

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня бакалавр
на тему: **«Емпіричне дослідження негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни»**

Виконав студент 4 курсу, групи Гз-41
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
Гавриленко Олег Сергійович

Керівник – кандидат психологічних наук, доцент
Гільман Анна Юріївна
Рецензент – доктор медичних наук, доцент
Мокієнко Андрій Вікторович

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання**

_____ (проф., д.м.н., Гущук І.В.)
(підпис)

Протокол № ____ від «__» _____ 2025 р.

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	6
1.1 Поняття негативних психічних станів у наукових джерела.....	6
1.2. Класифікація психічних станів та їх види.....	17
1.3.Особливості негативних психічних станів цивільних осіб різного віку в умовах війни.....	27
Висновки першого розділу.....	40
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	41
2.1. Характеристика вибірки. Етапи, методи та матеріали дослідження.....	41
2.2.Результати емпіричного дослідження негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни.....	44
2.3.Психологічний профіль цивільних жінок та чоловіків з різними психічними станами в умовах війни.....	74
Висновки другого розділу	79
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ	81
3.1.Тренінгова програма щодо корекції негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни.....	81
3.2.Практичні рекомендації щодо профілактики негативних психічних станів у цивільних осіб в умовах війни.	84
Висновки третього розділу	86
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91
ДОДАТКИ	98

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність даного дослідження обумовлена сучасними реаліями, в яких перебуває наше суспільство. Військові конфлікти, що тривають, мають значний вплив на психічне здоров'я цивільних осіб. Негативні психічні стани, такі як тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад, стають все більш поширеними серед населення, що проживає в зонах бойових дій. Дослідження цих станів є надзвичайно важливим для розробки ефективних методів психологічної підтримки та реабілітації постраждалих. Емпіричне дослідження негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни дозволяє не лише виявити основні чинники, що впливають на психічне здоров'я, але й розробити рекомендації для покращення психологічного стану населення. Це дослідження має велике значення для фахівців у галузі громадського здоров'я, психологів, соціальних працівників та інших спеціалістів, які працюють з постраждалими від війни.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Вивченням негативних психічних станів займалися як вітчизняні, так і зарубіжні дослідники, зокрема: А. Бек, М. Селігман, Д. Герман, К. Масlach, Д. Янг, С. Гроссман, Б. Хадсон, Б. Перрі, К. Еріксон, О. Вознюк, Л. Карамушка, І. Колеснікова, Л. Балобанова; поняття негативних психічних станів вивчали: Н. Левітов, Ю. Сосновікова, А. Бек; М. Селігман; С. Томчук, О. Вознюк; негативні психічні стани в екстремальних умовах було предметом вивчення: Д. Герман, С. Гроссман, Б. Хадсон, Б. Перрі, К. Еріксон; феномен негативних психічних станів як аспект ресурсно-поведінкового потенціалу особистості досліджували: О. Вознюк, Л. Карамушка та співавтори, Д. Янг, та ін.

Всі наведені вище факти вказують на актуальність обраної теми дослідження. Водночас, попри низку досліджень з окресленої проблеми недостатньо вивченим залишається питання вивчення негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни.

Метою дослідження є емпірично дослідити негативні психічні стани цивільних осіб в умовах війни.

Завдання:

- 1) проаналізувати поняття та види негативних психічних станів в наукових джерелах;
- 2) емпірично дослідити особливості негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни;
- 3) побудувати психологічні профілі негативних психічних станів у цивільних жінок та чоловіків в умовах війни;
- 4) розробити тренінгову програму щодо корекції негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни;
- 5) запропонувати практичні рекомендації щодо профілактики негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни.

Об'єкт дослідження: негативні психічні стани.

Предметом дослідження є особливості негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни.

Методи дослідження: *теоретичні* (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових джерел з питань вивчення негативних психічних станів); *емпіричні*: методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка), «Шкала астеничного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової, «Диференціальна діагностика депресивних станів» (В. Жмурова), «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер), Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В), опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП–98) (В. Моросанової і Р. Сагієва); *методи описової статистики*.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше: емпірично досліджено особливості негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни (зокрема повномасштабного вторгнення); з'ясовано, що до негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни відносять: середній рівень тривоги, фрустрації, агресивності, ригідності, легка форма депресії, середній рівень контролю в стресових ситуаціях, слабкий астеничний стан,

виражена спонтанна та реактивна агресія, дратівливість, сором'язливість, частково виражений стан невротизації; *визначено*, що цивільні особи мають виражений середній рівень планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкості та самостійності; виражені характеристики спонтанної та реактивної агресивності, дратівливості, сором'язливості тощо; *здобуло подальшого розвитку* розуміння поняття негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни; побудовано психологічні профілі негативних психічних станів у цивільних жінок та чоловіків в умовах війни; *розроблено* тренінгову програму щодо корекції негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни; *запропоновано* практичні рекомендації щодо профілактики негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни.

Практичне значення дослідження. Результати емпіричного дослідження можуть бути використані при реабілітації пацієнтів з психічними проблемами в медичних закладах для розробки реабілітаційних заходів з питань промоції здоров'я, психологами в освіті, психологічних та реабілітаційних центрах для розробки тренінгових програм, фахівцями громадського здоров'я для розробки профілактичних заходів щодо збереження здоров'я, викладачами ЗВО під час читання навчальних дисциплін «Промоція здоров'я», «Психічне здоров'я», «Психологічна реабілітація», «Психосоматика», «Спецпрактикум збереження психічного здоров'я» та ін. Розуміння негативних психічних станів цивільних осіб може допомогти лікарям під час планування лікування пацієнтів.

Апробація дослідження. Теоретичні й емпіричні результати дослідження було представлено на науковій конференції: XXX наукова викладацько-студентська конференція «Дні науки» в Національному університеті «Острозька академія» (м. Острог, 13 травня 2025 р.). Гавриленко О.С., тема доповіді «Особливості негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни».

Структура роботи. Дослідження складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Поняття негативних психічних станів у наукових джерелах

Психічні стани є однією з фундаментальних категорій психології, що відображає динамічний аспект людської психіки. Це тимчасові, цілісні характеристики психічної діяльності, які виявляються у формі внутрішніх переживань і впливають на хід діяльності, поведінку та функціонування особистості загалом.

У науковій літературі психічні стани зазвичай розглядаються як системне поєднання емоційних, когнітивних і вольових компонентів, що характеризують цілісну психічну активність у конкретний період часу. За визначенням Н. Левітова, психічний стан — це «внутрішня характеристика діяльності, що відображає єдність переживань та поведінки, викликана впливом внутрішніх і зовнішніх чинників» [2, с. 94].

Інший підхід подає психічні стани через призму їх функціонального значення. Ю. Сосновікова наголошує, що психічні стани слугують своєрідним фоном для прояву психічних процесів — сприймання, мислення, пам'яті тощо — і, відповідно, впливають на ефективність усієї психічної діяльності [23, с. 96]. У цьому контексті важливо враховувати не тільки змістовий, але й динамічний аспект станів: вони можуть бути стабільними, тривалими або короткочасними, гострими й перехідними.

Психічні стани поділяються на позитивні, нейтральні та негативні, залежно від того, як вони впливають на особистість. Позитивні (піднесення, натхнення, спокій) сприяють реалізації діяльності, тоді як негативні (стрес, тривога, пригнічення) зазвичай її ускладнюють. Водночас, у певних умовах навіть негативні стани можуть мати мобілізуюче значення — наприклад, короткочасний страх здатен активізувати механізми самозахисту.

У дослідженнях останніх років особлива увага приділяється впливу соціального контексту на психічні стани особистості. Зокрема, в умовах війни, пандемії або іншої соціальної турбулентності, психічні стани людей зазнають значних змін. Ці зміни не завжди є патологічними, однак можуть свідчити про порушення адаптаційних механізмів і потребують психологічного супроводу.

У наукових джерелах психічні стани трактується як багатокомпонентне й багаторівневе явище, що має як внутрішню (емоційно-когнітивну), так і зовнішню (поведінкову) динаміку. Це дає змогу аналізувати їх не лише з точки зору теорії, а й з урахуванням прикладного значення, зокрема в умовах кризових або екстремальних життєвих ситуацій.

У межах загального поняття «психічні стани» важливу роль відіграє їх класифікація за емоційною валентністю — позитивні, нейтральні та негативні. Під негативними психічними станами розуміють відносно стійкі переживання, що супроводжуються внутрішнім напруженням, дистресом, відчуттям небезпеки, безнадії, фрустрації, зниженням адаптивних ресурсів особистості. Ці стани можуть мати як гострий, так і хронічний характер, проявляючись у вигляді тривоги, апатії, емоційного вигорання, страху, депресивних епізодів, збудження чи дезорганізації поведінки [38, с. 98]; [23, с. 96].

Згідно з позицією С. Томчука, негативні психічні стани — це не лише емоційні порушення, але й когнітивні зрушення, що призводять до зниження концентрації уваги, спотворення сприйняття реальності, автоматичних негативних думок та руйнівної поведінки [38, с. 98]. Так, у стресовому стані людина часто не здатна адекватно оцінювати ситуацію, що веде до ірраціональних рішень або соціального відчуження.

Негативні психічні стани мають низку характерних ознак:

1. Емоційні: домінування негативних емоцій (тривога, гнів, смуток, відчай);
2. Когнітивні: песимістичні переконання, зниження когнітивної гнучкості, румінації;

3. Фізіологічні: соматичні прояви (прискорене серцебиття, порушення сну, втома);

4. Поведенкові: уникнення, деструктивна активність або, навпаки, бездіяльність;

5. Соціальні: ізоляція, зниження соціальної підтримки, конфліктність.

Ці стани значно відрізняються від позитивних, які, навпаки, характеризуються внутрішнім комфортом, емоційною рівновагою, активністю, націленістю на досягнення та конструктивною поведінкою. Позитивні психічні стани сприяють соціальній адаптації, зростанню стресостійкості та ефективній комунікації. Негативні ж — навпаки, можуть стати тригером розвитку психоемоційних розладів і викликати дезадаптацію [14, с. 95]; [5, с. 94].

Відомий американський психолог А. Бек вважав, що основою багатьох негативних станів є «когнітивні викривлення» — автоматичні негативні думки, які постійно повторюються і формують відчуття безнадії (Beck, 1979). У цьому контексті особливої актуальності набуває поняття «вивченої беспорядності», запропоноване М. Селігманом. Суть цього явища полягає у формуванні стійкого переконання, що особа не здатна впливати на хід подій, що призводить до станів апатії, зниження мотивації та депресії [67, с. 100].

Дослідниця Д. Герман у своїй роботі «Trauma and Recovery» (1992) описує негативні психічні стани як результат порушення базового почуття безпеки. Посттравматичні переживання, за її словами, можуть проявлятися у вигляді флешбеків, емоційної оціпенілості та гіпервозбудження [54, с. 99].

Незважаючи на деструктивний потенціал, негативні психічні стани не завжди мають патологічну природу. У короткочасному вимірі вони можуть бути нормальною адаптаційною реакцією на складні життєві обставини. Наприклад, тривога перед екзаменом або страх у критичній ситуації є природною реакцією організму на загрозу. Проте їх хронічний характер, висока інтенсивність або наявність соматичних симптомів вимагають професійної допомоги психолога або психотерапевта [34, с. 97].

Розуміння негативних психічних станів значною мірою базується на наукових концепціях, запропонованих провідними дослідниками у галузі клінічної, когнітивної та соціальної психології. Їхні підходи не лише розкривають природу деструктивних емоційних переживань, а й пропонують теоретичні моделі для аналізу, діагностики та подальшої корекції таких станів.

Одним з найвпливовіших дослідників у цій сфері є А. Бек — засновник когнітивної терапії. Він розробив модель депресії, згідно з якою в основі цього стану лежить когнітивна тріада: негативне ставлення до себе, до світу та до майбутнього [47, с. 99]. Людина у стані депресії схильна до автоматичних негативних думок, які не усвідомлюються, однак постійно активуються у стресових ситуаціях. Саме вони формують суб'єктивну картину безнадії та безпорадності, що підтримує та поглиблює деструктивні стани [46, с. 99]. У контексті війни цей механізм є особливо актуальним, оскільки цивільні особи постійно піддаються впливу загроз, втрат і соціальної нестабільності.

Продовженням цієї концепції стала теорія вивченої безпорадності М. Селігмана. Вона виникла на основі експериментів, у яких тварини, зазнаючи багаторазового болісного впливу без можливості втечі, згодом не намагалися уникнути страждань навіть тоді, коли така можливість з'являлася [67, с. 100]. Перенесена на людину, ця модель пояснює, чому індивід, опинившись у хронічній травматичній ситуації (війна, біженство, втрата дому), втрачає ініціативу, мотивацію та віру у власну дієздатність [68, с. 100].

Іншою ключовою фігурою є К. Масlach, авторка концепції емоційного вигорання (burnout), яка є особливо актуальною для цивільного населення в умовах затяжного стресу. Масlach розглядає вигорання як трикомпонентний синдром, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію (відчуження) та зниження особистих досягнень [63, с. 100]. Особливо небезпечно те, що емоційне вигорання часто маскується під звичайну втому або байдужість, у той час як насправді вказує на глибокі емоційно-психологічні порушення [62, с. 100]. У мирних громадян воєнного часу цей синдром може розвиватися як реакція на хронічний страх, відсутність стабільності, інформаційне перенавантаження,

постійне співпереживання (особливо в умовах волонтерської чи гуманітарної діяльності).

Поглиблене розуміння природи травматичного досвіду запропонувала Джудіт Герман у класичній праці *Trauma and Recovery* (1992). Вона описала посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як стан, що виникає внаслідок подій, які загрожують життю, порушують базове відчуття безпеки та цілісності Я [54, с. 99]. Основними симптомами ПТСР є флешбеки, нав'язливі спогади, емоційна відстороненість, порушення сну та гіпервозбудження. Герман підкреслює, що в умовах війни не лише військові, але й цивільні особи, особливо діти та жінки, є високочутливими до травматизації, яка може призвести до тривалих змін у поведінці та емоційній сфері.

Значний внесок у розуміння глибинних механізмів деструктивних станів зробив Д. Янг, засновник схемотерапії. За його підходом, багато негативних психічних станів виникають у наслідок активації дисфункціональних схем, що були сформовані в дитинстві через травматичний досвід [73, с. 101]. Ці схеми — наприклад, «покинутості», «недостатності», «покарання» — спотворюють сприйняття реальності та підштовхують особистість до деструктивних повторюваних сценаріїв. У ситуації війни такі схеми можуть активуватись під дією реальних загроз, створюючи хронічні стани тривоги, депресії, внутрішньої нестабільності.

У сучасному контексті також набуває значення поняття вторинної травматизації — впливу травматичного досвіду інших людей на психологічний стан індивіда. Дослідниця Б. Хадсон вказує, що волонтери, медики, соціальні працівники та навіть глядачі новин, які постійно перебувають у контакті з чужим болем, можуть переживати симптоми, аналогічні до ПТСР: тривожні сни, відчуття безпорадності, емоційне вигорання. Такий стан особливо характерний для суспільств, що тривалий час перебувають у стані колективної травми [56, с. 99].

Погляди наведених авторів дозволяють сформулювати багатовимірне бачення негативних психічних станів — як результату порушеної адаптації, внутрішніх

когнітивних викривлень, повторної травматизації або хронічного емоційного виснаження. Важливим є порівняльний аналіз основних наукових підходів до вивчення негативних психічних станів, який дає змогу виокремити ключові точки дотику та розбіжності у розумінні їх природи, структури та динаміки.

Традиційно психічні стани вивчались у межах емоційного підходу, який зосереджується на переживаннях суб'єкта. Відповідно до цього підходу, негативні психічні стани розглядаються як результат емоційної дисгармонії, що виникає внаслідок фрустрації потреб, соціальної ізоляції чи втрати. На думку Л. Балабанової, такі стани включають у себе переважно афективні компоненти: тривогу, страх, гнів, сором, вину [23, с. 96]. Емоційна модель акцентує увагу на безпосередньому переживанні ситуації, нехтуючи при цьому когнітивними процесами, які супроводжують ці реакції.

Інший — когнітивний підхід, ініційований А. Беком, виходить із того, що негативні психічні стани є похідними від спотворених мисленнєвих схем. Це не просто емоційна реакція на подію, а результат глибинних когнітивних процесів, які визначають інтерпретацію подій і впливають на емоційну сферу [46, с. 99]. Така модель пояснює індивідуальні відмінності у сприйнятті однакових ситуацій: те, що для однієї людини є фатальним, інша може сприйняти як тимчасову складність.

У межах психофізіологічного підходу психічні стани розглядаються як комплексні реакції організму, що мають і психологічний, і фізіологічний характер. Ільїн називає їх психофізіологічними станами, що відображають рівень активності особистості, її мобілізацію або, навпаки, виснаження (Томчук, 2007). Такий підхід особливо актуальний у контексті вивчення тривалих кризових або екстремальних ситуацій — зокрема війни, де важливе значення мають і соматичні маркери: порушення сну, серцевого ритму, артеріального тиску тощо.

Соціально-психологічна парадигма, яку представляють, зокрема, Карамушка та колеги, робить акцент на впливі соціального контексту (умов праці, міжособистісної взаємодії, організаційної культури) на виникнення

деструктивних станів [14, с. 95]. Такий підхід дозволяє побачити, як зовнішні обставини взаємодіють із внутрішніми ресурсами особистості, створюючи специфічні форми реагування, які можуть або підтримувати адаптацію, або спричиняти порушення.

У контексті сучасних криз, зокрема збройного конфлікту в Україні, актуальним стало звернення до екзистенційного підходу, в якому психічні стани розглядаються як реакції на втрату сенсу, кризу ідентичності, граничні ситуації (страх смерті, ізоляції, свободи). Психічне спустошення, фрустрація базових екзистенційних потреб (безпеки, стабільності, приналежності) є передумовами для формування негативних станів, таких як апатія, емоційна відчуженість, втрата волі до життя [54, с. 99]; [56, с. 99].

Порівняння наведених підходів дозволяє зробити кілька ключових висновків:

1. Емоційний підхід акцентує увагу на суб'єктивному переживанні, але не пояснює механізми формування станів;
2. Когнітивна модель є більш інструментальною і дозволяє застосовувати конкретні методи психокорекції;
3. Психофізіологічний підхід забезпечує комплексне розуміння станів як тілесно-психічних феноменів;
4. Соціально-психологічна модель фокусується на контексті — впливі середовища, спільнот, організацій;
5. Екзистенційна перспектива актуалізує духовні, ціннісні та сенсоутворювальні аспекти людського буття.

Сучасні трактування негативних психічних станів синтезують зазначені підходи. Зокрема, у праці Вознюка [5, с. 94] зазначається, що деструктивні психічні стани розглядаються як індикатори порушення інтегративних процесів особистості, що проявляється у зниженні здатності до саморегуляції, осмислення і прийняття ситуації. У дослідженні Томчука [38, с. 98] підкреслено, що негативні стани є відображенням конфлікту між зовнішніми вимогами та внутрішніми

можливостями суб'єкта, і що їх тривалість прямо пов'язана з рівнем психоемоційного ресурсу.

У сучасному українському контексті негативні психічні стани також все частіше трактуються як адаптивно-мобілізаційні реакції, які можуть мати як руйнівний, так і захисний характер [34, с. 97]. Короткочасна тривога може мобілізувати ресурси, а довготривала — призводити до виснаження. Відтак важливо розрізняти адаптивні і дезадаптивні негативні стани, що потребують різного психологічного супроводу.

У межах клінічної психології все частіше вживається поняття «ментальної травми», яка розглядається не лише як результат одномоментної події (наприклад, вибух чи смерть близької людини), але і як накопичуваний ефект тривалого перебування у стресогенному середовищі. Такий стан описується в новітніх підходах як кумулятивна або повторна травматизація, що формує глибокі зміни у психіці — втрату відчуття контролю, порушення часової перспективи, зниження емпатії, емоційне оніміння [73, с. 101]; [56, с. 99].

Отже, сучасна психологічна наука прагне подолати одновимірність у трактуванні негативних психічних станів, розглядаючи їх як багатокomпонентні, багаторівневі явища, що охоплюють емоційні, когнітивні, поведінкові, тілесні та соціальні аспекти.

Воєнний стан, що охопив Україну у 2014, а з особливою силою з 2022 року, став критичним тригером для психічного здоров'я цивільного населення. Зміни в соціальному, інформаційному, емоційному середовищі призвели до масштабного зростання негативних психічних станів, які не лише позначаються на індивідуальному функціонуванні особистості, а й формують нові виклики для національної системи психологічної підтримки. Війна — це не лише збройне протистояння, а й травматичний контекст життя, що радикально змінює внутрішній світ людини.

Сучасні дослідження показують, що переживання війни спричиняє підвищення рівня хронічної тривоги, емоційного виснаження, депресивних

станів, почуття безнадії та порушення базового відчуття безпеки [34, с. 97]. Важливо усвідомити, що ці прояви є не лише емоційними реакціями, а системними психофізіологічними порушеннями, які зачіпають поведінку, мотивацію, когнітивну сферу. В умовах воєнної загрози порушуються всі базові потреби людини — в безпеці, стабільності, приналежності, майбутньому. Це формує глобальну тривожність, що здатна перетікати в патологічні форми: ПТСР, тривожні розлади, реактивну депресію.

Особливо актуальним стає поняття кумулятивного стресу — поступового наростання дистресу внаслідок повторних травмуючих подій. С. Гроссман вводить поняття «акумуляованого бойового стресу», що має відношення не лише до військових, а й до цивільних, які постійно перебувають у небезпеці, стежать за новинами, втрачають близьких або змушені залишити рідні місця. Такий стрес не завжди усвідомлюється, однак поступово знижує емоційну стійкість, когнітивну ясність, соціальну адаптацію [53, с. 99].

Психічні стани цивільного населення мають свою специфіку в умовах війни. Якщо військові проходять навчання та адаптаційні програми, то цивільні — особливо діти, підлітки, люди похилого віку — опиняються у кризовій ситуації без підготовки. Це робить їх більш уразливими до дезадаптивних реакцій. За даними дослідження, проведеного університетом «КРОК», у цивільних громадян фіксується підвищена частота фрустраційних реакцій, апатії, тривожності та втрати контролю над поведінкою [223, с. 96]. Психологічне навантаження супроводжується й соціальними наслідками: втратою роботи, житла, звичного оточення, а також інформаційним тиском, який створює відчуття постійної небезпеки.

У цьому контексті важливим є розуміння того, що негативні психічні стани можуть бути як реакцією, так і симптомом. Реакція — це нормальна емоційна відповідь на травматичну ситуацію, яка поступово згасає. Натомість симптом — ознака порушення, що зберігається тривалий час і вимагає корекції. Сучасна психотравматологія наголошує: хронічні деструктивні стани — це не просто

"емоційна слабкість", а глибока зміна у структурі внутрішнього світу, яка потребує кваліфікованого втручання [54, с. 99]; [73, с. 101].

1. Актуалізуються також такі поняття, як:
2. Вторинна травматизація — особи, які не є безпосередніми жертвами, але постійно стикаються з чужим болем (волонтери, соцпрацівники, журналісти).
3. Колективна травма — травма, що вражає не одну особу, а групу або навіть суспільство загалом. За Кай-Еріком Еріксоном, це втрата довіри, соціального зв'язку, стабільності [50, с. 999].

