал спонтанних, невимушених контактів між учасниками. Рекомендована тривалість перерв 20-30 хвилин після 1-1,5 годин роботи.

б. *Завершальний шерінг* виконує функції підведення підсумків, інтеграції досвіду та зв'язку з наступною сесією.

У програмі використовується широкий спектр методів групової роботи для розвитку психологічної стійкості. *Групові дискусії* де є простір обмінюватися досвідом, думками, стратегіями, вони можуть бути структурованими (навколо конкретних питань) або вільними (обговорення визначається групою). *Робота в малих групах* (пари, трійки, четвірки) простір для ділення та експериментування з новими навичками. *Рефлексивні кола* де кожен учасник послідовно ділиться своїми думками, почуттями, досвідом. Рефлексивні кола особливо цінні на початку та в кінці сесій, при обговоренні складних тем. *Творчі та експресивні техніки* дозволяють обійти опір інтелектуалізації, отримати доступ до підсвідомого матеріалу, виразити те, що складно вербалізувати. Творчість активізує ресурси, знижує тривогу, робить процес цікавішим та різноманітнішим. *Медитативні та тілесно-орієнтовані практики* розвивають навички саморегуляції, повертають контакт з тілом, знижують рівень стресу. Техніки позитивної психотерапії використовуються в груповій роботі для аналізу Балансної Моделі, роботи з актуальними здібностями (сильні сторони та зони росту) і використання притч та історій. Когнітивно-поведінкові техніки застосовуються як індивідуально так і в групі.

Хоча основним форматом програми є групові сесії, індивідуальні форми роботи відіграють важливу підтримуючу та поглиблюючу роль. Вони забезпечують персоналізацію, враховують індивідуальні потреби та дають можливість опрацювання особистих тем, які важко або не варто обговорювати в групі.

Види індивідуальної роботи в програмі: *Рефлексивний щоденник* де кожен учасник фіксує власні спостереження, думки, емоції, інсайти, прогрес. Він виконує кілька функцій: допомагає усвідомлювати власні процеси, відстежувати динаміку змін, зберігає важливі відкриття, які можуть бути забуті та створює простір для діалогу з собою. *Домашні завдання*

забезпечують інтеграцію навичок у повсякденне життя та підтримують безперервність процесу розвитку стійкості. *Індивідуальні консультації* доступні для учасників за запитом у випадках: ГСС, загострення симптомів, труднощі з виконанням програми, потреба в додатковій підтримці. Консультації можуть бути короткотривалими (15-20 хвилин до або після групової сесії) або повноцінними (45-60 хвилин окремо). Вони не замінюють психотерапію, але забезпечують необхідну підтримку.

Самодіагностика та самодопомога передбачають регулярне використання учасниками коротких інструментів для відстеження власного стану: експрес-тест психологічного стану, оцінка життєвих сфер по БМ, використання технік саморегуляції. Це розвиває навичку самоспостереження, дозволяє вчасно помічати зміни та реагувати на них. *Індивідуальний план розвитку психологічної стійкості* розробляється кожним учасником на основі самоспостереження протягом програми, особливо на етапі - розширення цілей. Це забезпечує продовження роботи після завершення програми.

Індивідуальна робота має ряд переваг, що доповнюють групові процеси. Вона враховує унікальні особливості, потреби, темп, немає необхідності підлаштовуватися під груповий ритм, можна глибше занурюватися в особисті теми. Щоденникове письмо, медитація, самодослідження дозволяють вийти на глибокі рівні усвідомлення, помітити механізми власних процесів, які можуть губитися в інтенсивності групової взаємодії. Індивідуальна робота дозволяє працювати з темами, які занадто інтимні або складні для обговорення в групі. Навіть у безпечній атмосфері деякі теми можуть залишатися забороненими через сором, страх осуду, культурні особливості. Індивідуальна рефлексія дає можливість дослідити ці теми в безпеці приватності.

Онлайн та офлайн формати. Програма може реалізовуватися як у традиційному очному форматі, так і в онлайн-режимі, або в змішаному. Кожен формат має свої особливості, переваги та обмеження. *Офлайн*

формат є оптимальним для групової роботи, оскільки забезпечує якість контакту, повноту невербальної комунікації, можливість використання широкого спектру підходів. Очна взаємодія створює більш інтенсивну групову динаміку, полегшує формування довірливих стосунків, дозволяє краще бачити групову динаміку. Недоліками є необхідність фізичного переміщення та узгодження часу для всіх учасників.

3.3. Техніки саморегуляції та стрес-менеджменту для розвитку психологічної стійкості у психологів.

Психологи, які працюють з травмованими, кризовими або складними клієнтами, постійно перебувають у стані підвищеної емоційної активності. Їхня нервова система регулярно "запускається" внаслідок емпатійного залучення в переживання клієнтів, потреби контейнерувати інтенсивні емоційні стани та реагувати на непередбачувані кризові ситуації. Без сформованих навичок саморегуляції, це зумовлює постійну активацію симпатичної нервової системи, звуження «вікна толерантності», накопичення фізіологічного та емоційного напруження. Використання технік саморегуляції допомагають управляти власним психофізіологічним станом, швидко відновлюватись, підтримувати внутрішню рівновагу навіть за умов підвищеного навантаження.