Особливу тривогу викликає вплив війни на дітей та підлітків, оскільки негативні психічні стани у цьому віці формують стійкі емоційно-поведінкові моделі, які зберігаються в дорослому житті. Згідно з Б. Перрі [65, с. 100], дитячі травми формують негативні схеми реагування, що виявляються в агресії, емоційній дисоціації, регресії, порушеннях соціалізації. У дітей війни спостерігається зміщення базових установок, зниження довіри до світу, підвищена вразливість до тривожних і депресивних реакцій.

У науковій статті Сафіна і Масі (2024) наголошується, що в умовах війни навіть звичні методи психологічної допомоги не завжди ефективні, оскільки реальність змінюється швидше, ніж адаптивні механізми.

Варто також згадати, що війна у XXI столітті має гібридний характер, і значну частину психічного тиску створює інформаційна війна. Потік жорстких візуальних і текстових матеріалів, дезінформація, нав'язування катастрофічного мислення — усе це спричиняє виснаження психіки навіть без фізичного контакту з подіями. Цей ефект добре описаний у моделі медіа-травми, що є новим феноменом сучасної психосоціальної реальності.

Таким чином, воєнний контекст радикально змінює як форму, так і зміст негативних психічних станів. Їх виникнення, перебіг та наслідки залежать не лише від особистісних характеристик, а й від місця проживання, доступу до ресурсів, інформаційного фону, рівня соціальної підтримки.

Аналізуючи наукову літературу представимо різні підходи до розуміння негативних психічних станів у науковій літературі (табл. 1.1)

Таблиця 1.1

Визначення негативних психічних станів у наукових підходах

Автор	Визначення поняття негативних психічних станів	Ключові характеристики негативних психічних станів
Д. Янг	наслідок активації дезадаптивних схем.	Хронічна тривожність, нестабільність емоцій, внутрішні конфлікти, повторювані життєві сценарії.
О. Вознюк	відображення конфлікту між внутрішніми імпульсами та зовнішніми вимогами.	Інтрапсихічний конфлікт, емоційна нестабільність, зниження саморегуляції.
Л. Карамушка та ін.	індикатор порушення психологічної безпеки в організаційному та соціальному контексті.	Соціальна напруженість, втрачена ефективність, психологічне виснаження, фрустрація.
А. Бек	результат когнітивних викривлень, що породжують деструктивні емоції.	Песимізм, депресія, самозвинувачення, занижена самооцінка.
Р. Лазарус	результат стресових подій та складнощів у процесі їхнього подолання.	Стрес, емоційне виснаження, тривога.
Г. Сальє	надмірний стрес, що викликає психоемоційні порушення.	Тривога, виснаження, психосоматичні симптоми.
В. Франк	стани, що виникають через втрату сенсу життя або ціннісну дезорієнтацію.	Екзистенційна порожнеча, апатія, фрустрація.
А. Елліс	стани, що викликані ірраціональними переконаннями та думками.	Негативна самокритика, емоційна нестабільність, тривога.

Отже, у психологічній літературі негативні психічні стани визначають як багатокомпонентні утворення, що виникають у відповідь на стресові та травматичні події й характеризуються емоційним виснаженням, когнітивними спотвореннями, поведінковими порушеннями та соціальною дезадаптацією. Різні наукові підходи одностайно вказують на те, що негативні стани знижують ресурсний потенціал особистості, ускладнюють процеси саморегуляції та адаптації до змінених життєвих умов. Їх виникнення пов'язане як із зовнішніми факторами (стрес, травма), так і з внутрішніми особливостями особистості (когнітивні схеми, інтрапсихічні конфлікти).

1.2. Класифікація психічних станів та їх види

У психології класифікація психічних станів має принципове значення для їх теоретичного осмислення, діагностики й подальшої психологічної інтервенції. Класифікація — це не лише засіб упорядкування знань, але й спосіб виявлення сутнісних властивостей досліджуваного явища. У випадку психічних станів це дозволяє структурувати розмаїття їх проявів, інтенсивності, тривалості, якісного забарвлення.

Систематичних підходів до класифікації психічних станів є робота Л. Балобанової, яка розрізняє стани за тривалістю та стабільністю. На її думку, психічні стани можуть бути короткочасними (афекти, емоційні сплески), проміжними (настрій) і тривалими (депресія, стійка тривога, хронічна апатія) [2, с. 94]. Така класифікація дозволяє оцінити не лише силу впливу стану на поведінку, але й перспективу його подолання чи хроніфікації.

Інший класифікаційний критерій — емоційна валентність, тобто якісний вектор переживання. За цим параметром усі психічні стани поділяють на позитивні, негативні і нейтральні. Позитивні стани (радість, інтерес, піднесення) пов'язані з адаптивною функцією, мобілізують ресурси та стимулюють

активність. Негативні ж (тривожність, страх, безпорадність, фрустрація) — сигналізують про загрозу або порушення гомеостазу, що вимагає адаптації. Нейтральні стани (байдужість, спокій) виконують роль своєрідного "фону" для переживання інших психічних станів [15, с. 95].

Ще один важливий критерій — інтенсивність психічного стану, яка визначає його глибину, ступінь вираженості та здатність впливати на пізнавальну й поведінкову діяльність. За цією ознакою виокремлюють легкі (слабке роздратування, легка тривога), середні (стійке збудження, напруга), важкі (гнів, паніка, емоційне спустошення). Інтенсивність психічного стану залежить як від сили зовнішнього подразника, так і від індивідуальних особливостей особистості, включаючи темперамент, життєвий досвід, рівень саморегуляції.

У працях І. Колесникової запропоновано розглядати психічні стани ще й за критерієм впливу на діяльність:

1. Оптимальні стани — сприяють зосередженню, мотивації, ефективності (наприклад, мобілізована тривожність перед відповідальною подією).
2. Нейтральні стани — не мають суттєвого впливу на продуктивність.
3. Дезадаптивні стани — знижують активність, гальмують мислення, унеможливають реалізацію завдань (Колеснікова, 2019).

У свою чергу, Л. Балабанова доповнює класифікацію, вводячи аспект локалізації впливу психічного стану:

1. Емоційно-домінуючі — переважають емоційні прояви (тривога, страх, гнів).
2. Когнітивно-забарвлені — змінюють спосіб сприйняття й оцінювання ситуації (апатія, депресія, внутрішнє спустошення).
3. Соматизовані — мають тілесне відображення: втома, головний біль, м'язова напруга, порушення сну [2, с. 94].

Окремо виділяють функціональні та дисфункціональні стани: перші — допомагають людині реагувати на середовище, адаптуватись, організовуватись; другі — порушують рівновагу, заважають цілеспрямованій діяльності. Цей поділ

часто застосовується у практичній психології для визначення потреби в корекції, особливо в кризових ситуаціях, зокрема — під час війни.

Класифікації також можуть бути побудовані за критерієм походження станів:

1. Ендогенні — виникають на основі внутрішніх змін у психіці (наприклад, депресивні стани при афективних розладах).
2. Реактивні — є відповіддю на зовнішні події (наприклад, тривога внаслідок небезпеки чи втрати).
3. Хронічні — утворюються внаслідок тривалого впливу стресорів (вигорання, кумулятивний стрес).

Сучасна психологія пропонує також класифікацію за контролюваністю:

1. Керовані стани — особа усвідомлює їх і здатна регулювати (наприклад, тривожність на початку екзамену).
2. Некеровані — стають надто інтенсивними або автоматичними, потребують втручання (панічні атаки, посттравматичні реакції).

Класифікація психічних станів є важливою ланкою у вивченні їх природи, динаміки та ролі в життєдіяльності особистості. Вона дозволяє систематизувати різноманіття проявів, що характерні для емоційної, когнітивної та поведінкової сфер, і створює основу для наукового аналізу, діагностики та психологічного втручання. У науковій літературі існує низка підходів до класифікації психічних станів, які відрізняються за своїми критеріями, структурою й методологічними основами.

Одним із класичних підходів є класифікація, яка поділяє психічні стани за тривалістю та впливом на діяльність. Вона виділяє короткочасні (емоційні спалахи, афекти), середньотривалі (настрій) та довготривалі (тривожні або депресивні фони, емоційне виснаження) психічні стани [2, с. 94]. Така класифікація базується на часовому аспекті станів, що має практичне значення для психологічної підтримки у кризових ситуаціях.

Інший підхід розглядає психічні стани як цілісні реакції на зміну умов діяльності, що впливають на результативність та особистісну саморегуляцію. У цій класифікації головними критеріями є валентність (позитивна/негативна) та адаптивність (оптимальний/дезадаптивний) стан [15, с. 955]. Для діагностики психічного стану важливо враховувати не лише його зовнішні прояви, але й інтенсивність, глибину та стабільність.

Сучасна українська дослідниця Л. Балабанова пропонує розширену модель класифікації, яка враховує не лише емоційні прояви, а й когнітивну й соматичну складову психічного стану. Вона виокремлює: 1) емоційно-афективні стани (тривога, гнів, страх), 2) когнітивно-забарвлені стани (депресія, апатія), 3) психосоматичні стани (втома, напруження, соматичний дискомфорт) [2, с. 94].

Цей підхід має міждисциплінарний характер і добре узгоджується з моделями, які застосовуються в психосоматичній медицині, психотерапії та в роботі з посттравматичними станами.

Зарубіжна наука також пропонує ряд класифікацій, які базуються на інших підходах. Д. Канеман виокремлює стани «системи 1» та «системи 2» — автоматичні, швидкі, емоційні стани проти контрольованих, повільних, рефлексивних. Хоча це не є прямою класифікацією психічних станів у класичному розумінні, концепція має прикладне значення для аналізу когнітивних викривлень у стресових ситуаціях [59, с. 100].

У галузі клінічної психології Р. Плутчик запропонував емоційну модель у формі колеса, яка дозволяє класифікувати стани за їх емоційною основою: гнів, страх, радість, довіра, тощо. За його моделлю, комбінації базових емоцій утворюють складні психічні стани — наприклад, тривожність як комбінація страху і передчуття загрози, депресія як поєднання смутку й безнадії [66, с. 100].

П. Екман, відомий своїм вивченням мікроекспресій та емоцій, пропонує класифікацію за універсальністю та вираженістю стану. Він стверджує, що деякі психічні стани, такі як страх, гнів чи відраза, мають біологічну основу і

виявляються у всіх культурах, тоді як інші є соціально детермінованими [49, с. 99].

Щодо прикладного застосування класифікацій, важливо згадати Американську психіатричну асоціацію, яка у DSM-5 (Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів) класифікує психічні стани відповідно до клінічних критеріїв — тривалість, ступінь впливу на функціонування, інтенсивність симптомів. Хоч це й не класифікація загальних психічних станів у широкому розумінні, вона відіграє важливу роль у визначенні межі між нормативним станом і клінічно значущим порушенням (APA, 2013).

Порівняльний аналіз показує, що вітчизняні підходи більшою мірою орієнтовані на структурно-функціональний аспект, з акцентом на зв'язок між станом та діяльністю, тоді як зарубіжні моделі більше схильні до біопсихосоціального аналізу, еволюційної бази та нейропсихологічних маркерів.

Поєднання різних класифікацій дозволяє створити інтегративну модель, яка враховує: емоційний аспект (валентність, інтенсивність), когнітивний (сприйняття, інтерпретація), поведінковий (реакція, активність), фізіологічний (соматичні прояви), контекстуальний (соціальне середовище, травма, війна).

Таке комплексне бачення відкриває ширші можливості для діагностики, профілактики та психокорекції негативних психічних станів, особливо в умовах воєнного часу, коли деструктивні емоційні фони поширюються на значні соціальні групи.

Негативні психічні стани — це складні психологічні феномени, які виникають у відповідь на дистресові, загрозливі або травмуючі події. Вони відображають реакцію особистості на порушення внутрішньої рівноваги, втрату контролю, обмеження потреб або травму. Найпоширенішими серед них є тривожність, страх, фрустрація, депресія, апатія, емоційне вигорання, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) тощо.

Тривожність — це емоційний стан, пов'язаний із передчуттям небезпеки, невизначеності, негативних наслідків майбутніх подій. На відміну від страху,

тривожність не має чітко визначеного об'єкта, а носить дифузний, хронічний характер [5, с. 94]. Її фізіологічними проявами є серцебиття, напруження м'язів, безсоння, підвищена пітливість. На когнітивному рівні тривожність супроводжується румінаціями, катастрофічними очікуваннями, втратою концентрації. У воєнному контексті вона часто стає фоновим станом для цивільного населення — особливо при постійній загрозі обстрілів або втрат.

Страх — одна з базових емоцій, що виконує адаптивну функцію в умовах реальної небезпеки. У той же час, тривалий або надмірний страх може стати основою дезадаптивних реакцій: уникнення, порушення сну, панічні атаки, соматизація [49, с. 99]. В умовах війни страх за життя, безпеку дітей, втрату житла чи статусу формує тривкі поведінкові та емоційні порушення, які можуть перейти у ПТСР або хронічну тривожність.

Фрустрація — це стан психологічного напруження, який виникає у ситуації перешкоджання досягненню мети або задоволенню важливої потреби. Вона супроводжується почуттям розчарування, безпорадності, агресії або апатії. Війна часто стає джерелом фрустрації, оскільки руйнує плани, позбавляє звичних можливостей, змушує адаптуватися до нових реалій. Залежно від особистісних особливостей фрустрація може викликати або мобілізацію ресурсів, або деструктивну поведінку [233, с. 96].

Депресія — це патологічний стан пригніченості, зниження життєвої енергії, втрати інтересу до діяльності, що триває протягом тривалого часу. За критеріями DSM-5, депресія супроводжується низьким настроєм, втратою інтересу, апатією, порушенням сну й апетиту, думками про смерть [45, с. 98]. Аарон Бек розглядав депресію як наслідок негативної когнітивної тріади — негативного ставлення до себе, світу й майбутнього [46, с. 99]. У воєнному середовищі депресія особливо поширена серед переміщених осіб, людей, які зазнали втрат або втратили сенс життя.

Апатія — це психічний стан, що характеризується зниженням емоційної реактивності, байдужістю до подій, втратою мотивації. Вона нерідко є

супутником депресії, але також може виникати як захисний механізм, особливо після тривалого стресу або емоційного виснаження. В умовах війни апатія часто розвивається у тих, хто вичерпав ресурс адаптації, і потребує уважного психологічного супроводу [226, с. 96].

Емоційне вигорання — це хронічний стан емоційного виснаження, втрати сенсу діяльності та знеособлення у міжособистісних стосунках. За моделлю Крістіни Маслач, воно має три компоненти:

1. емоційне виснаження,
2. деперсоналізація (цинічне ставлення до людей),
3. зниження професійної ефективності [62, с. 100].

У воєнний час це особливо актуально для волонтерів, медиків, вчителів, соціальних працівників, які постійно надають допомогу іншим, але не мають умов для відновлення.

ПТСР — це комплексний психічний стан, що виникає після переживання події, яка несла загрозу життю або фізичній цілісності. За даними DSM-5, ПТСР включає:

1. інтрузивні спогади (флешбеки, нічні кошмари),
2. уникання нагадувань,
3. емоційне оціпеніння,
4. гіпервозбудження [45, с. 98].

Цей стан часто зустрічається у цивільних, які стали свідками бойових дій, втратили близьких, зазнали поранення або переслідування [54, с. 99].

Кожен із наведених негативних психічних станів має свої особливості, механізми виникнення, прояви та наслідки. Водночас їх часто супроводжує коморбідність — тобто поєднання кількох станів в одного індивіда (наприклад, тривожність + вигорання або ПТСР + депресія).

Сучасні воєнні конфлікти, зокрема повномасштабна війна в Україні, спричинили безпрецедентне психоемоційне навантаження на цивільне населення. В умовах постійної небезпеки, втрати, соціальної нестабільності та

інформаційної перенасиченості, негативні психічні стани стали масовим явищем. Саме тому системне розуміння їх природи, класифікації та проявів є ключовим чинником ефективної психологічної допомоги.

Класифікації, запропоновані в науковій літературі, дозволяють систематизувати стани за рядом параметрів: тривалістю, валентністю, інтенсивністю, впливом на діяльність, походженням тощо [2, с. 94]. Це дає змогу краще розуміти, в якому емоційному, поведінковому і когнітивному полі перебуває людина, що опинилася в кризовій ситуації.

Окремої уваги заслуговує практичне значення класифікацій у контексті первинної психологічної допомоги. Знання про те, що апатія є не просто "байдужістю", а потенційним симптомом емоційного виснаження або початкової фази депресії, дозволяє фахівцеві запобігти подальшій деструкції психіки [5, с. 944]. Само розуміння різниці між реактивною тривожністю й генералізованим тривожним розладом може допомогти у визначенні, чи потребує людина лише підтримки чи вже професійного лікування.

Особливо важливо враховувати класифікацію станів у роботі з вразливими категоріями населення: дітьми, підлітками, людьми похилого віку, ВПО (внутрішньо переміщеними особами), особами, які пережили втрату чи насильство. Для дітей типовими є поведінкові маркери негативних станів — регресія, агресія, мовчазність. Для підлітків — тривожні та депресивні симптоми з ризиком самоушкоджень. Для літніх людей — соматизація стресу, соціальне відсторонення [26, с. 96]. Класифікація дозволяє адаптувати підхід до віку, контексту та психофізіологічних особливостей людини.

У процесі масових евакуацій, тимчасового переміщення або життя в умовах окупації психологи часто стикаються із феноменами травми втрати, дисоціації, кумулятивного стресу. Відповідно до сучасних підходів, важливо не тільки ідентифікувати симптом, але й визначити його глибину, джерело і тип: реактивний, хронічний, латентний [54, с. 99]; [56, с. 99]. Саме класифікація

дозволяє створити своєрідну «психологічну карту» особи, що страждає, і надати цільову допомогу.

Ще однією важливою функцією класифікації є профілактична. У роботі з волонтерами, освітянами, медичними працівниками, які перебувають у стані тривалого емоційного навантаження, знання про вигорання, фрустрацію, втому співчуття дозволяє виявити перші ознаки виснаження і запобігти поглибленню деструктивних станів. Наприклад, якщо людина демонструє цинізм, зниження емпатії, роздратованість — це може бути ознакою деперсоналізації, тобто другої стадії емоційного вигорання за Масlach [662, с. 100].

Важливо зазначити, що в умовах війни психологічна допомога не завжди можлива у форматі тривалої терапії. Часто мова йде про екстрене втручання, короткострокову стабілізацію або кризову підтримку. У таких випадках класифікації допомагають:

1. швидко зорієнтуватися в психоемоційному стані особи;
2. визначити, які техніки або методи доцільні (наприклад, стабілізаційні, тілесно-орієнтовані, когнітивні тощо);
3. ухвалити рішення про перенаправлення до спеціаліста вищого рівня (психіатра, психотерапевта тощо).

Знання про класифікацію та види негативних психічних станів — це не просто теоретичне підґрунтя, а практичний інструмент для збереження психічного здоров'я нації у критичних умовах. Для фахівців різних напрямів це означає кращу ефективність допомоги, для самих людей — розуміння себе, для держави — стратегічну базу для формування систем психологічної безпеки. Аналізуючи наукову літературу представимо різні підходи до класифікацій негативних психічних станів за основними критеріями у науковій літературі (табл. 1.2)

Таблиця 1.2

Класифікація негативних психічних станів за основними критеріями

Класифікаційний критерій	Негативний психічний стан / Приклад	Основні прояви	Можливі наслідки
Емоційна валентність	Тривога, страх, депресивний стан. Відраза / розчарування Почуття провини	Негативні емоції, внутрішнє напруження, зниження настрою Негативні емоції, внутрішнє напруження, зниження настрою	Дистрес, зниження продуктивності, порушення сну Дистрес, ізоляція, порушення сну, зниження самооцінки
Тривалість стану	Короткочасний афект (гнів) / Хронічна тривога Хронічна депресія	Імпульсивні або стабільні реакції Імпульсивні або стабільні реакції	Виснаження, психосоматичні порушення Виснаження, психосоматичні порушення, відчуття безнадії
Інтенсивність	Паніка / легке занепокоєння Істерика	Сильне фізіологічне збудження, тривога, розгубленість Сильне фізіологічне збудження, тривога, розгубленість, неконтрольовані реакції	Порушення самоконтролю, страх смерті Втрата самоконтролю, загострення хронічних станів
Походження	Реактивна фрустрація / Ендогенний депресивний стан Інформаційне перенасичення / Когнітивна втома	Зовнішні подразники / Внутрішні дисбаланси Зовнішні подразники або внутрішні дисбаланси	Ситуативна поведінка або довготривала дезадаптація Ситуативна дезадаптація, ухилення від активності
Функціональність	Мобілізуюча тривога / Руйнівна апатія Деструктивна ригідність	Стимуляція чи гальмування активності Стимуляція або гальмування активності	Адаптація або розпад саморегуляції Адаптація або зрив саморегуляції, стійкі поведінкові розлади
Соматичні прояви	Втома, безсоння, напруга Нервова анорексія	Фізичне виснаження, головний біль, тремтіння Фізичні скарги на фоні емоційного напруження	Психосоматичні хвороби Психосоматичні захворювання, порушення харчування

Отже, у психологічній літературі негативні психічні стани розглядаються як багатовимірні явища, що класифікуються за емоційною валентністю, тривалістю, інтенсивністю, походженням, функціональністю, соматичними проявами та контекстом виникнення. Залежно від цих критеріїв, негативні стани можуть сприяти як короткочасній мобілізації, так і тривалій дезадаптації, поглиблюючи емоційне виснаження, фізіологічні порушення та соціальну ізоляцію. Така комплексна типологія дозволяє краще розуміти механізми розвитку і наслідки негативних психічних станів у кризових ситуаціях.

1.3. Особливості негативних психічних станів цивільних осіб різного віку в умовах війни

Війна є надзвичайно сильним психотравмуючим фактором, який радикально впливає на всі рівні людської психіки — емоційний, когнітивний, поведінковий і тілесний. У сучасних умовах повномасштабної війни в Україні цивільне населення перебуває у стані перманентного стресу, що спричиняє масове зростання негативних психічних станів: тривожності, страху, апатії, дезадаптації, депресивних симптомів тощо. Відмінність цієї війни від багатьох попередніх у тому, що вона стосується не лише фронту, а щоденно проникає в інформаційне, соціальне і психологічне поле цивільного життя.

У звітах ООН та ВООЗ, присвячених Україні, зазначається, що щонайменше кожен п'ятий українець переживає симптоми тривожних або депресивних розладів після початку війни, а кожен третій — перебуває у стані хронічного стресу [72, с. 10']. Згідно з даними дослідження Українського інституту майбутнього, 67% опитаних громадян повідомляють про порушення сну, 54% — про підвищену тривожність, 43% — про втому і втрату мотивації [69, с. 100]. Ці показники демонструють не лише глибину кризи, а й масштаб поширення негативних станів серед звичайних людей.

Серед провідних психологічних наслідків війни можна виокремити кілька ключових тенденцій:

Психологічна безпека — це базове відчуття стабільності, передбачуваності і можливості впливати на власне життя. В умовах воєнного конфлікту воно зазнає глибокої ерозії. Людина, яка не може планувати наступний день, не впевнена у збереженні свого житла або життя рідних, втрачає здатність до внутрішнього балансу [8, с. 994]. Порушення цього стану призводить до загострення тривожності, фобічних проявів, зниження самооцінки.

У мирний час емоції виконують функцію адаптації, комунікації та регуляції. У стані війни вони часто набувають реактивного характеру — часті коливання настрою, збудження, спалахи агресії або, навпаки, емоційного оціпеніння. Особливо це проявляється в ситуаціях загостреного інформування (повідомлення про втрати, атаки, катастрофи). Люди стають емоційно вразливими, надчутливими або — як захист — відчужено-байдужими [23, с. 96].

Тіло реагує на психоемоційний дисбаланс — через безсоння, головний біль, м'язову напругу, тахікардію. У дослідженнях Сафіна та Мась (2024) описано симптоми емоційного виснаження у цивільних як комплекс психофізіологічних порушень, що виникають внаслідок постійного проживання в умовах травматизації [34, с. 97].

Масовість інформаційного поля спричиняє медіаіндуковану тривожність. Постійний перегляд новин, відео руйнувань, повідомлень про втрати створює ефект вторинної травматизації [556, с. 99]. За даними досліджень, тривале занурення в новинне поле посилює катастрофічне мислення, безнадію і втрату контролю.

Багато людей описують свій стан як «внутрішнє вигоряння». Це не стільки депресія у клінічному розумінні, скільки емоційне виснаження, втрата ресурсу, потреба в ізоляції. Навіть ті, хто не стикається з прямою небезпекою, відчувають переживання провини, внутрішнього безсилля, що призводить до поступового емоційного згасання [26, с. 96].

Війна як соціальне й психологічне явище впливає на всі вікові категорії цивільного населення. Вона формує фон тривоги, фрустрації та дестабілізації, в якому відбувається щоденне функціонування. Цей стан може залишатися невидимим, маскуватися під втому, дратівливість або замкнутість. Але без належного розуміння та підтримки він переходить у хронічні форми, що ускладнюють відновлення після травматичного досвіду. Саме тому необхідне подальше розмежування проявів за віковими групами.

Психіка дитини в умовах війни — одна з найбільш вразливих сфер. Дитина не має повного когнітивного чи емоційного ресурсу для осмислення або самостійного опрацювання деструктивного досвіду. Будь-яка ситуація, яка руйнує почуття безпеки, стабільності й підтримки, запускає в дитячій психіці механізми емоційного порушення, які здатні призвести до стійких негативних психічних станів.

Досвід фахівців UNICEF, Save the Children, а також українських досліджень [10, с. 95] засвідчує, що основними психічними станами дітей, які проживають війну, є:

1. тривожність і страх,
2. регресія до ранніших форм поведінки,
3. порушення сну,
4. емоційна нестабільність,
5. зниження концентрації,
6. фізичні симптоми без медичної причини (соматизація).

На думку Б. Перрі, дитина формує основну структуру емоційного реагування через відчуття безпеки у взаємодії з дорослими [65, с. 100]. Коли це відчуття зникає — через сирени, вибухи, втрату батьків, втечу з дому — формується тривожне поле свідомості, яке стає фоном щоденного існування. Діти не можуть відрізнити реальну загрозу від можливості загрози, тому будь-який гучний звук чи різка дія може спричинити реактивний страх, істеричні прояви або заціпеніння.

Для дітей молодшого віку типовими є страх темряви, самотності, відокремлення від матері. За дослідженнями Психологічної служби освіти (2023), близько 60% дітей у прифронтових зонах демонструють симптоми тривожності:

1. нічні пробудження,
2. відмова спати без дорослих,
3. соматичні скарги (живіт, голова),
4. підвищена сльозливість.

У старших дітей це трансформується у гіперактивність, зниження концентрації, труднощі з навчанням.

Діти у стресі часто повертаються до попередніх форм поведінки: починають мочитися в ліжку, вимагають годування з пляшечки, говорять «дитячою» мовою. Це регресія — типова реакція на травматичний досвід, особливо у віці до 6 років. Вона виконує захисну функцію: дитина намагається «відкотитися» до безпечнішого періоду життя.

У частини дітей психіка реагує на травму зовнішньою агресією або аутичним відходом у себе. Вони відмовляються говорити, стають замкненими, перестають гратись або, навпаки, проявляють підвищену збудливість, некерованість, гнів. Ці стани є проявом порушеної емоційної саморегуляції. Їх не можна сприймати як «розпеченість», адже це спосіб пережити незрозуміле й болюче середовище.

Більшість дітей, які проживають війну, страждають на порушення сну:

1. відмова засинати,
2. нічні кошмари,
3. крики уві сні,
4. потреба в постійній присутності дорослого.

Також частими є психосоматичні реакції: болі в животі, шкіряні висипи, підвищення температури без медичних причин. Це відповідає моделям тілесного відображення стресу [20, с. 966].

Навіть якщо дитина безпосередньо не потрапляла під обстріли, вона може страждати від інформаційної перенасиченості. Надлишок розмов про війну, перегляд новин разом із дорослими, соціальні мережі — усе це формує вторинну травматизацію, описану у дослідженнях Хадсона [56, с. 99]. Дитина емоційно включається в те, що відбувається, але не має можливості когнітивно переробити цю інформацію. Це створює хронічну внутрішню напругу.

У дослідженні UNICEF (2023) вказується: діти реагують не стільки на події, як на реакцію дорослих. Якщо дорослий демонструє страх, хаос, відчай — дитина теж дезорганізується. Якщо дорослий зберігає відносну стабільність — дитина відчуває опору. Таким чином, емоційний стан дитини — дзеркало стану її найближчого оточення.

Психічні стани дітей у воєнних умовах є чутливим індикатором глибини суспільної травми. Їх не можна ігнорувати або сприймати як "тимчасові капризи". Навпаки, своєчасне виявлення таких станів, знання вікових особливостей реагування на стрес і відповідна психологічна допомога можуть запобігти формуванню тривалих психотравмуючих наслідків, які можуть зберігатися у психіці дитини на десятиліття.

Підлітковий та молодіжний вік — це етапи інтенсивного формування ідентичності, соціального самоствердження та становлення внутрішнього світу. У нормальних умовах цей період вже супроводжується емоційною нестабільністю, пошуками себе, конфліктами з оточенням. В умовах війни ж, коли базові потреби безпеки, стабільності, самореалізації порушуються або повністю блокуються, негативні психічні стани набувають у підлітків загострених, нерідко ризикованих форм.

У період війни найпоширенішими серед підлітків і молоді є такі психічні стани:

1. апатія та емоційне спустошення,
2. підвищена тривожність та дратівливість,
3. депресивні переживання,

4. соціальна ізоляція та уникнення,
5. втрата мотивації і сенсу,
6. внутрішній конфлікт між «хочу» і «можу».

Багато підлітків у прифронтових або переміщених регіонах описують свій стан як "нічого не хочеться", "немає для чого старатись", "все безглуздо". Це типові ознаки апатії — емоційного стану, що характеризується втратою інтересу, байдужістю, зниженням активності. За даними дослідження UNICEF (2023), понад 40% молодих людей віком 14–24 років в Україні вказують на зниження бажання вчитися, спілкуватися, реалізовуватись. Це обумовлено невизначеністю майбутнього, втратами, переїздами, зруйнованими соціальними зв'язками.

Як і у дітей, підлітки переживають хронічну тривожність — проте вона часто маскується або проявляється не так у плачі, як у гострих емоційних реакціях: вибухах гніву, цинізмі, сарказмі, агресії або провокативній поведінці. За спостереженнями психологів, вони є зовнішнім виразом внутрішнього хаосу [26, с. 96]. Постійне очікування загрози, нестабільність побуту, переїзди, ізоляція від шкіл і друзів посилюють дезадаптацію і порушення емоційної регуляції.

Молодь, яка продовжує навчання онлайн або під обстрілами, часто страждає від емоційного виснаження — втрати ресурсу для навчання, соціальної активності, навіть простого щоденного функціонування. У дослідженні Українського інституту майбутнього (2023) 49% студентів зазначили, що відчують себе емоційно спустошеними, 38% — вважають навчання беззмістовним. Це ознаки початкових фаз емоційного вигорання, описаного в моделі К. Маслач [62, с. 100].

Для молоді надзвичайно важливою є належність до групи, дружні контакти, романтичні зв'язки. Умови переміщення, руйнування навчальних середовищ, зміна житла, втрата однолітків призводить до порушення ідентичності, соціальної дезадаптації. Це сприяє появі ізоляції, аутичних проявів, відмови від комунікації. У важких випадках — до соціофобії, депресивних симптомів і навіть самопошкоджувальної поведінки [56, с. 99].

Підлітковий вік — це період пошуку сенсу, цінностей, планів. Війна паралізує цю потребу: людина не може планувати, не розуміє, куди йти, що обирати. Це призводить до екзистенційної фрустрації — втрати віри в майбутнє, у справедливість, у власну значущість. Особливо у старшокласників і студентів, які втрачають зв'язок із професійними орієнтирами, змушені відкласти навчання або змінити мрії [51, с. 99].

Окремо слід згадати про ризиковану поведінку: самоушкодження, алкоголізація, залучення до небезпечних інтернет-груп, суїцидальні думки. Ці явища — не завжди ознаки психіатричних розладів, але радше — способи впоратись із надлишковим внутрішнім болем. Вони слугують своєрідним криком про допомогу [23, с. 96]. Це вимагає системної роботи з попередження та психологічного супроводу.

Психіка підлітків і молоді надзвичайно вразлива до впливу війни через етап життєвого розвитку, коли формуються ідентичність, система цінностей, автономія. Без підтримки, розуміння й відповідної допомоги ці вікові групи ризикують увійти в доросле життя з глибоко вкоріненими травматичними патернами, що позначатиметься на всій подальшій життєдіяльності.

Дорослі особи, попри зовнішню стійкість і соціальну функціональність, є однією з найбільш навантажених категорій цивільного населення в умовах воєнного конфлікту. Вони виконують одночасно кілька ролей — батьків, працівників, опікунів, волонтерів, партнерів — і в цій мультифункціональності приховують часто неусвідомлені або непроговорені негативні психічні стани. Стан хронічної напруги, страху за близьких, втрат, фінансової нестабільності, а також інформаційного тиску формує поліструктурне психоемоційне виснаження.

Одним із найпоширеніших станів серед дорослих є тривожність — постійне передчуття небезпеки, яке не має чіткого об'єкта. У контексті війни вона пов'язана не лише з фізичною загрозою, а й із екзистенційною нестабільністю: відсутністю планів, неможливістю контролювати події, втратою довіри до майбутнього. Дослідження Психологічної асоціації України (2023) показує, що

понад 70% опитаних дорослих зізнаються, що живуть у відчутті постійної тривоги, навіть коли знаходяться відносно в безпечних регіонах.

Особливу тривожність викликає страх за родину, дітей, батьків. В умовах загрози обстрілів або мобілізації чоловіків, тривога набуває інтенсивного та неконтрольованого характеру, який часто супроводжується фізичними симптомами: тахікардією, порушеннями сну, головним болем.

Дорослі, які залишаються активними у роботі, волонтерстві чи допомозі іншим, часто потрапляють у стан емоційного вигорання. За моделлю Масlach, цей стан включає:

1. емоційне виснаження,
2. цинічне ставлення до оточення (деперсоналізацію),
3. зниження відчуття досягнень та ефективності [62, с. 100].

У ситуаціях, коли людина змушена «видавати» ресурс без можливості його поновлення (наприклад, працювати у прифронтовій лікарні, навчати дітей в укриттях, роздавати гуманітарну допомогу), вигорання розвивається стрімко і часто непомітно для самої особи. Особливо вразливими є жінки з дітьми, які залишилися без партнерської підтримки.

Депресивний стан у дорослих у воєнний час часто не відповідає класичним клінічним ознакам, а проявляється у формі психологічної «пустоти», втрати сенсу, внутрішнього ступору. Людина не відчуває радості, не бачить мотивації до дії, але може «функціонувати на автоматі». Це явище називають маскованою депресією [36, с. 99].

У багатьох випадках депресія формується на тлі втрати дому, роботи, близьких, або внаслідок тривалого життя в емоційно холодному середовищі — без можливості проговорити пережите, без підтримки. У звіті WHO (2023) зазначено, що у країнах, де триває війна, щонайменше кожен п'ятий дорослий має симптоми помірної або тяжкої депресії.

Доросла людина часто живе в режимі конфлікту між потребами і обов'язками. Особливо яскраво це проявляється у батьків, які з одного боку

мають бути джерелом підтримки для дітей, а з іншого — самі перебувають у стресі. Цей конфлікт формує почуття провини, емоційну нестабільність, труднощі з контролем емоцій.

Втрата дому, роботи, соціальних зв'язків часто викликає стан дезадаптації:

1. дезорієнтація,
2. зниження активності,
3. депресивні думки,
4. емоційне відчуження.

У внутрішньо переміщених осіб ці симптоми проявляються через 1–2 місяці після зміни локації, коли проходить фаза «адаптаційного шоку», і настає емоційне знесилення [54, с. 99]; [61, с. 100].

Дорослі цивільні — це не лише ті, хто підтримує інших, а й самостійна категорія психологічного ризику, яка потребує допомоги. Особливо небезпечно, що ці стани часто ігноруються або табуються самими дорослими — мовляв, «я мушу триматися». Така позиція призводить до внутрішнього вигорання, погіршення здоров'я і втрати соціальної ефективності.

Люди похилого віку є однією з найбільш вразливих категорій цивільного населення під час війни. Часто невидимі у фокусі гуманітарних чи психологічних програм, вони стикаються з глибокими внутрішніми змінами, які охоплюють як фізіологічну, так і емоційну сфери. Війна руйнує звичний ритм життя, позбавляє опору, змушує переживати повторні або нові травми, які виливаються у негативні психічні стани — апатію, безпорадність, емоційне відчуження, загострену тривожність, депресивні розлади, ПТСР.

У старості змінюється сам характер психічної діяльності: знижується швидкість когнітивних процесів, посилюється сенситивність до змін, зростає потреба в стабільності, передбачуваності, рутині. Саме ці опори війна забирає в першу чергу. Внаслідок цього у літніх людей формується стан психологічної дезорієнтації, яка може проявлятися в:

1. загальмованості реакцій,

2. тривалому «завмиранні» після новин,
3. посиленні залежності від інших.

Дослідження Mental Health Europe (2023) підкреслює, що у старших людей тривога та депресія часто не розпізнаються вчасно, бо вони маскуються під скарги на здоров'я, сон, пам'ять, біль [64, с. 100].

Одним із найсильніших психотравмуючих чинників для людей похилого віку є втрата соціальних контактів: смерть родичів, евакуація дітей, розрив зв'язків з громадами, клубами, знайомими. Самотність, навіть у безпечному місті, викликає гостре почуття відторгнення, страху та беззахисності. Багато людей похилого віку залишаються в селах чи напівзруйнованих містах, не маючи фізичної або психологічної можливості виїхати, через що вони опиняються без допомоги.

У таких умовах типово спостерігаються:

1. апатія та емоційна відчуженість,
2. зниження інтересу до їжі, гігієни, побуту,
3. пасивне прийняття загроз, включаючи ідеї про «непотрібність».

Для значної частини літніх українців війна не є першою: вони можуть пам'ятати Другу світову війну, голод, репресії, втрату членів родини. Повномасштабна війна активує в їхній психіці архетипні образи руйнування, болю, втрати, які були приглушені роками, але не інтегровані. Це феномен ретравматизації — ситуація, коли нова травма «воскрешає» стару, посилюючи емоційне страждання.

У дослідженні Herman (1992) зазначено, що ретравматизація в осіб похилого віку може проходити без зовнішніх проявів, однак вона поглиблює внутрішню депресію, соціальне відчуження, тривожну симптоматику.

У літніх осіб часто присутній страх залишитися без допомоги, стати тягарем для рідних, втратити суб'єктність. Вони можуть мовчати про свої потреби, не звертатись по допомогу, боячись «заважати». Це породжує глибоку

внутрішню тривогу, яку оточення не завжди помічає. Також типова тривожність за дітей і онуків, які перебувають на фронті або за кордоном.

За даними Звіту Психологічної служби (2023), понад 58% людей віком 60+ вказують на почуття безпорадності, а 42% — на відчуття, що вони «зайві» або «нікому не потрібні».

В осіб похилого віку негативні психічні стани найчастіше проявляються через соматичні скарги:

1. біль у серці, тиску, суглобах;
2. розлади сну;
3. втрата апетиту;
4. погіршення пам'яті.

Це особливо ускладнює діагностику депресивних станів, оскільки літні люди рідко прямо говорять про емоції, натомість зосереджуються на фізичному дискомфорті. Тим часом клінічна депресія у старшого населення зростає — її фіксують у кожного четвертого після 65 років у зоні бойових дій [445, с. 98].

Люди похилого віку в умовах війни — це група подвійного ризику: поєднання фізичної вразливості та психологічної незахищеності робить їх особливо чутливими до деструктивних психічних станів. Водночас вони часто залишаються «невидимими» у фокусі допомоги.

Опираючись на праці з вікової психології (таблиця узагальнена на основі теоретичних моделей (Maslach, Beck, Herman), емпіричних даних (UNICEF, WHO, Психологічна служба України) та спостережень українських фахівців (Науменко, Плахотнік, Сафін, Балабанова та ін.)), ми проаналізували особливості негативних психічних станів цивільних осіб відповідно до різного віку в умовах війни (табл. 1.3)

Таблиця 1.3

**Особливості негативних психічних станів цивільного населення
різного віку в умовах війни**

Вікова група	Поширені психічні стани	Типові прояви	Ключові чинники впливу
Діти (0–12 років)	Недовіра до світу, сором і сумніви, почуття провини, тривога, емоційна нестабільність, страх, протестні реакції, регресивна поведінка	Занурення в себе, сльозливість, гіперактивність, нічні жахи, зниження апетиту, відмова від самостійних дій, емоційні спалахи	Відсутність батьків, постійні обстріли, евакуація, незрозумілість подій, втрата стабільності, розрив рутини, відчуття загрози.
Підлітки (12–20 років)	Почуття неповноцінності, зниження самооцінки, страх, фрустрація,	Ізоляція, цинізм, агресія, самоушкодження, втрата сенсу, замкнутість, відмова від майбутнього планування	Порушення соціальних зв'язків, онлайн-навчання, невизначеність майбутнього, зміна місця проживання, освітні прогалини, втрата цінностей, відсутність стабільності
Молодь (20–40 років)	Вигорання, втрата мотивації, екзистенційна тривога, пригніченість, криза ідентичності, депресія	Психоемоційне виснаження, втеча в онлайн, порушення сну, розгубленість, уникання стосунків, апатія, залежності	Переїзди, втрата роботи, крах кар'єрних планів, відсутність перспектив, неможливість реалізувати стосунки, втрати
Молодь (20–40 років)	Вигорання, втрата мотивації, екзистенційна тривога, пригніченість, криза ідентичності, депресія	Психоемоційне виснаження, втеча в онлайн, порушення сну, розгубленість, уникання стосунків, апатія, залежності	Переїзди, втрата роботи, крах кар'єрних планів, відсутність перспектив, неможливість реалізувати стосунки, втрати
Дорослі (40–65 років)	Тривога, депресія, вигорання, конфлікт ролей, хронічний стрес, розпач, психосоматичні розлади	Тахікардія, розлади сну, пригніченість, втома, почуття провини, роздратованість, байдужість до життя	Відповідальність за дітей/родину, нестабільність, втрати, подвійне навантаження
Похилого віку (65+ років)	Безпорадність, самотність, апатія, депресивний стан, страх смерті, почуття самотності й безнадії	Замкнутість, мовчазність, зниження життєвої активності, соматичні скарги, песимізм, загострення хвороб	Втрата підтримки, ізоляція, повторення травматичних спогадів, втрата сенсу, втрата близьких, втрата домівки, обмежений доступ до медичних послуг, фізична залежність від інших

Отже, за результатами таблиці ми можемо побачити, які саме особливості негативних станів цивільного населення різного віку в умовах війни.

Діти (0–12 років) часто виявляють емоційну нестабільність, страх, тривогу, регресивні поведінкові реакції. Типовими проявами є замкнутість, гіперактивність, порушення сну, зниження апетиту. Головні чинники впливу – відсутність батьків, евакуація, втрата домівки, руйнування звичного середовища.

Підлітки (12–20 років) переживають емоційні кризи, пов'язані з почуттям втрати контролю, самотності, страху та фрустрації. Серед проявів – ізоляція, агресія, самоушкодження, втрата сенсу. На їхній стан впливають розриви зв'язків, руйнування майбутнього, відсутність стабільності й підтримки.

Молодь (20–40 років) демонструє вигорання, екзистенційну тривогу, втрату мотивації. Спостерігаються психоемоційне виснаження, розгубленість, залежності. Вплив чинять проблеми з працевлаштуванням, неможливість реалізації життєвих планів, втрата роботи чи партнерів.

Дорослі (40–65 років) зіштовхуються з депресією, конфліктами ролей, тривогою за близьких, психосоматичними розладами. Прояви включають tachicardію, безсоння, роздратованість, байдужість до життя. Основні чинники — відповідальність за дітей/родину, втрата житла, нестабільність.

Похилого віку (65+ років) люди схильні до безнадії, ізоляції, депресивних станів, страху смерті. Проявляється замкнутістю, зниженням життєвої активності, соматичними скаргами. Чинниками є втрата близьких, підтримки, погіршення здоров'я, обмежений доступ до ресурсів.

Загалом таблиця демонструє, що кожна вікова група по-своєму реагує на стресові умови війни, проте всі групи страждають від тривожності, втрати стабільності й підтримки, а прояви мають як емоційний, так і фізіологічний характер. Це вказує на потребу віково-орієнтованих психосоціальних інтервенцій для зменшення негативних наслідків війни для психічного здоров'я населення.

Висновки першого розділу

У розділі було здійснено теоретичний аналіз поняття психічного стану як динамічного компоненту психіки, що визначає емоційно-вольову та поведінкову активність особистості. Особливу увагу приділено негативним психічним станам, які виникають у відповідь на деструктивні зовнішні чинники, зокрема умови війни. Розглянуто класифікації психічних станів за тривалістю, інтенсивністю, емоційною валентністю та іншими критеріями, а також визначено найбільш поширені негативні стани: тривожність, страх, апатія, депресія, ПТСР, вигорання тощо. Узагальнено підходи українських і зарубіжних науковців щодо структури й проявів цих станів. Важливою складовою розділу стало вивчення вікових особливостей переживання негативних психічних станів у цивільного населення — від дітей до людей похилого віку. Здійснено порівняльний аналіз психоемоційних реакцій, виявлено спільні та відмінні риси за віковими категоріями.

Розділ створює концептуальне підґрунтя для емпіричного дослідження, окреслюючи актуальність теми, цілісність підходу та практичне значення подальшого аналізу психічного стану цивільного населення в умовах війни.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Характеристика вибірки. Етапи, методи та матеріали дослідження

З метою виявлення особливостей негативних психічних станів під час війни ми провели емпіричне дослідження.

Дослідження передбачало такі етапи:

- 1) теоретичний аналіз наукових праць щодо питань, пов'язаних з вивченням негативних психічних станів під час війни;
- 2) підбір методів та матеріалів для втілення дослідження;
- 3) проведення емпіричного дослідження;
- 4) збір та обробка даних, опис показників;
- 5) висновки.

Вибірка була сформована стихійно з урахуванням віку досліджуваних. Вибірка становить 60 осіб. До вибірки увійшли 13% чоловіків та 87% жінок віком від 16 до 21 років. Усереднений вік вибірки складає 18 років. Респонденти вибірки – представники Рівненської, Хмельницької, Черкаської, Житомирської, Полтавської, Сумської області.