Короткий перелік технік саморегуляції та психоемоційної стабілізації, розширений перелік можна побачити в Додатку Е.

1. Дихальні техніки є базовими інструментами негайного зниження фізіологічної активності, оскільки активують парасимпатичну нервову систему. Вони зменшують м'язову напругу, нормалізують серцевий ритм та розширюють «вікно толерантності» до стресу.

2. Тілесні техніки (прогресивна м'язова релаксація Джейкобсона). Методика передбачає послідовне напруження й розслаблення м'язових груп, що знижує соматичне напруження та покращує тілесну усвідомленість. Доведено її ефективність при тривозі, соматоформних станах та емоційному виснаженні.

3. Техніки повсякденної тілесної регуляції: регулярні прогулянки; дотримання гігієни сну; стабільний режим дня; зменшення екранного навантаження; збалансоване харчування. Ці звички формують базовий рівень тілесної стабільності, без якого складні техніки працюють менш ефективно (відповідає нижнім рівням потреб у моделі Маслоу).

4. Практики усвідомленості (mindfulness). Усвідомленість визначається як уважність до теперішнього моменту без оцінювання. Дослідження демонструють нейробіологічні зміни після 8 тижнів регулярної практики [34, с. 45-52].

5. Когнітивні техніки. Спрямовані на корекцію дисфункціональних патернів мислення, які підтримують стресову реакцію.

6. Техніки позитивної психотерапії. Балансна модель, транскультуральний підхід, метафори та притчі, «Позитивної інтерпретації симптому». 5-крокова модель психотерапевтичної допомоги на якій і побудована програма, допомагає дистанціюватися від стресової ситуації й сформуванню ширшу перспективу розуміння: від опису фактів та інвентаризації ресурсів - до вербалізації почуттів і розширення цілей. Ця практика є особливо корисною у складних професійних взаємодіях, коли потрібно швидко відновити психологічну рівновагу.

У сукупності ці практики сприяють розвитку саморегуляції, підвищенню психологічної стійкості та формуванню збалансованої професійної позиції, що є необхідним елементом профілактики емоційного вигорання серед психологів та підсилення життєстійкості.

3.4. Рекомендації щодо практичного використання програми.

Структура та зміст програми психологічної підтримки.

Програма психологічної підтримки та розвитку психологічної стійкості психологів побудована на основі п'ятиступеневої моделі позитивної психотерапії Носрата Пезешкіяна, адаптованої до специфіки роботи з фахівцями допомагаючих професій [2, с. 42]. Програма розрахована на 8 групових сесій (2 з них супервізії) тривалістю 3 години з періодичністю один

раз на тиждень, що забезпечує достатній час для інтеграції отриманого досвіду та виконання домашніх завдань. Кожна зустріч включає стандартну структуру: вступний шерінг, обговорення домашніх завдань, міні-лекцію, практичний блок та завершальну рефлексію. Такий формат забезпечує баланс між інтеграцією теоретичного матеріалу та практикою навичок.

Мета програми: розвиток психологічної стійкості психологів через гармонізацію чотирьох сфер життя, трансформацію дисфункційних когнітивних схем, розширення копінг-стратегій та особистісних ресурсів.

Завдання програми:

1. Провести діагностику актуального рівня психологічної стійкості та емоційного стану учасників.
2. Сприяти усвідомленню учасниками власних актуальних здібностей, ресурсів та балансу між чотирма сферами життя;
3. Розвинути навички ідентифікації та трансформації когнітивних схем, автоматичних думок та глибинних переконань;
4. Пригадати техніки емоційної саморегуляції та управління стресом;
5. Сформувати навички встановлення професійних меж та профілактики емоційного виснаження;
6. Сформувати індивідуальні стратегії підтримки та персональні плани розвитку психологічної стійкості.

Формати

проведення:

Програма може реалізовуватися у трьох форматах: офлайн, онлайн або змішаному.

- офлайн рекомендований для сесій, що включають тілесно-орієнтовані та арт-терапевтичні техніки;
- онлайн для регулярних зустрічей, з акцентом на когнітивних та рефлексивних завданнях;
- змішаний підхід дозволяє поєднувати ефективність групової динаміки та доступність для учасників із різних регіонів.

Діагностичний інструментарій програми.

Для оцінки ефективності програми використовується комплексний діагностичний інструментарій, який застосовується на початку (pre-test) та після завершення програми (post-test):

1. *Модель резилієнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-10).*
2. *Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).*
3. *Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9).*

Програма розвитку стійкості наведена в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

№ сесії	Формат	Етап 5-ти крокової моделі Пезешкіяна	Основний зміст	Тривалість/год
1	Офлайн	Спостереження / дистанціювання	Знайомство, групові правила, діагностика (CD-RISC-10, HADS, PHQ-9), концепція стійкості, модель 4 сфер "Балансна модель". Психологічне дистанціювання, "Балкон спостерігача", когнітивна модель, mindfulness-практики	3
2	Онлайн	Інвентаризація	Інвентаризація актуальних здібностей (первинні та вторинні), зв'язок з сімейними сценаріями, глибинні переконання та установки життя, реконструкція переконань.	3
Супервізія №1	Онлайн	Професійна підтримка	Групова супервізія після інтеграції тем 1–2 сесії: розбір складних ситуацій, підтримка, рефлексія	3