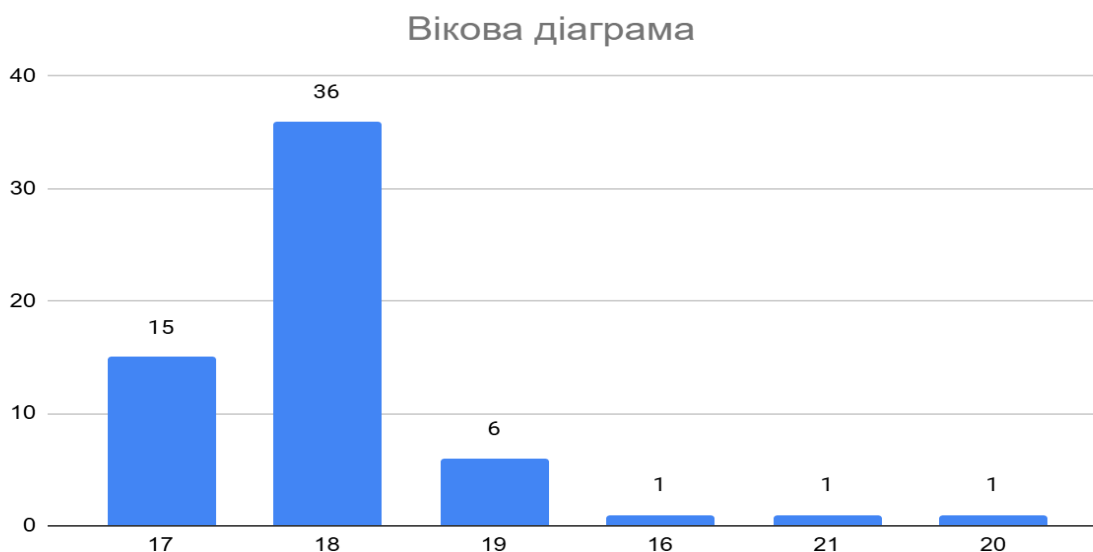


Рис. 2.1. Вікові аспекти вибірки

Для проведення емпіричного дослідження було підібрано комплекс методик:

- 1) самооцінка психічних станів (Г. Айзенка);
- 2) шкала астеничного стану (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової;
- 3) диференціальна діагностика депресивних станів (В. Жмурова);
- 4) діагностика стану стресу (К. Шрайнер);
- 5) фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В);
- 6) опитувальник стиль саморегуляції поведінки (ССП–98) (В. Моросанової і Р. Сагієва).

Розглянемо детальніше представлені методики.

Методика №1. Самооцінка психічних станів (Г. Айзенка)

Методика Г. Айзенка призначена для швидкої самодіагностики тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності — чотирьох ключових психічних станів, які, на думку автора, найточніше відображають емоційний фон особистості. Опитувальник складається з 40 тверджень (по 10 на кожному шкалу). Респондент обирає «так» чи «ні», виходячи зі свого актуального самопочуття. Підсумкові бали переводяться у «сирі» та «стенові» оцінки, що дозволяє порівняти результати з нормативними вибірками. Методика проста у застосуванні, займає близько 10 - 15 хвилин і може використовуватися як у клінічній, так і в освітній практиці для первинного психологічного відбору або моніторингу динаміки емоційних станів.

За результатами проведення діагностики – самооцінка психічних станів (Г. Айзенка), можна побачити наступні такі шкали: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність.

Методика №2. Шкала астеничного стану (ШАС) Л. Малкової в адаптації Т. Чертової.

ШАС оцінює ступінь вираженості астенії — психічного стану, що включає хронічну втоми, виснажуваність, дратівливість і зниження мотивації. Адаптована версія містить 30 пунктів, поділених на три субшкали: соматовегетативні прояви

(м'язова слабкість, головні болі), емоційно-мотивційні (апатія, емоційна лабільність) та когнітивні (зниження концентрації, утруднене мислення). Респондент оцінює частоту симптомів за 5-бальною шкалою від «ніколи» до «майже постійно». Підсумковий показник дозволяє диференціювати легку, помірну та виражену астенію. Методика рекомендована для скринінгу в клінічній неврології, психіатрії та реабілітаційній медицині.

За результатами проведення діагностики – шкала астеничного стану (ШАС) Л. Малкової в адаптованому варіанті Т. Чертової, можна побачити рівень астеничного стану від відсутності астенії до вираженої астенії.

Методика №3. *Диференціальна діагностика депресивних станів (В. Жмурова)*

Метод В. Жмурова створений для розмежування трьох типів депресій: соматогенних, психогенних і ендогенних, що критично важливо для вибору терапевтичної стратегії. Опитувальник включає 42 питання щодо емоційної симптоматики (смуток, ангедонія), тілесних проявів (порушення сну, апетиту), життєвих подій та спадковості. Кожна відповідь має ваговий коефіцієнт, і за сумою балів формується профіль, який відображає провідний етіологічний чинник. Тест займає 20-25 хвилин та може заповнюватися як пацієнтом, так і клініцистом у формі структурованого інтерв'ю.

За результатами проведення діагностики – диференціальна діагностика депресивних станів (В. Жмурова), можна побачити рівень депресивного стану від її відсутності до глибокої депресії.

Методика №4. *Діагностика стану стресу (К. Шрайнер)*

Опитувальник діагностики стану стресу за К. Шрайнером містить 37 тверджень, що віддзеркалюють фізіологічні, емоційні й поведінкові прояви стресу. Респондент оцінює, наскільки часто він відчував кожний симптом упродовж останніх двох тижнів («ніколи» – «дуже часто»). Підсумовуючи бали, дослідник отримує інтегральний показник стресового навантаження та три профільні субшкали: соматичний стрес (міозит, тахікардія), емоційний (тривога, дратівливість) і когнітивно-поведінковий (імпульсивність, прокрастинація). Методика дає змогу швидко визначити рівень гострого або хронічного стресу й

окреслити «слабкі місця» для подальшої психокорекції. Опитувальник дозволяє зробити висновки про особливості поведінки в стресовій ситуації (стримана поведінка, конструктивна поведінка у стресовій ситуації, втрата самоконтролю у стресовій ситуації.)

Методика №5. Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В)

FPIВ — це німецький багатофакторний тест, який вимірює 12 аспектів особистості: нейротизм, імпульсивність, депресивність, тривожність, агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсію-інтроверсію, емоційну лабільність, фрустраційну толерантність, здоров'я й домінантність. Форма В містить 114 тверджень типу «так/ні», заповнюється за 20–25 хвилин. Бал за кожну шкалу переводиться у стен-оцінки згідно з віковими та статевими нормами, що дає змогу порівнювати результати з репрезентативною вибіркою.

Методика №6. Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

ССП-98 вимірює індивідуальний стиль саморегуляції — сукупність когнітивних та поведінкових стратегій, за допомогою яких людина планує, контролює й коригує свою діяльність. Опитувальник містить 50 пунктів, що об'єднані у п'ять базових шкал (планування, моделювання умов, програмування дій, оцінка результатів, гнучкість) та інтегральний показник «загальна саморегуляція». Відповіді фіксуються за 4-бальною шкалою від «ніколи» до «завжди», час заповнення — близько 15 хвилин.

Отже, на нашу думку, комплекс запропонованих методик дозволить дослідити негативні психічні стани цивільних осіб в умовах війни, та надасть змогу побачити їхні особливості.

2.2. Результати емпіричного дослідження негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни

Отже, з метою виявлення особливостей негативних психічних станів цивільних осіб ми провели емпіричне дослідження. Було проведено опитування для 60 чоловік за допомогою різних методик.

За результатами методики Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів» було виявлено, що у 23% осіб виявлено низьку тривожність і 68% середня тривожність і у 9% проявляється висока тривожністю. (рис. 2.2.1)



Рис. 2.2.1 Результати діагностики тривожності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Також було виявлено що у 48% видно низьку фрустрацію і 30% середня фрустрація і у 22% проявляється висока фрустрація. (рис. 2.2.2)



Рис. 2.2.2 Результати діагностики фрустрації за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Було виявлено що у 30% низька агресивність і 50% середня агресивність і у 20% проявляється висока агресивність. (рис. 2.2.3)



Рис. 2.2.3 Результати діагностики агресивності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

За результатами методики було виявлено що у 23% низька ригідність і 60% середня ригідність і у 17% проявляється висока ригідність. (рис. 2.2.4)



Рис. 2.2.4 Результати діагностики ригідності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

За результатами методики Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів» було виявлено розподіл респондентів за рівнями тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Аналіз отриманих даних показує, що у більшості опитаних рівень кожного з досліджуваних психологічних аспектів перебуває в межах середніх значень, що є типовим для загальної популяції.

Водночас у кожній категорії виявлені групи респондентів з високими показниками, що може свідчити про потенційні труднощі у регуляції емоційних станів, схильність до напружених реакцій на зовнішні обставини або специфічні

особистісні особливості. Найбільш виражені відмінності спостерігаються у рівнях фрустрації та агресивності, де значна частка осіб демонструє високі показники, що може вказувати на переживання внутрішньої напруги або труднощі у соціальній адаптації.

До основні особливості загальних результатів за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) ми можемо віднести:

Домінування середнього рівня показників (тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності) підтверджує загальну емоційну стабільність більшості опитаних. Висока тривожність та фрустрація у окремої частини респондентів свідчать про можливі труднощі у подоланні стресових ситуацій та задоволенні потреб. Висока агресивність і ригідність у меншій частки осіб можуть впливати на характер соціальної взаємодії та рівень адаптивності до змін. Низька ригідність у 23% респондентів свідчить про їхню відкритість до нових ідей та здатність гнучко змінювати поведінку.

Дане дослідження було також проведено як для чоловіків так і для жінок. Розглянемо результати проведення опитування серед чоловіків.

За результатами методики було виявлено що у 50% низька тривожність і 50% середня тривожність у 0% проявляється висока тривожність. (рис. 2.2.5)

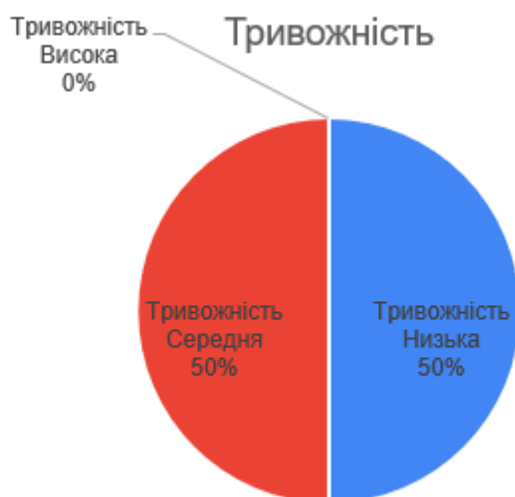


Рис. 2.2.5 Результати діагностики тривожності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Було виявлено що у 87% низька фрустрація і 0% середня фрустрація у 13% проявляється висока фрустрація. (рис. 2.2.6)



Рис. 2.2.6 Результати діагностики фрустрації за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Було виявлено що у 50% низька агресивність і 12% середня агресивність у 38% проявляється висока агресивність. (рис. 2.2.7)



Рис. 2.2.7 Результати діагностики агресивності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Було виявлено що у 62% низька ригідність і 25% середня ригідність у 13% проявляється висока ригідність. (рис. 2.2.8)



Рис. 2.2.8 Результати діагностики ригідності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Результати методики Г. Айзенка серед чоловіків демонструють загальну тенденцію до емоційної стійкості, низької тривожності та адаптивності до змін. У більшості респондентів спостерігається низький рівень тривожності (50%), фрустрації (87%), агресивності (50%) та ригідності (62%), що може вказувати на впевненість у собі, ефективні механізми саморегуляції та гнучке мислення. Водночас окрема частина чоловіків демонструє підвищену агресивність (38%) та високу фрустрацію (13%), що може свідчити про внутрішню напругу, реактивність у стресових ситуаціях або труднощі у досягненні власних цілей.

До основних особливостей результатів у чоловіків за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) ми можемо віднести:

Висока частка респондентів із низькою тривожністю (50%) та низькою фрустрацією (87%) вказує на їхню загальну емоційну стійкість та здатність ефективно долати труднощі. Середній рівень ригідності (25%) та агресивності (12%) відображає збалансовані показники між емоційною стабільністю та здатністю до активного самовираження. Підвищена агресивність у 38% чоловіків може бути індикатором імпульсивності або реакції на зовнішні чинники, що впливають на поведінку. Висока ригідність у 13% свідчить про певну схильність до консервативного мислення та складнощі у зміні переконань. Відсутність високого рівня тривожності серед опитаних вказує на їхню впевненість та загальну психологічну стабільність.

Тепер перейдемо до результатів опитувань для жінок. За результатами методики було виявлено що у 19% низька тривожність і 71% середня тривожність у 10% проявляється висока тривожність. (рис. 2.2.9)



Рис. 2.2.9 Результати діагностики тривожності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Було виявлено що у 42% низька фрустрація і 35% середня фрустрація у 23% проявляється висока фрустрація. (рис. 2.2.10)



Рис. 2.2.10 Результати діагностики фрустрації за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Було виявлено що у 27% низька агресивність і 56% середня агресивність у 17% проявляється висока агресивність. (рис. 2.2.11)



Рис. 2.2.11 Результати діагностики агресивності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Було виявлено що у 17% низька ригідність і 66% середня ригідність у 17% проявляється висока ригідність. (рис. 2.2.12)



Рис. 2.2.12 Результати діагностики ригідності за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Результати методики Г. Айзенка серед жінок демонструють загальну тенденцію до емоційної стійкості, середнього рівня тривожності (71%) та балансу між гнучкістю та стабільністю у переконаннях. У більшості респонденток показники агресивності (56%) та ригідності (66%) перебувають у межах середніх значень, що свідчить про здатність адаптуватися до змін і контроль емоційних реакцій. Водночас 23% жінок мають високий рівень

фрустрації, а 17% — високу агресивність і ригідність, що може вказувати на наявність внутрішньої напруги або труднощі у соціальній адаптації.

До основних особливостей результатів у жінок за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) ми можемо віднести:

Домінування середнього рівня тривожності (71%) та агресивності (56%) свідчить про збалансовану емоційну чутливість і здатність регулювати реакції. Висока фрустрація у 23% респонденток може вказувати на труднощі у досягненні важливих цілей або переживання внутрішнього дискомфорту. Висока ригідність у 17% осіб може бути показником схильності до консервативного мислення або напруженого сприйняття змін. Порівняно невелика частка жінок з низькою тривожністю (19%) та низькою агресивністю (27%) свідчить про загальну емоційну активність вибірки.

За методикою «Диференціальна діагностика депресивних станів (В. Жмурова)» в загальному результаті було виявлено що у 11% відсутня депресія, 17% мінімальна депресія, 32% легка депресія, 23% помірна депресія і 15% виражена депресія у 2% проявляється глибока депресія. (рис. 2.2.13)



Рис. 2.2.13 Результати діагностики депресивного стану за методикою «Диференціальна діагностика депресивних станів» (В. Жмурова)

Розглянемо результати цієї методики для чоловіків. Було виявлено що у 40% відсутня депресія, 20% мінімальна депресія, 40% легка депресія, 0% помірна

депресія і 0% виражена депресія у 0% проявляється глибока депресія. (рис. 2.2.14)



Рис. 2.2.14 Результати діагностики депресивного стану за методикою «Диференціальна діагностика депресивних станів» (В. Жмурова)

Розглянемо результати цієї методики для жінок.

Було виявлено що у 9% відсутня депресія, 16% мінімальна депресія, 31% легка депресія, 26% помірна депресія і 16% виражена депресія у 2% проявляється глибока депресія. (рис. 2.2.15)



Рис. 2.2.15 Результати діагностики депресивного стану за методикою «Диференціальна діагностика депресивних станів» (В. Жмурова)

Результати методики В. Жмурова «Диференціальна діагностика депресивних станів» демонструють суттєві відмінності між чоловіками та

жінками щодо вираженості депресивних проявів. Серед чоловіків 40% не мають ознак депресії, а у решти вона виявляється лише у мінімальній (20%) або легкій (40%) формах, без випадків помірної, вираженої чи глибокої депресії. У жінок ситуація дещо інша—відсутність депресії спостерігається лише у 9%, а найбільш поширені категорії—легка (31%) та помірна (26%) депресія. Водночас 16% мають виражені депресивні симптоми, а 2% — глибокий рівень депресії, що може свідчити про необхідність додаткової психологічної або медичної підтримки.

До основних особливостей загальних результатів за методикою «Диференціальна діагностика депресивних станів» (В. Жмурова) ми можемо віднести фрагментарну їх вираженість. Зокрема, у чоловіків депресивні прояви здебільшого відсутні або мінімальні—40% не мають депресії, 20% мають її мінімальні прояви, а 40%—легкі. Жінки демонструють ширший спектр депресивних станів, з домінуванням легкого (31%) та помірного (26%) рівня. Виражена (16%) та глибока (2%) депресія виявлена лише серед жінок, що свідчить про вищий рівень емоційної напруги в цій групі. Відсутність випадків помірної, вираженої чи глибокої депресії серед чоловіків може свідчити про різницю в механізмах емоційного реагування або соціальних факторах впливу.

За методикою «Діагностика стану стресу (К. Шрайнер)» в загальному результаті було виявлено що 39% завжди себе контролюють, 48% іноді себе контролюють, 13% ніколи себе не контролюють. (рис. 2.2.16)



Рис. 2.2.16 Результати діагностики контролю в стресових ситуаціях за методикою «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер)

Розглянемо результати опитувань у чоловіків. Було виявлено що 50% завжди себе контролюють, 50% іноді себе контролюють, 0% ніколи себе не контролюють. (рис. 2.2.17)

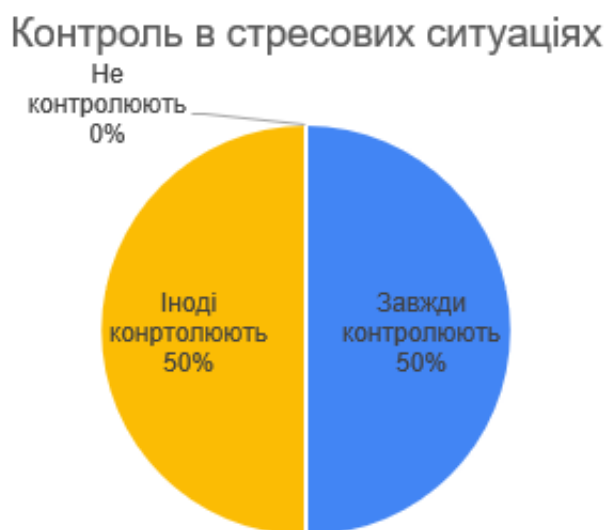


Рис. 2.2.17 Результати діагностики контролю в стресових ситуаціях за методикою «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер)

Розглянемо результати опитувань у жінок. Було виявлено що 37% завжди себе контролюють, 48% іноді себе контролюють, 15% ніколи себе не контролюють. (рис. 2.2.18)



Рис. 2.2.18 Результати діагностики контролю в стресових ситуаціях за методикою «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер)

Результати методики К. Шрайнера «Діагностика стану стресу» демонструють відмінності між чоловіками та жінками у рівнях самоконтролю в напружених ситуаціях. Чоловіки у вибірці мають вищий рівень самоконтролю— 50% завжди контролюють себе, а 50% — іноді, без випадків повної втрати контролю. У жінок ситуація дещо інша: 37% завжди контролюють свої емоції, 48% — іноді, а 15% зовсім не контролюють себе у стресових ситуаціях.

До основних особливостей результатів за методикою «Діагностика стану стресу» (К. Шрайнер) ми можемо віднести виражені аспекти вимірюваних шкал. Зокрема, чоловіки демонструють стабільно високий рівень самоконтролю, адже серед них немає випадків повної втрати контролю у стресових ситуаціях. Жінки більш схильні до коливань у рівні самоконтролю, адже у 15% виявлено повну втрату здатності регулювати емоції у напружених умовах. Серед чоловіків рівномірний розподіл між тими, хто завжди та іноді контролює себе (50%-50%), що свідчить про стабільність механізмів саморегуляції. У жінок домінує середній рівень контролю (48%), а частка тих, хто не контролює себе (15%), вказує на підвищену емоційну реактивність цієї групи.

За методикою «Шкала астенічного стану (ШАС) Л. Малкової в адаптації Т. Чертової» в загальному результаті було виявлено що у 17% відсутня астенія, 58% слабка астенія, 25% помірна астенія, 0% виражена астенія. (рис. 2.2.19)



Рис. 2.2.19 Результати діагностики астенічного стану за методикою «Шкала астенічного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптації Т. Чертової

Тепер розглянемо результати опитування щодо астенії у чоловіків. Було виявлено що у 45% відсутня астенія, 44% слабка астенія, 11% помірна астенія, 0% виражена астенія. (рис. 2.2.20)



Рис. 2.2.20 Результати діагностики астенічного стану за методикою «Шкала астенічного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптації Т. Чертової

Тепер розглянемо результати опитування щодо астенії у жінок. Було виявлено що у 12% відсутня астенія, 61% слабка астенія, 27% помірна астенія, 0% виражена астенія. (рис. 2.2.21)



Рис. 2.2.21 Результати діагностики астенічного стану за методикою «Шкала астенічного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптації Т. Чертової

Результати методики «Шкала астеничного стану (ШАС)» Л. Малкової в адаптації Т. Чертової демонструють певні відмінності між чоловіками та жінками у рівні астеничного стану. У чоловіків частка тих, хто не має ознак астениї, є значно вищою (45%), ніж у жінок (12%), що може свідчити про їхню загальну психофізичну витривалість. Слабка астенія є найбільш поширеною категорією серед обох груп, проте її частка у жінок (61%) дещо перевищує аналогічний показник у чоловіків (44%). Помірний рівень астениї зустрічається частіше у жінок (27%), ніж у чоловіків (11%), що може бути пов'язано з емоційною вразливістю або високим рівнем навантаження. Водночас жоден із респондентів не демонструє випадків вираженої астениї (0%), що говорить про відсутність критичних станів у вибірці.

До основних особливостей результатів за методикою «Шкала астеничного стану» (ШАС) Л. Малкової в адаптації Т. Чертової ми можемо віднести та базові аспекти. Зокрема, чоловіки частіше не мають астеничних проявів (45% проти 12% у жінок), що може свідчити про їхню загальну стійкість до фізичної та психоемоційної втоми. Слабка астенія є найбільш поширеним станом серед обох груп (44% у чоловіків, 61% у жінок), що може вказувати на ситуативну втому, знижену мотивацію або потребу в додатковому відпочинку. Жінки частіше демонструють помірну астенію (27% проти 11% у чоловіків), що може свідчити про вищу схильність до емоційного виснаження та зниження загальної працездатності. Відсутність вираженої астениї серед всіх респондентів (0%) говорить про те, що у вибірці немає критичних рівнів астеничного стану, які могли б впливати на повсякденне життя.

За методикою «Стиль саморегуляції поведінки (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)» в загальному результаті було виявлено що планування знаходиться у 15% на низькому рівні, 57% на середньому рівні, 28% на високому рівні. (рис. 2.2.22)

Планування

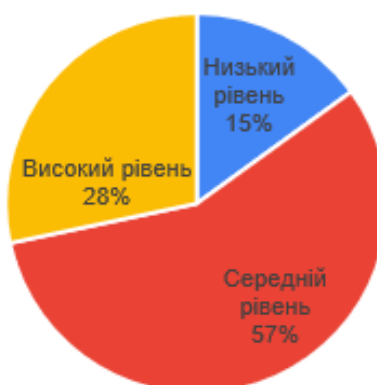


Рис. 2.2.22 Результати діагностики планування за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

В загальному результаті було виявлено що моделювання знаходиться у 38% на низькому рівні , 42% на середньому рівні, 20% на високому рівні (рис. 2.2.23)

Моделювання



Рис. 2.2.23 Результати діагностики моделювання за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

В загальному результаті було виявлено що програмування знаходиться у 27% на низькому рівні, 61% на середньому рівні, 12% на високому рівні (рис. 2.2.24)



Рис. 2.2.24 Результати діагностики програмування за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

В загальному результаті було виявлено що оцінювання результатів знаходиться у 20% на низькому рівні , 67% на середньому рівні, 13% на високому рівні. (рис. 2.2.25)

Оцінювання результатів



Рис. 2.2.25 Результати діагностики оцінювання результатів за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

В загальному результаті було виявлено що гнучкість знаходиться у 27% на низькому рівні , 60% на середньому рівні, 13% на високому рівні (рис. 2.2.26).

Гнучкість



Рис. 2.2.26 Результати діагностики гнучкості за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

В загальному результаті було виявлено що самостійність знаходиться у 20% на низькому рівні, 43% на середньому рівні, 37% на високому рівні (рис. 2.2.27)

Самостійність



Рис. 2.2.27 Результати діагностики самостійності за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

В загальному результаті було виявлено що загальний рівень саморегуляції знаходиться у 23% на низькому рівні, 57% на середньому рівні, 20% на високому рівні. (рис. 2.2.28)

Загальний рівень саморегуляції



Рис. 2.2.28 Результати діагностики загального рівня саморегуляції за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

Тепер розглянемо результати опитування серед чоловіків. У чоловіків було виявлено що планування знаходиться у 14% на низькому рівні , 43% на середньому рівні, 43% на високому рівні. (рис. 2.2.29)

Планування



Рис. 2.2.29 Результати діагностики планування за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У чоловіків було виявлено що моделювання знаходиться у 29% на низькому рівні , 0% на середньому рівні, 71% на високому рівні. (рис. 2.2.30)

Моделювання

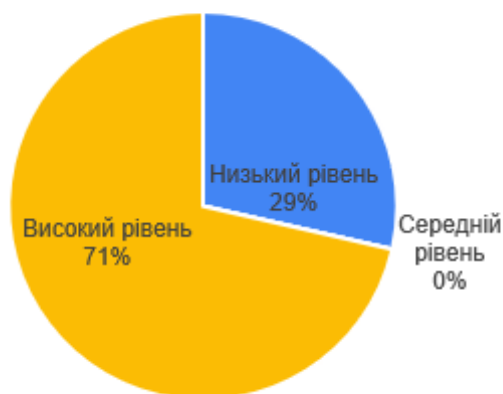


Рис. 2.2.30 Результати діагностики моделювання за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У чоловіків було виявлено що програмування знаходиться у 29% на низькому рівні , 71% на середньому рівні, 0% на високому рівні. (рис. 2.2.31)

Програмування



Рис. 2.2.31 Результати діагностики програмування за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У чоловіків було виявлено що оцінювання результатів знаходиться у 14% на низькому рівні, 72% на середньому рівні, 14% на високому рівні (рис. 2.2.32).

Оцінювання результатів



Рис. 2.2.32 Результати діагностики оцінювання результатів за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У чоловіків було виявлено що гнучкість знаходиться у 0% на низькому рівні, 71% на середньому рівні, 29% на високому рівні. (рис. 2.2.33)



Рис. 2.2.33 Результати діагностики гнучкості за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У чоловіків було виявлено що самостійність знаходиться у 14% на низькому рівні, 43% на середньому рівні, 43% на високому рівні. (рис. 2.2.34)

Самостійність



Рис. 2.2.34 Результати діагностики самостійності за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У чоловіків було виявлено що загальний рівень саморегуляції знаходиться у 0% на низькому рівні, 57% на середньому рівні, 43% на високому рівні (рис. 2.2.35).

Загальний рівень саморегуляції



Рис. 2.2.35 Результати діагностики загального рівня саморегуляції за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

Тепер розглянемо результати опитування серед жінок. У жінок було виявлено що планування знаходиться у 15% на низькому рівні, 59% на середньому рівні, 26% на високому рівні (рис. 2.2.36).

Планування



Рис. 2.2.36 Результати діагностики планування за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У жінок було виявлено що моделювання знаходиться у 13% на низькому рівні, 40% на середньому рівні, 47% на високому рівні. (рис. 2.2.37)

Моделювання



Рис. 2.2.37 Результати діагностики моделювання за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У жінок було виявлено що програмування знаходиться у 27% на низькому рівні, 60% на середньому рівні, 13% на високому рівні (рис. 2.2.38).

Програмування



Рис. 2.2.38 Результати діагностики програмування за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У жінок було виявлено що оцінювання результатів знаходиться у 21% на низькому рівні, 66% на середньому рівні, 13% на високому рівні. (рис. 2.2.39)

Оцінювання результатів



Рис. 2.2.39 Результати діагностики оцінювання результатів за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У жінок було виявлено що гнучкість знаходиться у 30% на низькому рівні, 59% на середньому рівні, 11% на високому рівні. (рис. 2.2.40)



Рис. 2.2.40 Результати діагностики гнучкості за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У жінок було виявлено що самостійність знаходиться у 21% на низькому рівні , 43% на середньому рівні, 36% на високому рівні. (рис. 2.2.41)



Рис. 2.2.41 Результати діагностики самостійності за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

У жінок було виявлено що загальний рівень саморегуляції знаходиться у 26% на низькому рівні, 57% на середньому рівні, 17% на високому рівні (рис. 2.2.42).

Загальний рівень саморегуляції



Рис. 2.2.42 Результати діагностики загального рівня саморегуляції за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)

Результати методики «Стиль саморегуляції поведінки (ССП 98)» В. Моросанової та Р. Сагієва показують, що більшість респондентів демонструють середній рівень саморегуляції, але з помітними відмінностями між чоловіками та жінками у сформованості її окремих компонентів.

Основними тенденціями за результатами методикою «Стиль саморегуляції поведінки» (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв) є вираженість декількох шкал вибірки. Зокрема у плануванні чоловіки частіше демонструють високий рівень (43%), тоді як серед жінок цей показник нижчий (26%). У жінок частка респонденток із середнім рівнем планування (59%) перевищує аналогічний показник у чоловіків (43%).

Моделювання у чоловіків представлено значно частіше високим рівнем (71%), тоді як серед жінок цей показник нижчий (47%). Середній рівень у чоловіків відсутній (0%), що говорить про яскраво виражене розділення між високим та низьким рівнями.

Чоловіки переважно мають середній рівень програмування (71%), але серед них відсутні випадки високого рівня (0%), що може вказувати на труднощі

з деталізацією планів. У жінок 13% демонструють високий рівень програмування, що вказує про дещо кращу розвиненість цієї здатності.

Оцінювання результатів за методикою переважно діагностовано на середньому рівні. Зокрема, показники середнього рівня практично однакові у чоловіків (72%) та жінок (66%), що свідчить про загальну здатність до самоаналізу. Низький рівень оцінювання спостерігається дещо частіше серед жінок (21%) порівняно з чоловіками (14%).

За шкалою гнучкості чоловіки не мають низького рівня гнучкості (0%), тоді як у жінок цей показник становить 30%. Високий рівень гнучкості частіше зустрічається у чоловіків (29%), ніж у жінок (11%), що говорить про їхню більшу здатність швидко адаптуватися до змін.

Розподіл рівнів самостійності у чоловіків та жінок досить схожий, але чоловіки частіше демонструють високий рівень (43%) порівняно з жінками (36%). Низький рівень самостійності дещо частіше зустрічається у жінок (21%), ніж у чоловіків (14%), що може свідчити про більш виражену залежність від зовнішніх оцінок.

Щодо загального рівня саморегуляції, то чоловіки не мають низького рівня загальної саморегуляції (0%), тоді як у жінок він становить 26%. Високий рівень саморегуляції частіше зустрічається у чоловіків (43%), ніж у жінок (17%), що свідчить про їхню вищу автономність у контролі власної поведінки.

Загалом результати методики показують, що чоловіки демонструють вищий рівень саморегуляції, особливо в аспектах моделювання, гнучкості та загальної автономності. Водночас жінки частіше мають середній рівень у більшості аспектів, що може свідчити про їхню адаптивність, але з певними труднощами у самостійності та корекції поведінки.

За методикою «Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В)» в загальному результаті було виражені наступні характеристики: спонтанна агресивність, дратівливість, реактивна агресивність, сором'язливість (рис. 2.2.43)

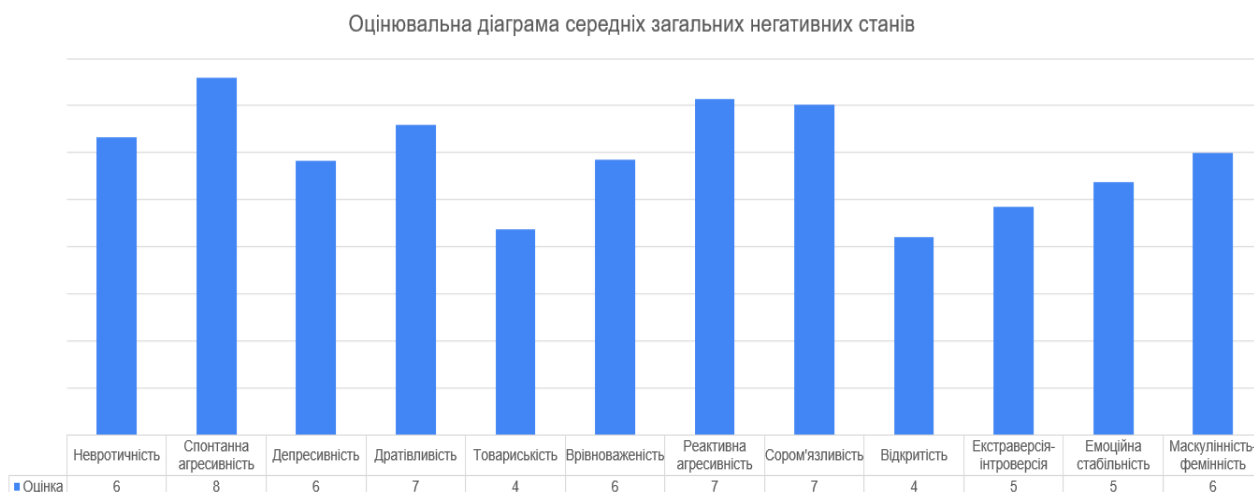


Рис. 2.2.43 Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В)

Тепер перейдемо до результатів опитування у чоловіків.

У чоловіків були виражені наступні шкали: невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, дратівливість, реактивна агресивність, сором'язливість, емоційна стабільність.(рис. 2.2.44)

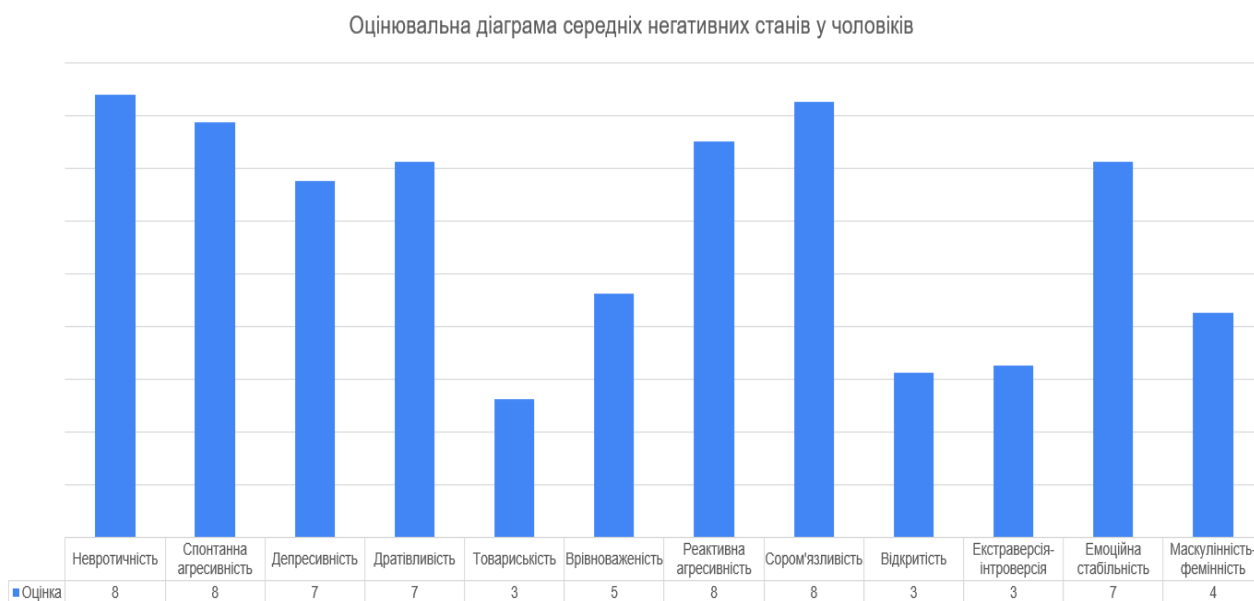
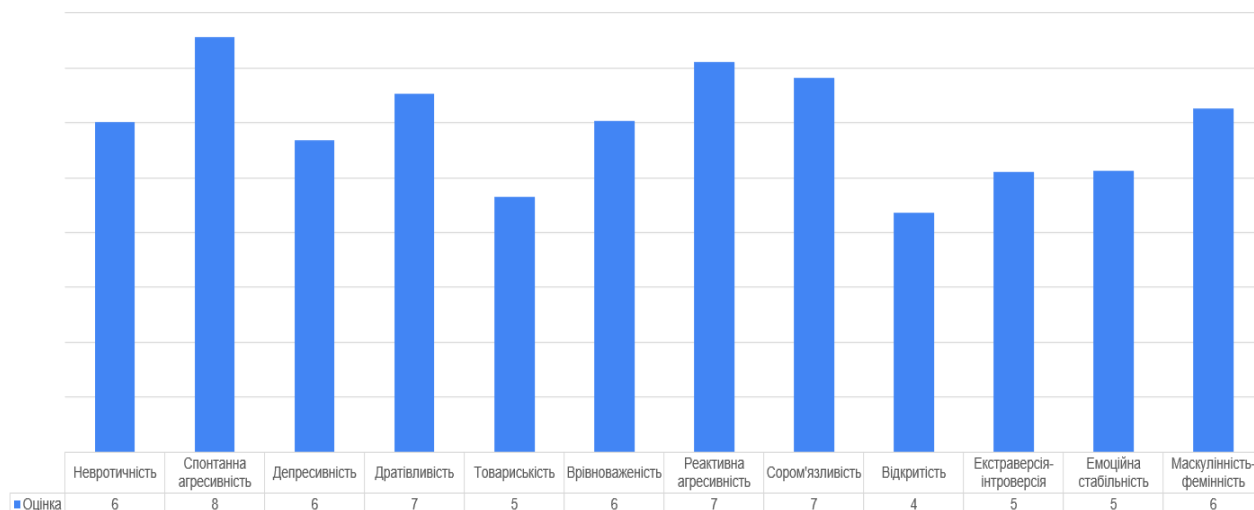


Рис. 2.2.44 Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В)

Тепер перейдемо до результатів опитування у жінок. У жінок були виражені наступні шкали: спонтанна агресивність, дратівливість, реактивна агресивність, сором'язливість. (рис. 2.2.45)

Оцінювальна діаграма середніх негативних станів у жінок

**Рис. 2.2.45 Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В)**

Результати Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI, форма В) показують виражені емоційні та агресивні тенденції, особливо в аспектах спонтанної агресивності, реактивної агресивності, дратівливості та сором'язливості. Водночас спостерігається середня товариськість та помірна відкритість, що свідчить про загальну обережність у соціальних контактах.

Розглянемо основні тенденції за методикою «Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В)». За результатами діагностики помічено, що для вибірки переважно характерна перевищена спонтанна агресивність, дратівливість, реактивна агресивність, сором'язливість. Загальні результати методики показують, що чоловіки демонструють більшу емоційну нестабільність, агресивність та інтровертованість, тоді як жінки частіше проявляють соціальну активність, але при цьому теж мають високі показники агресивності та сором'язливості. Це може вказувати на загальну чутливість до соціальних факторів, схильність до емоційних реакцій на подразники та важливість середовищної підтримки.

Отже, емпіричне дослідження дозволило виявити особливості негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни, проаналізувати їх рівень емоційної регуляції та адаптивності.

Тривожність, фрустрація та агресивність у більшості респондентів перебувають на середньому рівні, проте у частини вибірки спостерігається високий рівень цих станів, що може свідчити про труднощі у саморегуляції.

Депресивні прояви мають значну варіативність: серед чоловіків вони здебільшого відсутні або мінімальні, тоді як у жінок частіше спостерігаються помірні та виражені форми.

Саморегуляція поведінки загалом має середні показники, але чоловіки частіше демонструють високий рівень моделювання та автономності, тоді як у жінок є більший розподіл у середніх значеннях.

Астенічний стан виражений сильніше у жінок, що може свідчити про вищу емоційну вразливість.

У досліджуваних осіб простежено підвищену емоційну чутливість, а також тенденцію до агресивних та соціально-обережних поведінкових реакцій.

Отримані дані свідчать про високу емоційну напругу цивільних осіб, різні рівні стресостійкості та саморегуляції, а також гендерні особливості у вираженості негативних психічних станів.

Загалом, у більшості респондентів спостерігається типова для загальної популяції емоційна стабільність із середніми показниками тривожності, фрустрації та агресивності. Проте відзначаються гендерні відмінності: чоловіки, як правило, демонструють вищий рівень самоконтролю в стресових ситуаціях та менші депресивні прояви, тоді як у жінок частіше виявляються середні або навіть виражені рівні депресії, фрустрації та астенії.

Отже, за результатами емпіричного дослідження можна зробити основні підсумки. За методикою «Самооцінка психічних станів» (Г.Айзенка) було виявлено переважно середній рівень тривожності, низький рівень фрустрації, середній рівень агресивності та ригідності. За методикою «Диференціальна діагностика депресивних станів (В. Жмурова)» виявлено переважно легка форму депресії. За методикою «Діагностика стану стресу (К. Шрайнер)» діагностовано переважно середній рівень контролю в стресових ситуаціях. За методикою «Шкала астенічного стану (ШАС) Л. Малкової в адаптації Т. Чертової» визначено

переважно слабкий астенічний стан. За методикою «Стиль саморегуляції поведінки (ССП-98) (В. Моросанова, Р. Сагієв)» досліджено переважно середній рівень планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкості та самостійності, а також виражений загальний рівень саморегуляції на середньому рівні. За методикою «Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В)» з'ясовано переважно виражені характеристики: спонтанна агресивність, дратівливість, реактивна агресивність, сором'язливість, дещо на нижчому рівні виражена невротичність, депресивність та маскуліність-фемінність.

До *негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни* можемо віднести такі прояви: середній рівень тривоги, фрустрації, агресивності, ригідності, легка форма депресії, середній рівень контролю в стресових ситуаціях, слабкий астенічний стан, виражена спонтанна та реактивна агресія, дратівливість, сором'язливість, частково виражений стан невротизації.

2.3. Психологічний профіль цивільних жінок та чоловіків з різними психічними станами в умовах війни

Традиційно у психологічній науці особистісний профіль розуміють як систематизований, інтегрований та об'єктивний опис індивідуально-психологічних особливостей людини, отриманий за допомогою комплексу психодіагностичних методів, що дозволяє кількісно та/або якісно представити її найбільш значущі психічні характеристики.

Психологічний профіль особи можна визначити як цілісний, систематизований опис індивідуально-психологічних особливостей людини, який відображає її найбільш значущі та стійкі риси, властивості та характеристики. Він є певним «портретом» психіки, що дозволяє зрозуміти, як людина функціонує, реагує на світ, взаємодіє з оточенням і які її потенційні можливості та схильності.

Створення психологічного профілю дозволяє: прогнозувати поведінку особи (розуміти, як вона ймовірно, поводитиметься в різних ситуаціях), ідентифікувати сильні сторони та зони розвитку (визначити потенціал особистості та сфери, що потребують вдосконалення), при професійному відборі, формуванні команд, психологічній допомозі приймати рішення на основі домінуючих властивостей особи, складати індивідуальні програми (для навчання, розвитку, корекції або психотерапії), а також підвищити рівень самоусвідомлення.

Психологічний профіль, зазвичай, охоплює декілька основних сфер, що дозволяють сформувати всебічне уявлення про особистість. Його структура може варіюватися залежно від мети складання профілю (наприклад, для клінічної діагностики, професійного відбору, особистісного розвитку), але зазвичай включає: когнітивну та емоційно-вольову сферу, особистісні риси та властивості характеру, соціально-психологічні характеристики, а також психофізіологічні особливості.

Отже, психологічний профіль особи – це інтегрована система рис та властивостей людини, що відображає унікальну цілісність індивіда та дає ключ до розуміння його внутрішнього світу та зовнішньої поведінки.

За результатами емпіричного дослідження побудуємо психологічні профілі цивільних жінок та чоловіків з різними психічними станами в умовах війни. Представимо результат емпіричного аналізу щодо виражених характеристик негативних психічних станів цивільних жінок в умовах війни у вигляді таблиці 2.3

Таблиця 2.3

Психологічний профіль цивільних жінок з різними психічними станами в умовах війни

Низький фрустрації	рівень	Психологічний профіль цивільних жінок з різними психічними станами в умовах війни	Легкий рівень депресії
Середній тривожності	рівень		Середній рівень контролю в стресових ситуаціях

продовження табл. 2.3

Середній рівень агресивності		Слабкий астенічний стан
Середній рівень ригідності		Середній рівень планування
Середній рівень програмування		Середній рівень моделювання
Середній рівень гнучкості		Середній рівень оцінювання результатів
Середній рівень самостійності		Середній рівень загальної саморегуляції
Виражена спонтанна агресивність		Виражена дратівливість
Виражена реактивна агресивність		Виражена сором'язливість

Середні показники переважають у таких категоріях, як тривожність, агресивність, ригідність, планування, моделювання, оцінювання результатів, загальна саморегуляція. Це вказує на адаптивність більшості жінок, але зі схильністю до емоційної нестабільності.

Високі показники спостерігаються у дратівливості, сором'язливості, астенії, депресії, що може свідчити про психоемоційну напругу та труднощі в соціальній взаємодії. Низькі показники переважають у самостійності та гнучкості, що може означати залежність від зовнішніх обставин і труднощі в швидкій адаптації до змін.

Загалом дані підкреслюють підвищену емоційну чутливість цивільних жінок, схильність до агресивних та депресивних проявів, а також труднощі у саморегуляції. Представимо результат емпіричного аналізу щодо виражених характеристик негативних психічних станів цивільних чоловіків в умовах війни у вигляді таблиці 2.4

Таблиця 2.4

**Психологічний профіль цивільних чоловіків з різними психічними
станами в умовах війни**

Середня тривожність	Психологічний профіль цивільних чоловіків з різними психічними станами в умовах війни	Іноді контролюють себе в стресових ситуаціях
Низька фрустрація		Відсутня астенія
Низька агресивність		Середній рівень планування
Низька ригідність		Високий рівень моделювання
Легка депресія		Середній рівень програмування
Середній рівень гнучкості		Середній рівень оцінювання результатів
Високий рівень самостійності		Середній рівень загальної саморегуляції
Виражена невротичність		Виражена спонтанна агресивність
Виражена реактивна агресивність		Виражена сором'язливість

Щодо емоційної стабільності, то більшість чоловіків демонструють середній рівень тривожності та низьку фрустрацію, що вказує на їхню загальну здатність справлятися зі стресом. Водночас спостерігається виражена реактивна та спонтанна агресивність, що може свідчити про імпульсивність у відповідь на загрози та зовнішні подразники.

Щодо соціальної взаємодії, то низький рівень товарищескості та висока сором'язливість можуть бути показниками обережного ставлення до нових контактів та потреби у стабільному соціальному середовищі.

Когнітивні здібності представлені високим рівнем моделювання та середній рівень планування вказують на здатність прогнозувати ситуацію, але із певними труднощами в деталізації майбутніх дій.