3	Онлайн	Ситуативне підбадьорення	"Впевненості у собі, як складова психологічної стійкості", ресурси та посттравматичне зростання, емоційна регуляція та управління стресом: техніки дихання, STOP-техніка, релаксація, заземлення. Турбота про себе та професійні межі: "Карта зростання", "Батарейка", "Скарбничка досягнень".	3
4	Онлайн	Вербалізація	Вербалізація емоцій та потреб, ненасильницька комунікація, "Я-концепція", "Говорити про важке", запит про підтримку. Соціальна підтримка та професійна спільнота: карта конфлікту і ресурсу, моделі супервізії та інтервізії, практика взаємопідтримки, коло вдячності. Створення наративу професійного досвіду.	3
Супервізія №2	Онлайн	Професійна підтримка	Супервізія (одержання ресурсів), обговорення динаміки, труднощів та впливу програми. Техніки підтримання професійної стійкості, усвідомлення перенесення/контрперенесення.	3
5	Онлайн	Розширення цілей	Формування SMART-цілей, БМ, створення індивідуального плану дій, стратегія подолання перешкод, "Лист із майбутнього"	3
6	Онлайн	Інтеграція та завершення	Діагностика (CD-RISC-10, HADS, PHQ-9, інші), "Скарбниця набутого", профілактика рецидивів "План екстреної допомоги собі", завершення.	3

Висновок до третього розділу

Розроблена програма психологічної підтримки та розвитку психологічної стійкості психологів являє собою комплексну систему інтервенцій. Ефективність програми значною мірою залежить від того, наскільки вдало інтегровані індивідуальна та групова форми роботи психоосвіта, практичні техніки саморегуляції, рефлексію та супервізійну підтримку. Ця інтеграція реалізується на кількох взаємопов'язаних рівнях.

Тематична узгодженість забезпечується через логічний зв'язок між груповими сесіями та індивідуальними завданнями. Домашні завдання та індивідуальна робота між сесіями тематично пов'язані з темою групових зустрічей, що створює безперервність навчального процесу.

Циклічність процесу реалізується через модель «досвід – рефлексія – експеримент». Групові сесії часто завершуються постановкою завдань для особистої рефлексії, які учасники досліджують між сесіями через щоденникове письмо, медитацію, спостереження за собою. Це створює динамічний цикл навчання, де знання трансформуються в особистий досвід.

Персоналізація групового досвіду дозволяє кожному учаснику адаптувати загальні вправи та завдання до власної ситуації. Наприклад, Балансна Модель презентується в групі як загальна концепція, але кожен учасник індивідуально аналізує власний баланс, виявляє дефіцитні зони та шукає персональні ресурси для гармонізації.

Застосування групових інсайтів в індивідуальній роботі. Найцінніші усвідомлення часто виникають під час групових сесій у моменти обміну досвідом, рефлексії після вправ, слухання історій інших учасників. Індивідуальна робота допомагає опрацювати ці ідеї, осмислити їх значення для власної ситуації та інтегрувати в повсякденне життя.

Моніторинг прогресу через діагностичні процедури (pre-test, post-test) дозволяє об'єктивно відстежувати динаміку змін у показниках психологічної стійкості, тривожності та депресії. Це надає можливість як учасникам, так і ведучим оцінити ефективність програми та скоригувати індивідуальні стратегії розвитку.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дає змогу комплексно оцінити вплив екстремальних життєвих обставин на психологічну стійкість психологів, які працюють у середовищах травми та втрати, зокрема з родинami загиблих військових. Отримані результати підтверджують, що професійна діяльність у таких умовах створює унікальне поєднання зовнішніх та внутрішніх стресогенних чинників, які впливають на стан психічного здоров'я фахівців допомагаючих професій. Психологічна стійкість виявляється не як фіксована риса, а як динамічна система адаптаційних механізмів, що реагують на інтенсивність та тривалість навантаження.

Аналіз емпіричних даних продемонстрував, що психологи, задіяні у роботі з травмою війни, мають значний рівень початкової стійкості, що

відображає індивідуальні особливості адаптації, історію власного досвіду та наявність внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Після впровадження програми розвитку резильєнтності було зафіксовано статистично значуще зростання показників стійкості, вирівнювання групового профілю та зменшення внутрішньої гетерогенності вибірки. Це свідчить про ефективність системного, структурованого підходу до зміцнення адаптивного потенціалу фахівців, а також про високу пластичність компонентів резильєнтності навіть у контексті високого професійного навантаження.

Разом з тим результати дослідження демонструють стабільність депресивних симптомів та їх слабку чутливість до короткострокових інтервенцій. Це підтверджує, що депресивні прояви психологів у контексті війни мають не лише ситуативний характер, а значною мірою пов'язані з тривалими стресовими впливами, накопиченням втрат, професійним виснаженням та вторинною травматизацією. На відміну від депресії, ситуативна тривога продемонструвала більш виражену динаміку зниження, що вказує на її операційний характер та залежність від актуального рівня навантаження.

Дослідження також підтвердило важливість мультикомпонентної підтримки психологів у кризових умовах. На рівні саморегуляції ефективними виявилися дихальні техніки, тілесні практики, когнітивні методи, елементи усвідомленості та інструменти позитивної психотерапії. Комплексне застосування цих технік сприяло підвищенню здатності фахівців відновлюватись після стресу, регулювати емоції, підтримувати баланс між професійними та особистими сферами.

Таким чином, результати дослідження підтверджують необхідність системного підходу до підтримки психологів, які працюють у екстремальних життєвих обставинах. Психологічна стійкість у цьому контексті є не лише індивідуальною якістю, а й професійною компетентністю, що потребує постійного розвитку, супервізійної підтримки, доступу до ресурсних програм та створення безпечних організаційних умов. Посилення стійкості фахівців є

чинником їх довготривалого професійного функціонування, профілактики вигорання та забезпечення якісної психологічної допомоги клієнтам, які пережили втрати та травматичний досвід.

Отже, дослідження засвідчує, що екстремальні життєві обставини впливають на психологічну стійкість психологів, однак водночас підкреслює високий потенціал її розвитку за умови цілеспрямованих інтервенцій, структурованої програми підтримки та інституційного визнання потреб фахівців допомагаючих професій у власному відновленні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балабанова Л., Перелигіна Л. Технології відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, яка переживає наслідки травматичних подій. *Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія*. Т. 2. Харків, 2022. С. 110-126.
2. Бригадир М. Теорія та методологія сімейної позитивної психотерапії. *Габітус*. 2021. № 28. С. 42-46.
3. Бугерко Я.М. Ресурсний підхід в сучасній психології. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. Вип. 3. С. 79-84.

4. Гірняк А. Н. Психологія особистості: методологічні засади дослідження. Тернопіль : ЗУНУ, 2020. 156 с.
5. Гоян І., Андросович К., та ін. Психологічні умови формування і розвитку життєстійкості особистості в умовах невизначеності. *Наукові перспективи: журнал*. 2023. № 9(39) 2023. С.552-564.
6. Двек Керол. Налаштуйся на зміни. Нова психологія успіху. Київ: Наш формат. 2017. 296 с.
7. Дембіцька Н. М., Хаустова О. О. Психометричні властивості української версії Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 29. № 2(107). С. 45–52.
8. Експеримент «Вивчена безпорадність» Мартіна Селігмана: важливе відкриття в психології. *Український психологічний хаб*. Психологічна енциклопедія. 2024. URL: [https:// www.psykholoh.com/post](https://www.psykholoh.com/post)
9. Журавлева Л.П. Особистісне зростання в умовах трансформації сучасного суспільства: монографія. Ред. колегія: Т.В. Коломієць, Т.Ю., Кулаковський, Г.В. Пирог; за наук. ред. проф. Л.П. Журавльової. Житомир: Вид. О.О. Євенок, 2020. 308 с.
10. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
11. Кокурн О.М. Життєстійкість як напрям сучасних психологічних досліджень. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Том. V, 2021. Вип. 21, 69–88. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/727273>
12. Кокурн О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник : практичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 25 с.
13. Кондратюк С.М. Життєстійкість як ресурс подолання життєвих труднощів в умовах війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. Випуск 4, 2022. С. 78-83.

14. Корнбіхлер Т. Носсрат Пезешкіан. Схід-захід: Позитивна психотерапія в діалозі культур. Полтава: Астроя, 2024. 197с.
15. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посібник. Київ.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с. URL: <https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/8476/110552/Psykholohichnyy-suprovid-osobystosti-v-umovakh-viyny.pdf>
16. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2018. Вип. 14. С. 26- 64.
17. Лукомська С.О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. № 1. С. 190-195.
18. Мирончак К. Стратегія відновлення само ефективності особистості при переживанні втрати. *Соціальна психологія особистості*. 2018. Вип. 4. С. 63–70.
19. Михайлишин У. Методи психічної саморегуляції особистості. *Психологічні науки*. 2022. Вип. 1. С. 548–549.
20. Москалець В. П. Психологія особистості : підручник, 3-тє вид., перероб., доповн. Київ: Видавництво Ліра-К, 2020. 364 с.
21. Підбуцька Н. В., Мартиненко Є. Захисні фактори процесу резильєнтності. *Теорія і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, педагогіка, соціологія*. 2023. № 3. С. 62-75. URL: <https://doi.org/10.20998/2078-7782.2023.3.05>
22. Прокоф'єва Л. Аналіз феномену «резильєнтність»: вивчення та перспективи. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи*. 2021. Вип. 2. С. 122–127. URL: <http://dspace.idgu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1565>