Більшість чоловіків мають середній рівень загальної саморегуляції, що дозволяє їм контролювати свої емоційні прояви та адаптувати поведінку до змін. Психологічний профіль цивільних чоловіків в умовах війни демонструє збалансоване поєднання емоційної стабільності та агресивної реактивності, що вказує на ефективність адаптаційних механізмів у критичних ситуаціях. Водночас низька товариськість та сором'язливість можуть ускладнювати соціальну інтеграцію, а високий рівень агресивності потребує додаткового контролю для зменшення конфліктності у міжособистісних взаємодіях.

Отже, розуміння психологічний профілів цивільних жінок та чоловіків з різними психічними станами в умовах війни, дозволить глибше аналізувати особливості емоційної реактивності, адаптивності та поведінкових стратегій людей у кризових умовах. Це знання сприятиме: 1) розробці ефективних психологічних програм підтримки, які враховують рівень тривожності, депресивності, агресивності та саморегуляції; 2) покращенню соціальної взаємодії через розуміння особливостей комунікації та схильності до інтроверсії чи екстраверсії; 3) оптимізації кризових інтервенцій, що допоможе цивільним особам з різними рівнями стресостійкості ефективно справлятися з наслідками війни; 4) формуванню адаптивних стратегій поведінки, щоб люди з низьким рівнем саморегуляції могли підвищити свою здатність до контролю емоцій і прийняття рішень; 5) зменшенню рівня соціальної напруги, оскільки глибше розуміння психічних станів допоможе у конфліктних ситуаціях та посиленні взаємної підтримки.

Узагальнення отриманих даних дозволить краще прогнозувати потреби цивільних осіб у психологічній допомозі, що є ключовим аспектом стабільного суспільного функціонування в умовах війни.

Висновки другого розділу

За результатами емпіричного дослідження можна зробити основні підсумки, а саме: виявлено переважно середній рівень тривожності, низький рівень фрустрації, середній рівень агресивності та ригідності; виявлено переважно легка форма депресії, переважно середній рівень контролю в стресових ситуаціях; визначено переважно слабкий астеничний стан; досліджено переважно середній рівень планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкості та самостійності, а також виражений загальний рівень саморегуляції на середньому рівні; з'ясовано виражені характеристики спонтанної та реактивної агресивності, дратівливості, сором'язливості, дещо на нижчому рівні вираженої невротичності, депресивності та маскулінності-фемінності.

Дослідження показало суттєві відмінності між чоловіками та жінками у вираженості психічних станів: чоловіки частіше демонструють високу саморегуляцію, емоційну стабільність та впевненість, але можуть мати вищий рівень агресивності та реактивних реакцій; жінки частіше стикаються з депресивними та астеничними проявами, демонструючи підвищену емоційну чутливість та залежність від зовнішніх обставин.

До *негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни* можемо віднести такі прояви: середній рівень тривоги, фрустрації, агресивності, ригідності, легка форма депресії, середній рівень контролю в стресових ситуаціях, слабкий астеничний стан, виражена спонтанна та реактивна агресія, дратівливість, сором'язливість, частково виражений стан невротизації.

На основі дослідження були створені психологічні профілі цивільних чоловіків та жінок, які містять оцінку їхніх емоційних станів, особистісних рис та рівня саморегуляції. Вони демонструють загальні тенденції у психоемоційному реагуванні, що може бути корисним для адаптаційних стратегій і психологічної підтримки.

Результати дослідження є важливими для розробки програм психологічної підтримки, спрямованих на зниження депресії, тривожності, агресивності та підвищення адаптивності населення в умовах війни.

Дослідження демонструє, що негативні психічні стани цивільних осіб у воєнний час є вираженими та впливають на їхню адаптацію. Гендерні відмінності свідчать про неоднорідність емоційного реагування, що потребує диференційованого підходу до психологічної підтримки. Отримані дані можуть бути використані для формування стратегій соціально-психологічної адаптації та інтервенцій, спрямованих на мінімізацію негативного впливу воєнного стресу.

РОЗДІЛ 3.

ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Тренінгова програма щодо корекції негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни

Тренінгова програма психокорекції негативних психічних станів була розроблена на основі результатів емпіричного дослідження, представленого у кваліфікаційній роботі. В її основі – аналіз теоретичних підходів до вивчення негативних психічних станів (когнітивний, емоційний, екзистенційний, психофізіологічний, соціально-психологічний), результати тестувань за шкалами Айзенка, Малкової, Жмурова, ФПІ та ін., а також практичні рекомендації провідних дослідників (А. Бек, М. Селігман, Д. Герман, К. Маслач та ін.).

Метою тренінгової програми є психокорекція негативних психічних станів студентів шляхом розвитку емоційної компетентності, формування навичок саморегуляції, зниження тривожності, покращення самооцінки, опанування технік подолання стресу та мобілізації внутрішніх ресурсів.

Завданням тренінгової програми є

- 1) сформувати у студентів розуміння природи негативних психічних станів;
- 2) навчити ідентифікувати й усвідомлювати власні емоції та реакції;
- 3) ознайомити з ефективними техніками подолання тривоги, депресії, агресії, емоційного вигорання;
- 4) розвинути навички самопідтримки, саморефлексії та стресостійкості;
- 5) сприяти зміцненню особистісних ресурсів та самооцінки.

Програма орієнтована на студентську молодь (18–21 років), яка в умовах тривалого соціального та військового стресу виявляє ознаки:

- вираженої агресивності (напади роздратування, гнів, ворожість);
- підвищеної тривожності (очікування небезпеки, нервозність, внутрішнє напруження);
- ознак депресивного стану (апатія, відчуття безнадії, зниження мотивації, емоційна спустошеність);
- емоційного вигорання (виснаження, байдужість, порушення сну);
- дезадаптації (соціальна ізоляція, втрата цілей, зниження концентрації уваги).

Тренінгова програми щодо психокорекції негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни передбачала 10 занять по 2 години (табл.3.1.)

Таблиця 3.1

Оглядова структура тренінгової програми щодо психокорекції негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни

Блоки тренінгової програми	Мета занять тренінгової програми
Заняття 1. Знайомство. Вступ до теми розуміння негативних психічних станів	Сформувати атмосферу довіри в групі та ознайомити учасників із поняттям негативних психічних станів
Заняття 2. Усвідомлення власного емоційного стану	Навчити учасників розпізнавати, називати й аналізувати власні емоції
Заняття 3. Тривожність: причини, прояви, способи самодопомоги	Ознайомити з природою тривожності та навчити технік її саморегуляції
Заняття 4. Стрес і його подолання	Розвинути здатність розпізнавати стрес та ефективно знижувати його рівень
Заняття 5. Депресивні стани: як їх розпізнати і підтримати себе	Сприяти усвідомленню симптомів депресії та активізації ресурсів для подолання пригніченого стану
Заняття 6. Агресивність і контроль емоцій	Навчити конструктивному вираженню гніву та контролю над імпульсивною поведінкою

продовження табл. 3.1

Заняття 7. Емоційне вигорання і відновлення ресурсу	Виявити ознаки емоційного виснаження та допомогти знайти індивідуальні джерела відновлення
Заняття 8. Робота з негативними думками і когнітивними спотвореннями	Розвинути навички заміни автоматичних негативних думок на реалістичні
Заняття 9. Розвиток самооцінки та самоприйняття	Підвищити рівень самоповаги, впевненості та позитивного самосприйняття
Заняття 10. Підбиття підсумків. План турботи про себе	Закріпити здобуті знання та сформувати особисту стратегію психологічної підтримки

Розгорнута структура тренінгової програми щодо психокорекції негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни представлена у додатку В.

Очікувані результати тренінгової роботи:

1. Підвищення емоційної обізнаності студентів — учасники навчаться розпізнавати, називати та приймати власні емоційні стани.
2. Зниження рівня тривожності, агресивності, депресивних проявів — завдяки опануванню технік саморегуляції, дихальних практик, релаксації та когнітивної корекції.
3. Формування навичок емоційного самоконтролю — учасники отримають інструменти для конструктивного вираження емоцій, зокрема гніву, образи, фрустрації.
4. Підвищення рівня самооцінки та самоприйняття — розвиток позитивного образу «Я», впевненості у власних силах та вміння відстоювати особисті межі.
5. Опанування технік подолання стресу — студенти знатимуть, як діяти в умовах напруження, зниження ресурсу або перевтоми.

6. Профілактика емоційного вигорання — учасники вмітимуть вчасно розпізнавати симптоми виснаження та застосовувати заходи самодопомоги.
7. Розширення репертуару поведінкових і когнітивних стратегій — навчання альтернативам деструктивної поведінки (ізоляції, униканню, конфліктам).
8. Зміцнення внутрішніх ресурсів і стресостійкості — формування індивідуальних «планів турботи про себе», розвиток адаптивних стратегій реагування.
9. Підвищення згуртованості в студентському колективі — завдяки груповій взаємодії, довірі, емоційній підтримці впродовж тренінгу.
10. Формування установки на психологічну грамотність і звернення по допомогу в разі потреби — зниження стигматизації психоемоційних труднощів.

3.2. Практичні рекомендації щодо профілактики негативних психічних станів у цивільних осіб в умовах війни

Рекомендації розроблено на основі теоретичного аналізу сучасних психологічних підходів (когнітивного — А. Бек, теорії вивченої безпорадності — М. Селігман, концепції емоційного вигорання — К. Масlach, травматерапії — Дж. Герман, схемотерапії — Д. Янг), а також результатів емпіричного дослідження, проведеного серед цивільних осіб у період активних воєнних дій.

У процесі розробки враховано особливості психоемоційного реагування на стрес, рівень тривожності, депресивні тенденції, наявність агресивних або апатичних реакцій у досліджуваної вибірки.

Ці рекомендації адресовано: 1) цивільному населенню, яке перебуває в умовах війни або в евакуації; 2) внутрішньо переміщеним особам; 3) членам родин військових; 4) особам, які зазнали втрат, окупації, переслідувань; 5) молоді (особливо студентам) як соціально вразливій групі.

А також вони можуть бути використані 1) фахівцями у сфері громадського здоров'я, які займаються організацією психосоціальної допомоги;

2) психологами й психотерапевтами, що надають підтримку постраждалим; 3) соціальними працівниками у центрах допомоги ВПО; 4) педагогами та кураторами навчальних груп, які спостерігають деструктивні емоційні реакції в молоді; 5) волонтерами та керівниками гуманітарних ініціатив, що працюють з емоційно виснаженими людьми; 6) державними й недержавними структурами, які впроваджують програми психосоціальної підтримки та ін.

Тепер перейдемо до рекомендацій які були складені за результатами емпіричного дослідження:

- підвищення емоційної грамотності (формування вміння усвідомлювати власні емоції та керувати ними; розуміння, що емоції — це сигнали, а не слабкість);

- навчання розпізнаванню емоцій та відмінності між нормальними і патологічними реакціями (наприклад, тривожність у відповідь на небезпеку — це норма, а постійна втрата контролю та апатія — сигнал для втручання);

- регулярне застосування технік саморегуляції (використання методів, які допомагають повернути тіло й розум до стану рівноваги — наприклад, дихальні практики перед сном або в моменти паніки);

- рекомендації щодо дихальних технік, м'язової релаксації та тілесно-орієнтованих практик (це можуть бути вправи на глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація чи навіть прості рухові практики, які допомагають заземлитися й знизити напругу);

- обмеження впливу травматичних медіа (зменшення часу, проведеного за новинами, особливо тими, що містять насильницький або емоційно виснажливий контент; уникнення безперервного "прокручування стрічки");

- фільтрація інформаційних джерел і зменшення візуального навантаження (важливо звертати увагу, звідки надходить інформація, та обирати перевірені, врівноважені джерела — наприклад, офіційні сайти або ресурси з позначкою «без тригерів»);

- розвиток внутрішніх ресурсів (дотримання режиму дня, повноцінний сон, фізична активність, навіть мінімальна; щоденне ведення нотаток про події та емоції допомагає впорядкувати думки);
- пошук сенсу навіть у кризових ситуаціях (рефлексія над тим, що дає сили рухатися вперед, як підтримувати власні цінності в складні часи — це може бути волонтерство, турбота про близьких, духовні практики);
- соціальна підтримка як ресурс стабільності (залучення до груп взаємодопомоги, спілкування з друзями, родиною; активний контакт з оточенням зменшує відчуття ізоляції та покинутості);
- уникнення соціальної ізоляції (навіть короткі розмови чи повідомлення з близькими мають стабілізуючий ефект і підсилюють відчуття зв'язку з іншими);
- навчання когнітивному реструктуруванню (усвідомлення автоматичних негативних думок та заміна їх на більш реалістичні й конструктивні установки, наприклад, замість «я не впораюся» — «я роблю все, що можу, в цих умовах»);
- робота з переконаннями безпорадності (формування переконання, що навіть у важкі моменти є речі, на які ми можемо вплинути — це повертає відчуття контролю над життям);
- профілактика емоційного вигорання у тих, хто допомагає іншим (особливо це стосується волонтерів, медичних працівників, рятувальників — для них важливо мати чіткі межі, періоди відпочинку, підтримку колег);
- психоедукація для фахівців (інформаційна підготовка щодо збереження власного ресурсу, важливість «психологічної дистанції», навички відновлення після контакту з чужим болем);
- своєчасне звернення за допомогою (необхідно формувати в суспільстві ідею, що звертатися до психолога — це прояв сили та відповідальності за своє психічне здоров'я, а не слабкості чи «ненормальності»).

Висновки третього розділу

Дослідження профілактики негативних психічних станів цивільних осіб та проблематики зловживання психотропними речовинами дозволило сформулювати основні заходи психологічної корекції та підтримки в умовах війни.

Результати дослідження підтвердили, що негативні психічні стани, такі як тривожність, агресивність, депресивність та емоційне вигорання, значно впливають на психосоціальну адаптацію цивільного населення. В умовах війни особливо важливим стає формування навичок саморегуляції, емоційної компетентності та соціальної підтримки.

Розроблена тренінгова програма є ефективним засобом зниження тривожності, депресивних проявів та агресивних реакцій. Вона включає такі ключові аспекти: 1) опрацювання емоційної грамотності та саморефлексії (усвідомлення власних емоцій, їхнього впливу на поведінку); 2) розвиток навичок подолання стресу (методи релаксації, дихальні техніки, когнітивні стратегії); 3) корекція негативних думок та формування позитивної самооцінки (переформулювання деструктивних переконань, підсилення особистісних ресурсів); 4) активізація внутрішніх резервів та соціальної підтримки (інтерактивні вправи, групова взаємодія).

Очікувані результати тренінгової роботи демонструють, що учасники програми матимуть покращені показники саморегуляції, стресостійкості, а також зниження рівня емоційного напруження.

Виходячи з аналізу психоемоційного реагування цивільного населення, розроблено комплекс рекомендацій для зменшення впливу стресових факторів:

- підвищення емоційної грамотності (навчання розпізнавання та корекції власних емоцій);
- застосування технік саморегуляції (діяльність, спрямована на мобілізацію психофізіологічних ресурсів);
- обмеження впливу травматичних медіа (контроль інформаційного середовища для зниження тривожності);

- розвиток внутрішніх резервів (підтримка режиму дня, фізичної активності, ведення щоденника);
- соціальна підтримка (створення спільнот для емоційної взаємодії);
- когнітивне реструктурування (заміна негативних установок більш конструктивними);
- профілактика емоційного вигорання (особливо серед фахівців, що працюють з кризовими групами);
- своєчасне звернення за допомогою (формування установки на психологічну підтримку як ресурс, а не слабкість).

В умовах воєнного конфлікту ключовими факторами збереження психічного здоров'я є емоційна грамотність, саморегуляція та підтримка соціального оточення. Емпіричні дані підтверджують, що впровадження психокорекційних програм дозволяє значно знизити рівень негативних психічних станів та посилити адаптивні механізми.

Отримані результати можуть бути використані для вдосконалення програм психосоціальної допомоги цивільним особам та покращення психологічної підтримки населення в умовах воєнного стресу.

ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретично-методологічний аналіз поняття, видів та особливостей негативних психічних станів у наукових джерелах. Визначено, що поняття негативних психічних станів розглядають як багатокомпонентні утворення, що характеризуються емоційною дисгармонією, когнітивними спотвореннями, соматичними проявами та дезадаптацією. Негативні психічні стани виникають як реакція на деструктивні зовнішні чинники (війна, інформаційний тиск, соціальна нестабільність) і внутрішні особливості особистості.

За результатами емпіричного дослідження можна зробити основні підсумки, а саме: виявлено переважно середній рівень тривожності, низький рівень фрустрації, середній рівень агресивності та ригідності; виявлено переважно легка форма депресії, переважно середній рівень контролю в стресових ситуаціях; визначено переважно слабкий астеничний стан; досліджено переважно середній рівень планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкості та самостійності, а також виражений загальний рівень саморегуляції на середньому рівні; з'ясовано виражені характеристики спонтанної та реактивної агресивності, дратівливості, сором'язливості, дещо на нижчому рівні вираженої невротичності, депресивності та маскулінності-фемінності.

Дослідження продемонструвало певні відмінності між чоловіками та жінками у вираженості психічних станів: чоловіки частіше демонструють високу саморегуляцію, емоційну стабільність та впевненість, але можуть мати вищий рівень агресивності та реактивних реакцій; жінки частіше стикаються з депресивними та астеничними проявами, демонструючи підвищену емоційну чутливість та залежність від зовнішніх обставин.

До *негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни* можемо віднести такі прояви: середній рівень тривоги, фрустрації, агресивності, ригідності, легка форма депресії, середній рівень контролю в стресових

ситуаціях, слабкий астенічний стан, виражена спонтанна та реактивна агресія, дратівливість, сором'язливість, частково виражений стан невротизації.

За результатами дослідження побудовано психологічні профілі негативних психічних станів цивільних жінок та чоловіків в умовах війни. У жінок профіль представлено такими проявами: більша емоційна чутливість, схильність до депресивних та астенічних проявів, а також певна залежність від зовнішніх оцінок (низький рівень самостійності та гнучкості матеріалізується як труднощі у швидкій адаптації); у чоловіків – вищим рівнем саморегуляції, здатністю до автономного прийняття рішень, але одночасно проявляються виражені агресивні реакції та висока емоційна реактивність.

Розроблено тренінгову програму психокорекції негативних психічних станів, яка спрямована на: 1) розвиток емоційної компетентності та усвідомлення власних емоцій; 2) формування навичок саморегуляції, зниження тривожності, агресивності та депресивності; 3) зміцнення внутрішніх ресурсів, підвищення самооцінки та покращення стресостійкості.

Запропоновано практичні рекомендації щодо профілактики негативних психічних станів у цивільних осіб в умовах війни.

Комплексний аналіз проведених досліджень дозволяє зробити висновок, що негативні психічні стани цивільних осіб в умовах війни мають багатовимірну природу, охоплюючи емоційний, когнітивний та поведінковий аспекти. Емпіричні дані свідчать про різноманітність проявів негативних станів (тривога, депресія, агресія, фрустрація, астенія тощо), що потребують цілісного підходу до їх профілактики та корекції в умовах війни.

Перспектива подальших наукових розвідок полягає у вивченні взаємозв'язку негативних психічних станів цивільних осіб із типом особистості та копінговими стратегіями у стресових ситуаціях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдрахімов Р. А., Клебан К. І., Марков А. Р. Психічне здоров'я особистості в умовах макросоціальної кризи війни: аналіз ризиків та шляхів превенції. Вісник академії праці, соціальних відносин і туризму. 2025. Вип. № 3. DOI: <https://doi.org/10.54929/3041-2390-2025-03-02-04>.
2. Балабанова Л.М. Теоретико-методологічні основи діагностики психічних станів // Психологія і суспільство. 2022. №4. С. 122–130.
3. Бол, Кокун, О.М., Мороз, В.М., Пішко, І.О., Лозінська, Н.С. (2022) Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій. Київ-Одеса: Фенікс.
4. Болтівець, С.І. (2022). Психогігієнічна сфера зміцнення психічного здоров'я різних груп населення. Підвищення фізичної працездатності різних груп населення в процесі занять фізичною культурою і спортом. Ірпінь
5. Вознюк О. Психоаналітичні методи корекції негативних психоемоційних станів. Психолог. 2014. №5. С. 28–30.
6. Гільман А.Ю., Карпович І.В. Особливості емоційних станів пацієнтів з різними соматичними захворюваннями. Public Health Journal. Випуск 4. 2023. С.15-22. DOI: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.3>
7. Гільман А.Ю., Мазяр К.В. Дослідження негативних психічних станів у жінок у період вагітності. Public Health Journal. Випуск 2. 2022. С.18-24. DOI: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2022.2.3>
8. Гончаренко О. Втрата психологічної безпеки у цивільного населення під час війни. Психологічні перспективи. 2023. №41. С. 45–52.
9. Захист і підтримка ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану: виклики і відповіді : монографія / НАПН України; за заг. ред. В. Г. Кременя; [В. Г. Панок, С. Д. Максименко, М. М. Слюсаревський, Л. І. Прохоренко, Н. В. Чепелєва, Т. І. Куліш, С. Л. Чуніхіна, І. Г. Губеладзе, І. І. Ткачук, Н. А. Ярмола]. – [Електронне видання]. – Київ, 2024. – 188 с.
10. Звіт Українського інституту соціальних досліджень. Психоемоційний стан дітей під час війни. 2023.

11. Карамушка, Л., Креденцер, О., Терещенко, К., Лагодзінська, В. Івкін, В., Ковальчук, О.С. (2022) Особливості психічного здоров'я персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. 1 (25), 62-74. DOI:<https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.7>
12. 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.
13. Карамушка Л. М., Карамушка Т. В. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. No 2 (26). С. 62–74. URL: <https://doi.org/10.31108/2.2022.2.26.6>. (дата звернення: 23.05.2023)
14. Карамушка Л.М., Терещенко К.В., Креденцер О.В., Лагодзінська В.І., Ковальчук О.С., Івкін В.М. Зв'язок негативних психічних станів персоналу з компонентами та індексом організаційної культури освітніх організацій // Інститут психології ім. Г. С. Костюка. – 2022. – 42 с. Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/709908/1/5.pdf>
15. Колеснікова І.С. Психологічні стани та копінг-стратегії в екстремальних ситуаціях. Львів: Кальварія. 2019. 184 с.
16. Корольчук, М., & Науменко, Н. (2023). Аналіз чинників негативних психічних станів особистості до і під час війни (за результатами анкетування). Вісник Національного університету оборони України, 73(3), 83–90. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-83-90>
17. Левітов Н. Д. Становлення психічного стану як наукової категорії // Психологія. – 2008. – №2. – С. 23–27.
18. Лінніков С. Як зберегти фізичне здоров'я в умовах війни. URL: <https://healthcenter.od.ua/2022/03/09/yak-zberegty-fizychne-zdorovyua-v-umovahvijny/> (дата звернення: 25.06.2022).
19. Лук'янчук, Н. (2025). Психологічна підтримка особистості під час війни в Україні. Вчені записки Університету «КРОК», (1(77), 513–520. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-77-513-520>

20. Малишев Ю. Основи психосоматики. Київ: Центр учбової літератури. 2021. 208 с.
21. Марценковський, Д., Шевлін, М., Бен-Езра, М., Бонджерс, К., Фокс, Р., Караціас, Т., Марценковська, І., Марценковський, І., Пфайффер, Е., Заксер, С., Вальєр, Ф., & Хайленд, Ф. (2023). Психічне здоров'я в Україні у 2023 році. *Eur Psychiatry*, 67(1) : e27. doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.12.
22. Могильова Н. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України. 2023. С. 81-85. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.2.12>.
23. Науменко Н. Наукові підходи вивчення психічних станів у фаховій літературі // Український психолого-педагогічний щорічник. – 2022. – №71. – С. 184–192. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-184-192>
24. Науменко, Н. (2023). Наукові підходи вивчення психічних станів у фаховій літературі. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (3(71), 184–192. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-184-192>
25. Пиголенко І.В. Пиголенко Ю.А. Кукса К.М. Вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я українців. *ГАБІТУС*. 2023. С.243-248. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.45.40>.
26. Плахотнік О. Психологічні наслідки травматичних подій у цивільного населення. *Психологія і суспільство*. 2020. №3. С. 89–97.
27. Предко, в., & предко, д. (2022). Особливості психічного стану українців в умовах війни. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом*. Психологія, (3(56), 78-84. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2022.3.11>
28. Проблеми психічного здоров'я у часі війни: Збірник наукових праць [за матеріалами Регіональної студентсько-викладацької науково-практичної інтернет-конференції] / Ред. колегія: К. Гавриловська, І. Загурська, Г. Пирог, Ю. Дем'янчук / Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2025. 143 с.