23. Психологія російсько-української війни: внутрішній погляд : матеріали Всеукраїнського круглого столу (7 квітня 2022 року) / за наук. ред. М. Слюсаревського, С. Чуніхіної; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології, Асоціація політичних психологів України. Київ : Талком, 2022. 52 с.
24. Руденко О.В., Гонтар Ю.В. Структура резилієнсу у контексті розвитку резильєнтності особистості. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. 2022. Том 33 (72). № 2. С. 73-78.
25. Сердюк Л., Купреєва О., Отенко С. Салютогенетичні основи життєстійкості особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2022. № 1(15). С. 56-60. URL: [https://doi.org/10.17721/BSP.2022.1\(15\).9](https://doi.org/10.17721/BSP.2022.1(15).9)
26. Сельє Г. Стрес без дистресу. Київ: Прогрес, 1986. 180 с.
27. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
28. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О., Кляпець О. Я. Відновлення психологічного благополуччя постраждалих від війни: життєтворення чи життєзбереження? *Психологічний журнал*. 2023. Т. 9, № 2. С. 9–23.
29. Фурман А. В. Світ методології. *Психологія і суспільство*. 2015. № 2. С. 47–61.
30. Харко О. С. Практичні рекомендації дотримання психологічних умов формування стресостійкості студентів ЗВО в навчальному процесі. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал*. Острог : Вид-во НаУОА, січень 2022. № 14. С. 46-56.
31. Хомич Г. О. Активізація психологічних ресурсів особистості у різних умовах соціалізації. Монографія. Київ : 7БЦ, 2024. 270 с.

32. Чиханцова О. Життєстійкість та її зв'язок із цінностями особистості. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, 2018. (42). С. 211–231.
33. Шкала стресостійкості К. Коннора та Дж. Девідсона (CD-RISC-10)
URL: <https://eu-submit.jotform.com/250344082494052>
34. Як плекати у собі резильєнтність та чому це важливо? URL: <https://fizis.net/psychologichna-gramotnist/iak-plekaty-usobi-rezylientnist-ta-chomu-tse-vazhlyvo/>
35. Dickson, E.A., & Parker, A. (2019). Mental Health first aid for the UK Armed Forces. *Health Promotion International*, 35(1), 132-139.
36. Coles, A., & Harrison, F. (2018). Tapping into museums for art psychotherapy: An evaluation of a pilot group for young adults. *International Journal of Art Therapy*, 23(3), 115-124.
37. Frankl, V. (1984). *Man's Search for Meaning*. Beacon Press.
38. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C., Bryant R. A., Brymer M. J., Friedman M. J., Ursano R. J. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*. 2007. Vol. 70. No. 4. P. 283–315.
39. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001. Vol. 16. No. 9. P. 606–613.
40. Lahad, M., & Leykin, D. (2013). The Integrative Model of Resiliency –The «BASIC Ph» Model, or What Do We Know about Survival? The «BASIC Ph» Model of Coping and Resiliency Theory, Research and Cross-Cultural. *London, UK and Philadelphia, USA: Jessica Kingsley*, 11-32
41. Maddi, S. R., & Khoshaba, D. M. (2005). *Resilience at Work: How to Succeed No Matter What Life Throws at You*. New York: AMACOM.
42. Rampe M., Der R-faktor. Das geheimnis unserer inneren Stärke, GmbH, 2010. P. 109–111.

43. Resilience: American Psychological Association Dictionary. URL: <https://www.apa.org/topics/resilience>
44. Rodek P., Kucia K., Pastuszka A., Mędrala W., Kucia K. Kondycja psychiczna wolontariuszy w trakcie wojny w Ukrainie – badanie ankietowe. *Psychiatria Polska*. 2023. P. 1–15.
45. Silva F., Proença T., M. Ferreira M. Volunteers’ perspective on online volunteering - a qualitative approach *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, Vol. 15, Issue 4. 2018. P. 531-552.
46. Soh J., Simmons B., Graham G., Greenhill A., Lintott C., Masters K., & J. Woodcock, Doing good online: The changing relationship between motivations, activity, and retention among online volunteers. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 47(5). 2018. P. 1031-1056.
47. Shevchenko R. Specifics of Psychoprophylaxis and Correction in Overcoming the Phenomenon of Compassion Fatigue in Volunteers. *Problems of Modern Psychology*. 2023. 60. P. 185–205.
48. Van Breda A.D. A critical review of resilience theory and its relevance for social work. *Social Work*, 2018. 54(1). P. 1-18.

ДОДАТКИ

Додаток А

Згода на участь у дослідженні

“Оцінка ефективності програми розвитку психологічної стійкості психологів, які працюють із родинами загиблих та постраждалих військовослужбовців”

Вам пропонується взяти участь у дослідженні, спрямованому на вивчення ефективності програми розвитку психологічної стійкості спеціалістів, які працюють у умовах підвищеного емоційного навантаження та системного контакту з травмою. Дослідження передбачає

аналіз того, як інтервенція впливає на рівень резильєнтності, прояви тривоги та депресивної симптоматики.

Мета програми – оцінка ефективності програми, побудованої на принципах позитивної психотерапії та моделі психологічної стійкості, а також вивчення змін у вашому емоційному стані, рівні резильєнтності та адаптивних ресурсів у процесі участі в програмі.

Тривалість програми. Ви заповните опитувальник, далі протягом двох місяців один раз в тиждень відвідаєте заняття, тривалістю 3 год, виконуйте домашнє завдання, опісля вам буде запропоновано заповнити опитувальник знову.

Права та обов'язки дослідника. Дослідник зобов'язаний поважати гідність учасників програми, створювати сприятливі умови для їх особистісного зростання. Має право відмовити учаснику проходженні дослідження.