29. Прокопенко, О. А. (2025). Емоційне виснаження студентів та втома під час війни. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: педагогіка та психологія, (7). <https://doi.org/10.54929/2786-9199-2025-7-10-01>

30. Психічне здоров'я в умовах війни: шляхи збереження та відновлення: матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю) (м. Київ, 13 жовтня 2023 р.). – Київ: НУБІП України, 2023. - 87 с.

31. Психологічна асоціація України. Аналітичний звіт щодо психологічного стану дорослого населення. 2023.

32. Психологічна служба освіти. Аналітичний огляд емоційного стану дітей у прифронтових областях. 2023.

33. Психологічна служба України. Психоемоційний стан людей похилого віку в умовах війни. Звіт. 2023.

34. Сафін О., Мась, Н. Корекція негативних психічних станів курсантів за допомогою технологій віртуальної реальності // Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. 2024. Військово-спеціальні науки, 58(2(58)), 50–54. Режим доступу: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2024.58.50-54>

35. Слабкий, Г. О., Іваць-Чабіна, А. Р., Чіркак, В. З. (2023). Вплив війни на психічне здоров'я в Україні. Public Health Journal, 10(4), 112–130.

36. Слободяник, Н. В. (2024). Стресостійкість як психологічний ресурс особистості в ситуації змін. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія, Том 35 (74), 4, 91–95.

37. Сохор Н., Ясній О., Смашна О., Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків. Психосоматична медицина та загальна практика. 2024. Вип. 9. С.16-19. DOI: 10.26766/pmgrp.v9i1.471

38. Томчук С.М. Негативні психічні стани, їх структура та методи дослідження. – К.: НПУ ім. М. Драгоманова, 2007. – 167 с.. – Режим доступу: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3880/Tomchuk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

39. Тюріна В. О., Солохіна Л. О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. Особистість, суспільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.); МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. Харків: ХНУВС, 2022. С. 116–121.
40. Український інститут майбутнього. Молодь під час війни: аналітика психоемоційного стану. Звіт. 2023.
41. Федорчук В. М. Тренінг особистісного зростання. [текст] : навч. посіб. / В. М. Федорчук – К. : «Центр учбової літератури», 2014. – 2
42. Хараджи М. Федоренко А. Дослідження особливостей емоційно-психологічного стану вимушено переміщених жінок під час війни. 2024. С. 97-101. DOI: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.2.18>.
43. Шевчук Л., Федоришина Л., Шевчук І. Збереження психічного здоров'я населення в умовах воєн і військових конфліктів: соціально-економічні аспекти. АКАДЕМІЧНІ ВІЗІЇ. 2022. Вип. 8-9. С. 58-69.
44. Яцина, О. (2024). Психологічні реакції дітей та підлітків на війну. Вісник психології Ужгородського національного університету, 9(3), 33–50.
45. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: APA Publishing. 2013. 947 p.
46. Beck A.T. The Beck Depression Inventory Manual (2nd ed.). San Antonio: Harcourt Brace. 2005. 133 p.
47. Beck A.T. (1979). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Penguin.
48. Blekas, A., Steele, M. M., Jones, R. J., et al. (2023). War and Mental Health: The Long-Term Psychological Consequences of Conflict. Journal of Traumatic Stress, 36(4), 654–667.
49. Ekman P. Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life. New York: Times Books. 1999. 304 p.
50. Eriksson K.-E. War Trauma and Identity. Stockholm: Nordic Academic Press. 2001. 197 p.

51. Frankl V.E. Man's Search for Meaning. Boston: Beacon Press. 2006. 184 p.
52. Frounfelker, R. L., Li, Z., Miconi, D., & Betancourt, T. S. (2019). Trauma and resilience in war-affected children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(3), 273–289.
53. Grossman S. The Psychological Cost of War. New York: Anchor Books. 2005. 224 p.
54. Herman J.L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. New York: Basic Books. 1992. 276 p.
55. Hobfoll, S. E. (2023). Social support and resilience in crisis situations. *American Journal of Community Psychology*, 51(4), 215–230.
56. Hudson B. Secondary Traumatic Stress and Compassion Fatigue: Understanding the Emotional Cost of Caring. London: Routledge. 2016. 224 p.
57. Jones, L., Patel, N., & Steele, B. (2020). Long-term consequences of war trauma on children. *Child Development*, 91(1), 37–50.
58. Jones, R. J., Patel, R. V., & Steele, M. M. (2020). Child Trauma and War: Understanding Psychological Responses in Youth. *Child Development Perspectives*, 14(3), 230–242.
59. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York: Farrar, Straus and Giroux. 2011. 499 p.
60. Kulesha, N. & Hilman, A. The Psychological Rehabilitation of Youth in War Conditions: Cognitive Dimension, *Youth Voice Journal*, 14(3), 2024. 107-119, ISBN (ONLINE): 978-1-911634-82-9 <https://www.rj4allpublications.com/product/psychological-rehabilitation-youth-cognitive-dimension/>
61. Malinova I. Psychological trauma and forced displacement: a Ukrainian case. *Social Research Journal*. 2023. №3. P. 75–85.
62. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. Cambridge: Malor Books. 2003. 206 p.

63. Maslach, C., & Jackson, S.E. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 1981. 99–113.
64. Mental Health Europe. Ageing and Mental Health in Crisis Settings. Brussels: MHE. 2023. 64 p.
65. Perry B.D. *The Boy Who Was Raised as a Dog*. New York: Basic Books. 2006. 275 p.
66. Plutchik R. *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York: Harper & Row. 1980. 392 p.
67. Seligman, M.E.P. *Learned Helplessness*. New York: W.H. Freeman. 1991. 214 p,
68. Seligman, M.E.P. *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. New York: Vintage. 2006. 253 p.
69. UIF. Український інститут майбутнього. Суспільна втома і тривожність. Аналітичний звіт. 2023.
70. UNICEF. *The Impact of War on Children in Ukraine*. Global Child Alert Report. 2023.
71. UNICEF. *Voices of Youth: Mental Health and the War in Ukraine*. Global Report. 2023.
72. WHO. *Mental Health and Psychosocial Well-being in Ukraine: Report 2023*. World Health Organization. 2023.
73. Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press. 2003. 289 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком)

ППП

Вік

Група

№ з/п	Психічні стани	Підходить	Не дуже підходить
		2	1
1	Не відчуваю у собі впевненості		
2	Часто червонію без причини		
3	Мій сон мене непокоїть		
4	Легко починаю нудьгувати		
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві		
6	Мене лякають труднощі		
7	Люблю аналізувати свої недоліки		
8	Мене легко переконати		
9	Я підозріливий		
10	Важко переносити час очікування		
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід		
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом		
13	У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе		
14	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать		
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною		
16	Я часто почуваю себе беззахисним		
17	Іноді у мене буває стан відчаю		
18	Відчуваю розгубленість перед труднощами		
19	У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли		
20	Вважаю недоліки свого характеру невинними		
21	Залишаю за собою право вирішального голосу		
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника		
23	Мене легко розсердити		
24	Люблю робити зауваження іншим		
25	Хочу бути авторитетом для оточуючих		
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого		
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую		
28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися		
29	У мене різка, грубувата жестикуляція		
30	Я злопам'ятний		
31	Мені важко змінювати звички		
32	Нелегко переключати увагу		
33	З обережністю ставлюся до всього нового		
34	Мене важко переконати		
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися		

36	Нелегко зближуюся з людьми		
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану		
38	Я проявляю впертість		
39	Неохоче йду на ризик		
40	Різко реагую на відхилення від прийнятого мною режиму		

Методика оцінювання

Підраховується кількість балів за кожну з чотирьох груп питань:

- 1-10-те питання - тривожність;

- 11-20-те питання - фрустрація (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III- 21-30-те питання - агресивність;

IV - 31-40-ве питання - ригідність (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів

Тривожність:

0-7 балів - низька тривожність;

8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труд-нощів;

8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів - ви спокійні, стримані;

8-14 балів - середній рівень агресії;

15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів - ригідності нема;

8-14 балів - середній рівень;

15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів

(В. А. Жмуров)

Інструкція. Читайте кожну групу показників і вибирайте той варіант відповіді, який вам найбільше підходить (0, 1, 2 або 3).

№	Варіант відповіді	Твердження
1	0	Мій настрій зараз не більш сумний, ніж зазвичай
	1	Напевно, мій настрій зараз більш сумний, ніж зазвичай
	2	Так, мій настрій зараз більш сумний, ніж зазвичай
	3	Мій настрій зараз набагато сумніший, ніж зазвичай
2	0	Я відчуваю, що в мене немає тривожного настрою.
	1	У мене іноді трапляється такий настрій
	2	У мене часто трапляється такий настрій
	3	Такий настрій у мене постійно
3	0	Я відчуваю, що в мене немає траурного настрою
	1	У мене іноді буває таке відчуття
	2	У мене часто буває таке відчуття
	3	Я постійно відчуваюся так, ніби залишився без чогось дуже важливого для мене
4	0	У мене не виникає відчуття, ніби моє життя зайшло у глухий кут
	1	У мене іноді виникає таке відчуття
	2	У мене часто виникає таке відчуття
	3	Я постійно відчуваюся так, ніби моє життя зайшло у глухий кут
5	0	У мене не виникає відчуття, ніби я стаю старішим
	1	У мене іноді виникає таке відчуття
	2	У мене часто виникає таке відчуття
	3	Я постійно відчуваюся так, ніби я стаю старішим
6	0	У мене не буває таких станів, коли на душі дуже тяжко
	1	У мене іноді буває такий стан
	2	У мене часто буває такий стан
	3	Я постійно знаходжуся в такому стані
7	0	Я відчуваю себе спокійно стосовно мого майбутнього
	1	Напевно, моє майбутнє хвилює мене трохи більше, ніж зазвичай
	2	Моє майбутнє хвилює мене значно більше, ніж зазвичай
	3	Моє майбутнє хвилює мене набагато більше, ніж зазвичай
8	0	У своєму минулому я бачу поганого не більше, ніж нині
	1	У своєму минулому я бачу поганого трохи більше, ніж нині
	2	У своєму минулому я бачу поганого значно більше, ніж нині
	3	У своєму минулому я бачу набагато більше поганого, ніж нині
9	0	Сподівань на краще у мене не менше, ніж зазвичай
	1	Сподівань на краще у мене трохи менше, ніж зазвичай
	2	Сподівань на краще у мене значно менше, ніж зазвичай
	3	Сподівань на краще у мене набагато менше, ніж зазвичай
10	0	Я боюся чогось зараз не більше, ніж зазвичай
	1	Я боюся чогось зараз трохи більше, ніж зазвичай
	2	Я боюся чогось зараз значно більше, ніж зазвичай
	3	Я боюся чогось зараз набагато більше, ніж зазвичай

11	0	Добрі події мене радують, як і раніше
	1	Добрі події мене радують трохи менше, ніж раніше
	2	Добрі події мене радують значно менше, ніж раніше
	3	Добрі події мене радують набагато менше, ніж раніше
12	0	У мене немає відчуття, що моє життя не має сенсу
	1	У мене іноді виникає таке відчуття
	2	У мене часто буває таке відчуття
	3	Я постійно відчуваюся так, ніби моє життя не має смислу
13	0	Я образливий не більше, ніж зазвичай
	1	Напевно, я трохи більше образливий, ніж зазвичай
	2	Я образливий значно більше, ніж зазвичай
	3	Я образливий набагато більше, ніж зазвичай
14	0	Я отримую радість від приємного так, як і раніше
	1	Я отримую такої радості трохи менше, ніж зазвичай
	2	Я отримую такої радості значно менше, ніж зазвичай
	3	Я отримую такої радості набагато менше, ніж зазвичай
15	0	Зазвичай я не відчуваю провини, якщо на це немає причини
	1	Іноді я відчуваюся так, ніби в чомусь винна (-ен).
	2	Часто я відчуваюся так, ніби в чомусь винна (-ен).
	3	Я постійно відчувався так, ніби в чомусь винен
16	0	Якщо у мене щось не так, я звинувачую себе не більше, ніж зазвичай
	1	Якщо у мене щось не так, я звинувачую себе трохи більше, ніж зазвичай
	2	Якщо у мене щось не так, я звинувачую себе набагато більше, ніж зазвичай
	3	Якщо у мене щось не так, я звинувачую себе значно більше, ніж зазвичай
17	0	Зазвичай у мене немає ненависті до себе
	1	Іноді буває, що я ненавиджу себе
	2	Часто буває, що я ненавиджу себе
	3	Постійно відчуваю, що ненавиджу себе
18	0	У мене не виникає відчуття, що я маю багато гріхів
	1	У мене іноді виникає відчуття, що я маю багато гріхів
	2	У мене часто виникає відчуття, що я маю багато гріхів
	3	У мене постійне відчуття, що я маю багато гріхів
19	0	Я звинувачую себе за помилки інших не більше, ніж зазвичай
	1	Я звинувачую себе за помилки інших трохи більше, ніж зазвичай
	2	Я звинувачую себе за помилки інших значно більше, ніж зазвичай
	3	Я звинувачую себе за помилки інших набагато більше, ніж зазвичай
20	0	Стану, коли здається, що все не має смислу, у мене не виникає
	1	У мене іноді буває такий стан
	2	У мене часто буває такий стан
	3	Цей стан - у мене постійний
21	0	Відчуття, що я заслужив покарання, у мене не буває
	1	У мене іноді виникає таке відчуття
	2	У мене часто виникає таке відчуття
	3	Це відчуття тепер у мене практично не проходить
22	0	Я бачу в собі не менше доброго, ніж зазвичай

	1	Я бачу в собі трохи менше доброго, ніж зазвичай
	2	Я бачу в собі значно менше доброго, ніж зазвичай
	3	Я бачу в собі набагато менше доброго, ніж зазвичай
23	0	Я думаю, що в мені поганого не більше, ніж в інших людях
	1	Іноді я думаю, що в мені поганого більше, ніж в інших людях
	2	Часто я думаю, що в мені поганого більше, ніж в інших людях
	3	Я постійно думаю, що в мені поганого більше, ніж в інших людях
24	0	Бажання померти у мене не виникає
	1	Іноді в мене виникає таке бажання
	2	У мене часто виникає таке бажання
	3	У мене постійно виникає таке бажання. Воно мене майже не залишає
25	0	Я не плачу
	1	Іноді я плачу
	2	Я часто плачу
	3	Я хочу плакати, але мені вже не вистачає сліз
26	0	Я не відчуваю, що я дратівливий
	1	Іноді я відчуваю, що дратівливий
	2	Я часто відчуваю, що я дратівливий
	3	Я постійно відчуваю, що я дратівливий
27	0	У мене не буває такого стану, коли я зовсім не відчуваю своїх емоцій
	1	У мене іноді буває такий стан, коли я зовсім не відчуваю своїх емоцій
	2	У мене часто буває такий стан, коли я зовсім не відчуваю своїх емоцій
	3	У мене постійно такий стан, коли я зовсім не відчуваю своїх емоцій
28	0	Моя розумова активність ніяк не змінилася
	1	Я відчуваю тепер «неясність» у моїх думках
	2	Я відчуваю, що зараз я не можу сконцентруватися на думках
	3	Зараз я взагалі не можу про щось думати
29	0	Я не втратили інтерес до інших людей
	1	Я відчуваю, що мій інтерес до людей трохи зменшився
	2	Я відчуваю, що мій інтерес до людей набагато зменшився
	3	Я відчуваю, що мій інтерес до людей значно зменшився
30	0	Я приймаю рішення так, як і раніше
	1	Мені важче прийняти рішення, ніж зазвичай
	2	Мені набагато важче прийняти рішення, ніж зазвичай
	3	Я не можу сам прийняти будь-яке рішення
31	0	Я не менш привабливий, ніж зазвичай
	1	Напевно, я трохи менше привабливий, ніж зазвичай
	2	Я значно менше привабливий, ніж раніше
	3	Я відчуваю, що зараз виглядаю дуже негарно
32	0	Я можу працювати так, як раніше
	1	Мені трохи важче працювати так, як раніше
	2	Мені значно важче працювати так, як раніше
	3	Тепер я зовсім не можу працювати
33	0	Я сплю не гірше, ніж зазвичай
	1	Я сплю трохи гірше, ніж зазвичай

	2	Я сплю значно гірше, ніж зазвичай
	3	Тепер я зовсім не можу спати
34	0	Я втомлююсь не більше, ніж зазвичай
	1	Я втомлююсь трохи більше, ніж зазвичай
	2	Я втомлююсь значно більше, ніж зазвичай
	3	У мене вже немає сил будь-що робити
35	0	Мій апетит не гірший, ніж зазвичай
	1	Мій апетит трохи гірший, ніж зазвичай
	2	Мій апетит значно гірший, ніж зазвичай
	3	Тепер я взагалі не можу нічого їсти
36	0	Моя вага не змінюється
	1	Я трохи схуд останнім часом
	2	Я помітно схуд останнім часом
	3	Останнім часом я дуже схуд
37	0	Я ціную своє здоров'я так як і раніше
	1	Я ціную своє здоров'я трохи менше, ніж раніше
	2	Я ціную своє здоров'я значно менше, ніж раніше
	3	Я взагалі зараз не ціную своє здоров'я
38	0	Я цікавлюся особами протилежної статі, як і раніше
	1	Я трохи менше цікавлюся особами протилежної статі
	2	Я значно менше цікавлюся особами протилежної статі
	3	Я взагалі не цікавлюся особами протилежної статі
39	0	Я не відчуваю, що моє «Я» якимось чином змінилося
	1	Я відчуваю, що моє «Я» трохи змінилося
	2	Я відчуваю, що моє «Я» значно змінилося
	3	Я відчуваю, що моє «Я» повністю змінилося
40	0	Я відчуваю біль, як і раніше
	1	Я відчуваю біль сильніше, ніж зазвичай
	2	Я відчуваю біль слабкіше, ніж зазвичай
	3	Тепер я майже не відчуваю болю
41	0	Деякі фізичні негаразди (сухість у роті, серцебиття, задишка) у мене трапляються не частіше, ніж раніше
	1	Деякі фізичні негаразди у мене трапляються трохи частіше, ніж раніше
	2	Деякі фізичні негаразди у мене трапляються значно частіше, ніж раніше
	3	Деякі фізичні негаразди у мене трапляються набагато частіше, ніж раніше
42	0	Вранці мій настрій не гірший, ніж ввечері
	1	Вранці мій настрій трохи гірший, ніж ввечері
	2	Вранці мій настрій значно гірший, ніж ввечері
	3	Вранці мій настрій набагато гірший, ніж ввечері
43	0	У мене не буває спаду настрою весною (осінню)
	1	Таке одного разу зі мною було
	2	Таке зі мною було два чи три рази
	3	Таке зі мною бувало багато разів
44	0	Поганий настрій у мене буває, але це триває недовго
	1	Поганий настрій у мене може тривати від тижня до місяця

2	Поганий настрій у мене може тривати місяцями
3	Поганий настрій у мене може тривати роками

Обробка результатів

Вираховується сума відмічених номерів відповідей, що одночасно являються балами.
Інтерпретація даних:

Бали	Пояснення
1-9	Депресія відсутня, або незначна
10-24	Депресія мінімальна
25-44	Легка депресія
45-67-	Помірна депресія
68-87	Виражена депресія
88 і більше	Глибока депресія

ДІАГНОСТИКА СТАНУ СТРЕСУ

К. Шрайнер [13]

вступні зауваження

При щирих відповідях методика дозволяє визначити рівні стресового стану і може бути використана при аутодіагностиці.

Інструкція: обведіть кружком номера тих питань, на які ви відповідаєте позитивно.

1. Я завжди прагну робити роботу до кінця, але часто не встигаю і змушений (а) надолужувати згаяне.

2. Коли я дивлюся на себе в дзеркало, я помічаю сліди втоми і перевтоми на своєму обличчі.

3. На роботі і вдома - суцільні неприємності.

4. Я наполегливо борюся зі своїми шкідливими звичками, але у мене не виходить.

5. Мене турбує майбутнє.

6. Мені часто необхідний алкоголь, сигарети або снодійне, щоб розслабитися після напруженого дня.

7. Навколо відбуваються такі зміни, що голова йде обертом.

8. Я люблю свою сім'ю і друзів, але часто разом з ними я відчуваю нудьгу і порожнечу.

9. У житті я нічого не досяг (ла) і часто відчуваю розчарування в самому (ой) собі.

Обробка результатів і їх характеристика. Підраховується кількість позитивних відповідей. Кожному відповіді «так» присвоюється 1 бал.

0-4 бали. Ви ведете себе в стресовій ситуації досить стримано і вмієте регулювати свої власні емоції.

5-7 балів. Ви завжди правильно поведетеся в стресовій ситуації. Іноді ви вмієте тримати себе в руках, але бувають такі випадки, коли ви заводитеся через дрібницю і потім про це шкодуєте. Вам необхідно зайнятися виробленням своїх індивідуальних прийомів самоконтролю в стресі.

8-9 балів. Ви перевтомлені і виснажені. Ви часто втрачаєте самоконтроль в стресовій ситуації і не вмієте володіти собою. Наслідок - страждаєте і ви, і оточуючі вас люди. Розвиток у себе умінь саморегуляції в стресі - зараз ваша головна життєва завдання.

Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» В.І. Моросанова

Методика «Стиль саморегуляції поведінки» спрямована на дослідження загального рівня саморегуляції, а також таких компонентів, як: планування, моделювання, програмування, оцінювання результатів, гнучкості, самостійності.

Інструкція: Пропонуємо Вам ряд висловлювань про особливості поведінки.

Послідовно прочитавши кожне висловлювання, виберіть один з чотирьох можливих відповідей: «Правильно», «Мабуть, вірно», «Мабуть, невірно», «Неправильно» та поставте хрестик у відповідній графі на аркуші відповідей.

Не пропускайте жодного висловлювання. Пам'ятайте, що не може бути хороших чи поганих відповідей, тому що це не випробування Ваших здібностей, а лише виявлення індивідуальних особливостей Вашої поведінки.

№	Твердження
1	Свої плани на майбутнє люблю розробляти в найменших деталях.
2	Люблю всякі пригоди, можу йти на ризик
3	Намагаюся завжди приходити вчасно, але тим не менш часто запізнююся.
4	Дотримуюся девізу: «Выслушай совет, но сделай по-своему».
5	Часто покладаюся на свої здібності орієнтуватися по ходу справи і не прагну заздалегідь уявити послідовність своїх дій.
6	Оточуючі відзначають, що я недостатньо критичний до себе і своїх дій, але сам я це не завжди помічаю.