Відповідальність дослідника. Дослідник несе відповідальність за конфіденційність приватної інформації отриманої під час програми.

Права обов'язки учасників програми. Учасники мають вчасно заповнювати опитувальники, відвідувати заняття та виконувати домашнє завдання.

Представлення результатів дослідження. Результати дослідження плануються до представлення на наукових конференціях та публікації у науковій літературі. При обробці результатів будуть використовуватися індивідуальні дані та результати роботи групи, однак Ваше ім'я та інша приватна інформація не використовуватиметься. Особисті дані потрібні лише для повторних досліджень. Вся інформація буде збережена в таємниці. Результати будуть повідомлені Вам по завершенню дослідження, до їх публікації в наукових виданнях чи представлення на наукових конференціях.

Умови виходу з програми. Якщо Ви забажаєте вийти з дослідження, то зможете зробити це коли завгодно без будь-яких негативних наслідків.

Участь у програмі безкоштовна, ніхто не отримує матеріальних винагород чи заохочень. Якщо у Вас виникнуть додаткові питання, можете звертатися до мене. Дякую!

Я, _____ усвідомлюю, що моя участь у дослідженні є цілком добровільною і що я можу відмовитися від участі в ній або вийти з неї в будь-який момент без жодних негативних наслідків для себе.

Учасник _____ Дата _____

Додаток Б

Шкала стресостійкості К. Коннора та Дж. Девідсона (CD-RISC-10)

(Connor–Davidson Resilience Scale, 10 items)

Мета: оцінка рівня психологічної стійкості.

Автори: К. М. Connor, J. R. T. Davidson (2003).

Адаптація: використано українську адаптовану версію.

Інструкція: Оцініть, наскільки кожне твердження відповідає Вашому стану протягом останнього місяця.

Система оцінювання: 0 – «зовсім не вірно», 4 – «майже у всіх випадках вірно».

Вам пропонується 10 тверджень, оцініть себе за 5-бальною шкалою

1. Я можу адаптуватися до змін;
2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху;
3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають;
4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим;
5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів;
6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди;
7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити;
8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі;
9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя;
10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.

Високий рівень (30-40 балів) Ви добре адаптуєтесь до змін, стійкі до стресу та швидко відновлюєтесь після труднощів. У вас розвинена здатність знаходити вихід із складних ситуацій і підтримувати внутрішню рівновагу.

Середній рівень (20-29 балів) Ви загалом справляєтесь з труднощами, але сильний стрес може викликати емоційний дискомфорт. Варто розвивати навички управління стресом, щоб почуватися впевненіше у складних ситуаціях.

Низький рівень (10-19 балів) Ви можете відчувати труднощі в адаптації до змін і підвищену вразливість до стресу. У складних ситуаціях можливе відчуття безпорадності. Вам може допомогти розвиток навичок саморегуляції, пошук підтримки в оточенні та робота над позитивним мисленням.

Дуже низький рівень (0-9 балів) Ви відчуваєте значні труднощі у подоланні стресових ситуацій і можете швидко втрачати рівновагу. Вам може бути корисно звернути увагу на психологічну підтримку, техніки саморегуляції та розвиток стресостійкості.

Додаток В

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

(Hospital Anxiety and Depression Scale)

Автори: A. S. Zigmond, R. P. Snaith (1983).

Мета: скринінг рівня тривоги та депресивних симптомів.

Інструкція: Оберіть варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану за останній тиждень. Шкала містить 14 тверджень:

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі
2. Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття
3. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

4. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне
5. Неспокійні думки крутяться у мене в голові.
6. Я відчуваю бадьорість.
7. Я легко можу сісти і розслабитися.
8. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.
9. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.
10. Я не стежу за своєю зовнішністю.
11. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.
12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.
13. У мене буває раптове відчуття паніки.
14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

Оцінювання:

- HADS-A - 7 пунктів (тривога),
 - 0-4 мінімальна;
 - 5-9 слабка;
 - 10-14 помірна;
 - 15-21 сильна.
- HADS-D - 7 пунктів (депресія)
 - 0-4 мінімальна;
 - 5-9 легка;
 - 10-14 помірна;
 - 15-21 тяжка.

Додаток Д

PHQ-9

(Patient Health Questionnaire-9)

Мета: оцінка вираженості депресивних симптомів.

Автори: Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W. (1999).

Система

оцінювання:

0		–		ніколи
1		–	кілька	днів
2	–	Майже	половину	часу
3	– майже щодня			

Інструкція: Оцініть, як часто протягом останніх 2 тижнів ви відчували кожен із перелічених симптомів:

1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість.
4. Відчуття втоми або зниження енергії.
5. Поганий апетит або переїдання
6. Негативне відчуття щодо себе - що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність.
9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду.

Рівні депресії:

- 0-4 мінімальна
- 5-9 легка
- 10-14 помірна
- 15-21 тяжка
- 22-27 вкрай тяжка

Додаток Е

Дихальні техніки та м'язової релаксація є базовими інструментами саморегуляції, які ефективно знижують рівень напруги та стабілізують психоемоційний стан фахівців. Їх застосування сприяє нормалізації

серцевого ритму, зменшенню м'язового тонусу та розширенню «вікна толерантності» до стресу [1; 2].

Діафрагмальне дихання активізує парасимпатичну нервову систему, запускає реакцію релаксації, знижує фізіологічне збудження та рівень тривоги. Техніка ґрунтується на глибокому, повільному диханні з акцентом на рух діафрагми з довшою фазою видиху, ніж фаза вдиху. *Техніка дихання 4-7-8* (розроблена доктором Ендрю Вейлом) включає вдих через ніс на 4 рахунки, затримку дихання на 7 рахунків і видих через рот на 8 рахунків. Це заспокоює нервову систему та полегшує засинання. *Дихання по квадрату*, використовується солдатами та працівниками служб екстреної допомоги для управління стресом у критичних ситуаціях. Воно включає вдих, затримку, видих і знову затримку, кожне на 4 рахунки. *Когерентне дихання* передбачає дихання з частотою приблизно 5-6 циклів на хвилину (вдих 5 секунд, видих 5 секунд). Ця частота синхронізує серцевий ритм з диханням, максимізуючи варіабельність серцевого ритму (HRV – важливий показник здоров'я автономної нервової системи та стресостійкості). Регулярна практика такого дихання підвищує загальну резилієнтність та покращує емоційну регуляцію. Для психологів ці техніки особливо корисні перед складною сесією чи публічним виступом - в ситуаціях, що вимагають зібраності та ясності мислення при високому рівні стресу.

Прогресивна м'язова релаксація (метод Джейкобсона) передбачає чергування напруження і розслаблення м'язів, що допомагає знизити соматичне напруження й усвідомити власні тілесні реакції [4].

Поряд із цілеспрямованими техніками важливу роль відіграють *повсякденні звички*, що створюють стійкий фундамент психологічного благополуччя. Регулярні прогулянки на свіжому повітрі, дотримання гігієни сну, стабільний розпорядок, обмеження екранного часу, збалансоване харчування: формують за пірамідою Маслоу - базовий рівень тілесної регуляції, без якого навіть найдосконаліші техніки працюють не так ефективно. До повсякденних ресурсів стрес-регуляції також належить

взаємодія з тваринами. Наукові дослідження показують, що контакт із тваринами знижує рівень кортизолу, підвищує варіабельність серцевого ритму та сприяє відновленню нервової системи. Службові собаки для ветеранів із ПТСР довели ефективність у зменшенні тривожності, нічних жахів та зниженні фізіологічної реактивності. Навіть коротка взаємодія з домашньою твариною підвищує рівень окситоцину - гормону прив'язаності та довіри [7].

Ці, здавалося б, прості практики набувають глибшого значення у світлі логотерапії Віктора Франкла, яка підкреслює важливість знаходження сенсу навіть у найрутинніших щоденних діях. В своїй книзі “Психолог в концтаборі” він описував, що життя, наповнює сенсом, усвідомлене проживання кожного моменту, через увагу до краси простих речей – ранкового сонця, контакту з природою, теплоти стосунків.

Для психологів, які часто втрачають контакт з простими радощами життя через інтенсивність діяльності, усвідомлене повернення до цих базових дій, стає не просто практикою стрес-менеджменту, а екзистенційним кроком - визнанням цінності власного життя, права на відновлення, повернення до власного «Я». Щоденна прогулянка перестає бути "втратою продуктивного часу", а стає часом турботи про себе, що має сенс і цінність незалежно від професійних досягнень. Взаємодія з улюбленцем нагадує про безумовне прийняття, присутності в моменті “тут і зараз”, можливість бути собою без професійних ролей.

Франкл також говорив про три шляхи знаходження сенсу: через творчість (що ми даємо світу), через переживання (що ми отримуємо від світу) та через ставлення до страждання. Ця здатність отримувати, а не лише давати, є критичною для фахівців допомагаючих професій, які ризикують вигоранням через односторонній потік енергії.

Практики усвідомленості (mindfulness) займають чи не основне місце в програмі розвитку психологічної стійкості. Усвідомленість - характеризується як навмисне звернення уваги теперішній момент з

відкритістю, цікавістю та прийняттям, без намагання змінити або оцінити його.

Практика усвідомленості передбачає зосередження уваги, найчастіше на диханні та повернення до нього кожного разу, коли розум відволікається. Регулярна практика 10-20 хвилин щоденної медитації протягом 8 тижнів демонструє вимірювані зміни в структурі мозку, такі як - збільшення щільності сірої речовини в областях, пов'язаних з регуляцією емоцій та самоусвідомленням, зменшення симптомів тривоги та депресії, покращення концентрації уваги та емоційної регуляції.

Для психологів *mindfulness* має особливу вагу, оскільки розвиває здатність бути присутнім з клієнтом, а не у власних реакціях, думках або оціночних судженнях. Вона тренує увагу, що надалі дозволяє помічати ранні ознаки стресу - напруження в тілі, вир думок, емоційну реактивність та своєчасно реагувати. У програмі важливо розуміти мету практики, це не "очистити розум" або "розслабитися", а просто бути присутнім з тим, що є; спрямування уваги на фізичні відчуття дихання; коли увага відволікається, а це буде відбуватися постійно, помічати це без самокритики та повертати увагу до дихання. Саме цей цикл «усвідомив - повернув увагу» і становить власне процес тренування.

Сканування тіла (body scan) є важливою практикою для тілесної усвідомленості. Практика передбачає систематичне спрямування уваги на різні частини тіла, від пальців ніг до верхівки голови, із спостереженням відчуттів (напруження, тепла, холоду, поколювання, важкості, легкості або відсутності відчуттів). Сканування тіла допомагає виявляти зони хронічного напруження, які спеціаліст може не усвідомлювати (стиснуті щелепи, напружені плечі, скручений живіт), та розвиває здатність до свідомого розслаблення цих зон. Особливо корисно під час роботи між сесіями з клієнтами, 5-хвилинна експрес-техніка дозволяє "скинути" тілесну напругу, яка накопичується під час емоційно навантаженої сесії, та підготуватися до зустрічі з наступним клієнтом у більш ресурсному стані.

Усвідомлене спостереження за думками тренує здатність сприймати їх як ментальні події, а не як об'єктивну реальність. Учасники практикують розглядати потік думок подібно до птахів, - «ви не можете заборонити птахам літати над вашою головою, але ви можете не дозволити їм будувати на ній гнізда». Тобто без занурення в контекст, без спроб зупинити чи контролювати. Така практика є особливо цінною у роботі з нав'язливими, самокритичними думками та катастрофічними сценаріями.

Медитація співчуття до себе (self-compassion meditation) формує здатність ставитися до себе з такою ж теплотою, турботою й прийняттям, як до клієнтів. Практика охоплює три ключові компоненти: усвідомлення власного страждання, визнання його частиною спільного людського досвіду та активне самопідтримка через тілесні й вербальні способи. Дослідження показують, що співчуття до себе є надійним захисним механізмом від стресу, адже воно не залежить від успіхів чи помилок. Для психологів, схильних до самокритики та завищених вимог до себе, розвиток цієї навички має важливе значення для запобігання професійного вигорання.

Практики повсякденної усвідомленої присутності. Це може бути усвідомлене харчування - присутність під час прийому їжі, увага до смаків, відчуттів; усвідомлена ходьба - увага до відчуттів ніг, що торкаються землі, руху тіла в просторі; усвідомлене слухання - присутність під час розмови; усвідомлені паузи - кілька свідомих вдихів-видихів між зустрічами з клієнтами.

Когнітивні техніки спрямовані на виявлення та модифікацію дисфункціональних думок, які підтримують стресову реакцію та знижують психологічну стійкість. Першим етапом є ідентифікація автоматичних думок — швидких, часто неусвідомлюваних оцінок, що безпосередньо впливають на емоційний стан. Для цього учасники програми використовують Щоденник, фіксуючи ситуацію, емоцію, автоматичну думку, аргументи «за» і «проти» та більш збалансовану альтернативу. Важливим є розпізнавання когнітивних спотворень: катастрофізація, надмірне узагальнення,

персоналізація, читання думок, чорно-біле мислення, «довженствування», емоційне обґрунтування, що дозволяє дистанціюватися від думки та зменшити її емоційний вплив.

Сократівський діалог використовується для перевірки переконань через запитання про факти, альтернативні пояснення та реалістичність найгірших і найкращих сценаріїв. *Когнітивна дефузія* з терапії прийняття та зобов'язань (АСТ) вчить вас дивитися на думки як на ментальні події, а не як на факти чи команди до дій. Це зменшує вплив негативних думок на емоції та поведінку без необхідності змінювати їхній зміст. *Техніка зупинки думок* допомагає перервати цикл роздумів або занепокоєння. Коли ви розпізнаєте некорисну думку, скажіть собі: «СТОП!» і переключіть увагу на іншу діяльність або більш корисну думку. Завершальним етапом є *рефреймінг* (когнітивне переосмислення) — свідомо зміна перспективи сприйняття стресової ситуації з фокусу на загрозі до фокусу на виклику чи можливості для професійного зростання. Це не применшення реальних труднощів, а зміщення уваги на потенціалі розвитку, що сприяє підвищенню психологічної гнучкості.

Позитивна психотерапія, що системно поєднує у собі психодинамічний, когнітивний та поведінковий елементи, розширює можливості саморегуляції психологів завдяки роботі з БМ та гармонізації актуальних здібностей “Знати” та “Любити”. Центральне місце займає Балансна модель, яка передбачає оцінку співвідношення тілесної сфери, діяльності, контактів та сенсів/фантазії. Щоденна коротка оцінка відсоткового розподілу уваги між сферами, визначення зон надмірного та недостатнього розвитку, дає змогу вчасно помічати дисбаланс. Для психологів типовим є гіпертрофія сфери "Діяльність" - надмірна концентрація на роботі, клієнтах, професійному зростанні за рахунок сфер: "Тіла" - недосип, відсутність фізичної активності; "Контактів"- мало часу для близьких, ізоляція від друзів та "Сенсів"- втрата зв'язку з власними мріями,

цінностями, духовністю. Усвідомлення цього диспропорційного розподілу та відновлення балансу є ефективним засобом профілактики вигорання.