7	Напередодні контрольних або іспитів у мене зазвичай з'являлося відчуття, що мені не вистачило 1-2 днів для підготовки.
8	Щоб відчувати себе впевнено, необхідно знати, що чекає на тебе завтра.
9	Мені важко себе змусити щось переробляти, навіть якщо якість зробленого мене не влаштовує.
10	Не завжди помічаю свої помилки, частіше це роблять оточуючі мене люди.
11	Перехід на нову систему роботи не завдає мені особливих незручностей.
12	Мені важко відмовитися від прийнятого рішення навіть під впливом близьких мені людей.
13	Я не відношу себе до людей, життєвим принципом яких є «Сім разів відмірай, один раз відріж».
14	Ненавиджу, коли мене опікують і за мене щось вирішують.
15	Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє.
16	У новому одязі часто відчуваю себе ніяково.
17	Завжди заздалегідь планую свої витрати, не люблю робити незапланованих покупок.
18	Уникаю ризику, погано справляюся з несподіваними ситуаціями.
19	Моє ставлення до майбутнього часто змінюється: то будую «райдужні» плани, то майбутнє здається мені «похмурим».
20	Завжди намагаюся продумати способи досягнення мети, перш ніж почну діяти.
21	Віддаю перевагу зберігати незалежність навіть від близьких мені людей.
22	Мої плани на майбутнє зазвичай реалістичні, і я не люблю їх змінювати.
23	У перші дні відпустки (канікул) при зміні способу життя завжди з'являється почуття дискомфорту.
24	При великому обсязі роботи неминуче страждає якість результатів.
25	Люблю зміни в житті, зміну обстановки і способу життя.
26	Не завжди вчасно помічаю зміни обставин і через це терплю невдачі.
27	Буває, що наполягаю на своєму, навіть коли не впевнений у своїй правоті.
28	Люблю дотримуватися заздалегідь наміченого на день плану.
29	Перш ніж з'ясовувати стосунки, намагаюся уявити собі різні способи подолання конфлікту.
30	У разі невдачі завжди шукаю, що ж було зроблено неправильно.
31	Не люблю посвячувати кого-небудь в свої плани, рідко дотримуюся чужих порад.
32	Вважаю розумним принцип: спочатку треба вплутатися в бій, а потім шукати кошти для перемоги.
33	Люблю помріяти про майбутнє, але це скоріше фантазії, ніж реальність.
34	Намагаюся завжди враховувати думку товаришів про себе та свою роботу.
35	Якщо я зайнятий чимось важливим для себе, то можу працювати в будь-якій обстановці.
36	В очікуванні важливих подій прагну заздалегідь уявити послідовність своїх дій при тому чи іншому розвитку ситуації.
37	Перш ніж взятися за справу, мені необхідно зібрати докладну інформацію про умови його виконання і супутніх обставин.

38	Рідко відступаю від розпочатої справи.
39	Часто допускаю недбале ставлення до своїх зобов'язань в разі втоми і поганого самопочуття.
40	Якщо я вважаю, що правий, то мене мало хвилює думка оточуючих про мої дії.
41	Про мене кажуть, що я «розкидаюся», не вмію відокремити головне від другорядного.
42	Чи не вмію і не люблю заздалегідь планувати свій бюджет.
43	Якщо в роботі не вдалося домогтися певної якості, яка б мене влаштовувала, прагну переробити, навіть якщо оточуючим це не важливо.
44	Після вирішення конфліктної ситуації часто подумки до неї повертаюся, перевіряю вжиті заходи і результати.
45	Невимушено відчуваю себе в незнайомій компанії, нові люди мені зазвичай цікаві.
46	Зазвичай різко реагую на заперечення, намагаюся думати і робити все по-своєму.

Обробка результатів

Підрахунок показників опитувальника проводиться по ключам, представленим нижче, де «Так» означає позитивні відповіді, а «Ні» – негативні.

Ключ до шкал

Регуляторні шкали	Відповіді, що збігаються з ключем (1 бал)	
	Вірно; мабуть, вірно	Не вірно; мабуть, не вірно
Планування	1, 8, 17, 22, 28, 31, 36	15, 42
Моделювання	11, 37	2, 7, 19, 23, 26, 33, 41
Програмування	12, 20, 25, 29, 38, 43	5, 9, 32
Оцінювання результатів	30, 44	6, 10, 13, 16, 24, 34, 39
Гнучкість	2, 11, 25, 35, 36, 45	16, 18, 43
Самостійсність	4, 12, 14, 21, 27, 31, 40, 46	34
Загальний рівень саморегуляції	1, 2, 4, 8, 11, 12, 14, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 46	3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 23, 24, 26, 32, 33, 34, 39, 41, 42

Кількість балів

Регуляторні шкали	Кількість балів		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Планування	<3	4-6	>7
Моделювання	<3	4-6	>7
Програмування	<4	5-7	>8
Оцінювання результатів	<3	4-6	>7
Гнучкість	<4	5-7	>8
Самостійсність	<3	4-6	>7
Загальний рівень саморегуляції	<23	24-32	33

Інтерпретація результатів

Шкала «Планування» характеризує індивідуальні особливості висунення й утримання цілей, сформованість у людини усвідомленого планування діяльності.

Високі показники за цією шкалою вказують на сформованість потреби в усвідомленому плануванні діяльності, плани в цьому випадку реалістичні, деталізовані, ієрархічні і стійкі, цілі діяльності висувуються самостійно.

У піддослідних із низькими показниками за цією шкалою потреба в плануванні розвинена слабо, цілі схильні до частоті зміни, поставлена мета рідко буває досягнута, планування малореалістична. Такі люди вважають за краще не замислюватися про своє майбутнє, цілі висувують ситуативно і зазвичай не самостійно.

Шкала «Моделювання» дозволяє діагностувати індивідуальну розвиненість уявлень про зовнішні і внутрішні значущі умови, ступінь їх усвідомленості, деталізованості і адекватності. Випробовувані з високими показниками за цією шкалою здатні виділяти значущі умови досягнення цілей як в поточній ситуації, так і в перспективному майбутньому, що проявляється у відповідності програм дій планам діяльності, відповідно одержуваних результатів прийнятим цілям.

У піддослідних з низькими показниками за цією шкалою – слабка сформованість процесів моделювання призводить до неадекватної оцінки значимих внутрішніх умов і зовнішніх обставин, що проявляється у фантазуванні, яке може супроводжуватися різкими перепадами ставлення до розвитку ситуації, наслідків своїх дій. У таких людей часто виникають труднощі у визначенні мети і програми дій, адекватних поточній ситуації, вони не завжди помічають зміна ситуації, що також часто призводить до невдач.

Шкала «Програмування» діагностує індивідуальну розвиненість усвідомленого програмування людиною своїх дій.

Високі показники за цією шкалою говорять про сформованість у людини потреби продумувати способи своїх дій і поведінки для досягнення намічених цілей, про деталізованість і розгорнення розроблюваних програм. Програми розробляються самостійно, вони гнучко змінюються в нових обставинах і стійкі в ситуації перешкод. У разі невідповідності отриманих результатів цілям проводиться корекція програми дій до отримання прийнятного для людини результату.

Низькі показники за шкалою програмування говорять про невміння і небажання людини продумувати послідовність своїх дій. Такі люди вважають за краще діяти імпульсивно, вони не можуть самостійно сформулювати програму дій, часто стикаються з неадекватністю отриманих результатів цілям діяльності і при цьому не вносять змін до програми дій, діють шляхом проб і помилок.

Шкала «Оцінювання результатів» характеризує індивідуальну розвиненість і адекватність оцінки та результатів своєї діяльності і поведінки.

Високі показники за цією шкалою свідчать про розвиненість і адекватність самооцінки, сформованість стійкості суб'єктивних критеріїв оцінки результатів. Людина адекватно оцінює як сам факт неузгодженості отриманих результатів з метою діяльності, так і причини, що призвели до цього, гнучко адаптуючись до зміни умов.

При низьких показниках за цією шкалою людина не помічає своїх помилок, некритичний до своїх дій. Суб'єктивні критерії успішності недостатньо стійкі, що веде до різкого погіршення якості результатів при збільшенні обсягу роботи, погіршенні стану або виникненні зовнішніх труднощів.

Шкала «Гнучкість» діагностує рівень сформованості регуляторної гнучкості, тобто здатності перебудовувати, вносити корекції в систему саморегуляції при зміні зовнішніх і внутрішніх умов

Випробовувані з високими показниками за шкалою гнучкості демонструють пластичність усіх регуляторних процесів. При виникненні непередбачених обставин такі люди легко перебудовують плани і програми виконавських дій і поведінки, здатні швидко оцінити зміну значущих умов і перебудувати програму дій. При виникненні неузгодженості отриманих

результатів з прийнятою метою своєчасно оцінюють сам факт неузгодженості і вносять відповідну корекцію. Гнучкість дозволяє адекватно реагувати на швидку зміну подій і успішно вирішувати поставлену задачу в ситуації ризику.

Випробовувані з низькими показниками за шкалою гнучкості в динамічній, швидко мінливій обстановці почувають себе невпевнено, важко звикають до змін у житті, до зміни обставин і способу життя. Вони не здатні адекватно реагувати на ситуацію, швидко і своєчасно планувати діяльність і поведінку, розробити програму дій, виділити значимі умови, оцінити неузгодженість отриманих результатів з метою діяльності та внести корекції. В результаті у таких досліджуваних неминуче виникають регуляторні збої і, як наслідок, невдачі у виконанні діяльності.

Шкала «Самостійність» характеризує розвиненість регуляторної автономності.

Наявність високих показників за шкалою самостійності свідчить про автономність в організації активності людини, його здатності самостійно планувати діяльність і поведінку, організовувати роботу по досягненню висунутої мети, контролювати хід її виконання, аналізувати і оцінювати як проміжні, так і кінцеві результати діяльності.

Випробовувані з низькими показниками за шкалою самостійності залежні від думок і оцінок оточуючих. Плани і програми дій розробляються несамостійно, такі люди часто і некритично слідує чужих порад. При відсутності сторонньої допомоги у них неминуче виникають регуляторні збої.

Опитувальник в цілому працює як єдина шкала «Загальний рівень саморегуляції», яка оцінює загальний рівень сформованості індивідуальної системи усвідомленої саморегуляції довільної активності людини.

Випробовувані з високими показниками загального рівня саморегуляції самостійні, гнучко і адекватно реагують на зміну умов, висунення і досягнення мети у них в значній мірі усвідомлено. При високій мотивації досягнення вони здатні формувати такий стиль саморегуляції, який дозволяє компенсувати вплив особистісних, характерологічних особливостей, що перешкоджають досягненню мети. Чим вище загальний рівень усвідомленої регуляції, тим легше людина опановує нові види активності, впевненіше почуває себе в незнайомих ситуаціях, тим стабільніше його успіхи в звичних видах діяльності.

У піддослідних з низькими показниками за даною шкалою потреба в усвідомленому плануванні та програмуванні своєї поведінки несформована, така людина вони більш залежна від ситуації і думки оточуючих людей. У таких досліджуваних знижена можливість компенсації несприятливих для досягнення поставленої мети особистісних особливостей, в порівнянні з піддослідними з високим рівнем регуляції. Відповідно, успішність оволодіння новими видами діяльності у великій мірі залежить від відповідності стильових особливостей регуляції і вимог освоюється виду активності.

ОЦІНКА ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Дослідження особистості за допомогою FPI

Фрайбургський особистісний опитувальник (англ. *Freiburg Personality Inventory - FPI*) почав розроблятися в 1963 р групою дослідників, куди входили І. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Г. Гампель. Перша версія FPI була видана в 1970 р (друга і третя - в 1973 і 1978 рр.). У Західній Європі цей тест використовується найбільш часто.

FPI - багатофакторний особистісний тест, придатний для діагностики деяких важливих властивостей особистості. Він годиться для нормальної популяції з метою аналізу властивостей особистості, в клінічній практиці використовується для індивідуальної діагностики. Це надійний засіб для практичних і науково - дослідних цілей.

FPI побудований не на окремій теорії особистості, а на англосаксонських психологічних поглядах, що склалися в результаті практики застосування особистісних опитувальників (таких як 16PF, MMPI, EPI). В остаточному вигляді він сформульований заново і його можна вважати оригінальною методикою. Опитувальник економічний і надає відносно багато кількісної інформації про важливі особистісні фактори. Основні характеристики FPI наступні:

- • опитувальник призначений для широкого кола досліджуваних;
- • не підходить для малоінтелектуальних випробовуваних (що знаходяться в межах нижнього квантиля);
- • є паралельні форми, що необхідно для методів такого типу;
- • існує скорочений варіант;
- • є компромісом між аналізом гомогенності завдань і факторний аналіз;
- • можливо індивідуальне та групове пред'явлення тесту;
- • час для виконання залежить від форми опитувальника і становить від 20 до 50 хвилин;
- • оцінка проводиться за допомогою шаблонів; отриманий первинний індивідуальний результат перекладається на похідний показник;
- • на оціночному бланку можна наочно зобразити представництво окремих факторів.

Для дослідження необхідні опитувальник з інструкцією і бланк для відповідей.

Структура FPI відповідає традиційним особистісним опросникам. У ньому містяться питання, висловлювання, що стосуються способів поведінки, станів, орієнтації, навичок і фізичних труднощів, на які випробовуваний може відповісти "згоден" або "не згоден". Опитувальник можна використовувати в чотирьох версіях:

1. Форма *G* (загальна). Містить 212 питань, займає найбільше часу, але її перевагою є те, що на один фактор направлено більше питань. Дана форма використовується в умовах необмеженого часу і при достатньому інтересі з боку випробовуваного, що виключає вибір випадкових відповідей.
- 2-3. Форми *A* та *B* (альтернативні), кожна містить по 114 питань, висловлювань і годиться для повторного тестування і групового пред'явлення тесту.
4. Форма *Do* (скорочена). Складається з 76 питань. Її стислість є її основною перевагою.

Всі версії взаємно високо корелюють і тим самим підтверджують обґрунтованість їх самостійності.

Багатофакторний ОСОБИСТІСНИЙ ОПРОСНИК FPI (МОДИФІКОВАНА ФОРМА *B* ^[1])

Опитувальник містить 12 шкал. Загальна кількість питань - 114. Один (перший) питання ні в одну з шкал не входить, так як має перевірочний характер. Шкали I-IX є основними, або базовими, а шкали X-XII - похідними, інтегруючими. Похідні шкали складені з питань основних шкал і позначаються іноді не цифрами, а буквами: *E*, *N* і *M* відповідно.

Шкала I (невротичність) характеризує рівень невротизації особистості. Високі оцінки по цій шкалі відповідають вираженому невротичному синдрому астеничного типу із значними психосоматичними порушеннями. Використовуючи психологічну термінологію, такий тип можна характеризувати як нервовий, болючий, який не вміє вийти з положення, що приділяє увагу власним почуттям. Для осіб з низькими оцінками за фактором "невротичність"

характерні спокій, невимушеність, емоційна зрілість, об'єктивність в оцінці себе та інших людей, сталість в планах і уподобаннях.

Шкала II (спонтанна агресивність) дозволяє виявити і оцінити психопатизація інтротенсивного типу. Високі оцінки по цій шкалі свідчать про підвищений рівень психопатизації, що створює передумови для імпульсивної поведінки. Такий тип характеризується як агресивний, імпульсивний, безпосередній, незлагідна. Низькі оцінки за шкалою свідчать про підвищену ідентифікації з соціальними вимогами, конформності, поступливості, стриманості, обережності поведінки, навіть про звуження кола інтересів і ослабленні потягів.

Шкала III (депресивність) дає можливість діагностувати ознаки, характерні для психопатологічного депресивного синдрому. Високі оцінки по цій шкалі відповідають про наявність зазначених ознак в емоційному стані, поведінці, у відносинах до себе і соціальному середовищі. Подібний тип можна описати як засмучений, боязкий, невпевнений, сумний, з властивими йому внутрішніми стражданнями. Низькі оцінки за даною шкалою відображають природну життєрадісність, енергійність і підприємливість.

Шкала IV (дратівливість, збудливість) дозволяє судити про емоційної стійкості. Високі оцінки по цій шкалі свідчать про нестійкому емоційному стані зі схильністю до афективного реагування. Подібний тип характеризується як нетерпимий, імпульсивний, збудливий, напружений, безпосередній, делікатне. Для осіб з низькими значеннями фактора "дратівливість" характерні такі риси, як почуття відповідальності, сумлінність, стійкість моральних принципів.

Шкала V (товариськість) характеризує як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності. Високі оцінки по цій шкалі дозволяють говорити про наявність вираженої потреби в спілкуванні і постійної готовності до задоволення цієї потреби. Подібний тип характеризується як балакучий, дружній, товариський, рухливий, підприємливий. Для осіб з низькими значеннями даного чинника типові такі риси, як уплощеність, млявість афекту, відсутність живих, тріпотливих емоцій, холодність, формальність міжособистісних відносин.

Шкала VI (врівноваженість) відображає стійкість до стресу. Високі оцінки по цій шкалі свідчать про гарну захищеності до впливу стрес - факторів звичайних життєвих ситуацій, що базується на впевненості в собі, оптимістичність та активності. Такий тип добре налаштований, стійкий, завзятий, спокійний, довірливий, діяльний. Низькі оцінки по фактору "врівноваженість" вказують на стан дезадаптації, тривожність, втрату контролю над потягами, виражену дезорганізацію поведінки.

Шкала VII (реактивна агресивність) має на меті виявити наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу. Високі оцінки по цій шкалі свідчать про високий рівень психопатизації, що характеризується агресивним ставленням до соціального оточення і вираженим прагненням до домінування.

Такий тип можна описати як реактивно агресивний, котрий обстоює свою думку, егоцентричний, авторитарний, недовірливий, домінантний. Низькі оцінки за шкалою "спонтанна агресивність" свідчать про підвищену ідентифікації з соціальними нормами, конформності, поступливості, скромності, залежності і, можливо, вузькості кола інтересів.

Шкала VIII (сором'язливість) відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що протікає по пасивно - оборонного типу. Високі оцінки за шкалою відображають наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є труднощі в соціальних контактах. Для даного типу характерні стриманість, знижена здатність до контактів, невпевненість, розгубленість, сором'язливість, схвильованість. Навпаки, особи, які мають низькі оцінки за фактором "сором'язливість", сміливі, рішучі, схильні до ризику, не втрачаються при зіткненні з незнайомими речами і обставинами.

Шкала IX (відкритість) дозволяє характеризувати ставлення до соціального оточення і рівень самокритичності. Високі оцінки свідчать про прагнення до довірливо - відвертого взаємодії з оточуючими людьми при високому рівні самокритичності. Даний тип характеризується як самокритичний, відкритий, здатний визнавати власні недоліки і помилки.

Оцінки за цією шкалою можуть в тій чи іншій мірі сприяти аналізу щирості відповідей обстежуваного при роботі з опитувальником, що відповідає шкалами брехні інших тестів.

Шкала X (E) (екстраверсія - інтроверсія). Високі оцінки по цій шкалі характерні для осіб з вираженою екстравертірованністю., Активних, амбітних, які прагнуть до лідерства, що не випробовують труднощів у спілкуванні, встановленні контактів, охоче беруть на себе чільні ролі у взаєминах з оточуючими. Низькі оцінки за даною шкалою свідчать про виражену інтровертірованності: труднощі в контактах, замкнутість, нетовариськість, прагнення до видів діяльності, не пов'язаних з широким спілкуванням.

Даний фактор пов'язаний з п'ятьма шкалами тесту, перш за все зі шкалою V (товариськість) і шкалою II (спонтанна агресивність).

Шкала XI (N) (емоційна лабільність). Високі оцінки вказують на нестійкість емоційного стану, що виявляється в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції. Низькі оцінки можуть характеризувати не тільки високу стабільність емоційного стану як такого, але і хороше вміння володіти собою. В цілому фактор "емоційна лабільність - стабільність" характеризує емоційну стійкість або, навпаки, нестійкість, коливання настроїв, збудливість, напруженість, депресивність, смуток або оптимізм і ін.

Даний фактор пов'язаний з чотирма шкалами, головним чином зі шкалою III (депресивність) і шкалою IV (збудливість).

Шкала XII (M) (маскуліність - фемінність). Високі оцінки по цій шкалі свідчать про протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, низькі - за жіночим. Фактор "мужність - жіночність" характеризує активність, рівень асертивності, зарозумілість, винахідливість. Він пов'язаний з сімома шкалами, головним чином зі шкалою I (невротичність) і шкалою VIII (щирість).

Конструкція методу відрізняється обдуманістю і поетапної перевіркою психометричних показників. Висока вероятністьогранічення варіантів (за винятком трьох завдань). Дані, що стосуються гомогенності завдань і стабільності тесту в часі, є позитивними (найменш стабільна шкала IX). Відзначається високий ступінь кореляції між формами A і B. Позитивні результати показало порівняння тесту з іншими особистісними методами (опитувальником Айзенка, MPI, опитувальником Кеттелла 16PF і ін.).

Дослідження може проводитися індивідуально або з групою піддослідних. В останньому випадку необхідно, щоб кожен з них мав не тільки персональний бланк для відповідей, а й окремий опитувальник з інструкцією. Розміщуватися випробувані повинні так, щоб уникнути негативного впливу на одне одному в процесі роботи. Психолог коротко викладає мету дослідження і правила роботи з опитувальником, при цьому важливо досягти позитивного, зацікавленого ставлення випробовуваних до виконання завдання. Дослідник звертає їхню увагу на неприпустимість взаємних консультацій по відповідях у процесі роботи і будь - яких обговорень між собою. Після роз'яснень психолог пропонує уважно вивчити інструкцію, відповідає на питання, якщо вони виникли, і пропонує перейти до самостійної роботи з опитувальником.

ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ

Перша процедура передбачає отримання первинних, або сирих, оцінок. Для її здійснення необхідно підготувати матричні форми ключів кожної шкали на основі загального ключа опитувальника. Для цього в бланках чистих відповідних листів, ідентичних тим, якими користувалися випробовувані, вирізаються "вікна" в клітинах, відповідних номеру питання і варіанту відповіді. Отримані таким чином шаблони по черзі відповідно до порядковим номером шкали накладаються на заповнений випробуванням у відповідь лист. Далі підраховується кількість відміток (хрестиків), які співпали з "вікнами" шаблону. Отримані значення заносяться в стовпець первинних оцінок протоколу дослідження.

протокол дослідження

Прізвище ім'я по батькові

Дата Вік

1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	2	1
2	4	3	4	4	1	2	4	5	1	1	3	1
3	4	4	4	5	1	3	5	6	2	2	4	1
4	5	5	5	6	2	4	6	6	3	3	4	1
5	5	5	6	7	2	5	7	7	3	4	5	2
6	6	7	6	7	3	6	8	7	4	4	6	3
7	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5
8	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5
9	8	8	8	9	5	9	9	9	6	7	8	6
10	8	9	8	9	5	9	9	9	8	8	8	8
11	8	9	8	9	6	-	-	-	8	9	8	8
12	8	9	9	-	7	-	-	-	9	9	9	9
13	9	9	9	-	8	-	-	-	9	-	9	9
14	9	-	9	-	9	-	-	-	-	-	9	9
15	9											9
16	9											
17	9											

Інтерпретація отриманих результатів, психологічний висновок і рекомендації повинні бути дані на основі розуміння суті питань в кожній шкалі, глибинних зв'язків досліджуваних факторів між собою і з іншими психологічними і психофізіологічними характеристиками, їх ролі в поведінці і діяльності людини.

Інструкція для випробуваного

На наступних сторінках є ряд тверджень, кожне з яких має на увазі що відноситься до вас запитання про те, відповідає чи не відповідає дане твердження яким - то особливостям вашої поведінки, окремих вчинків, ставлення до людей, поглядам на життя і т.п. Якщо ви вважаєте, що таке відповідність має місце, то дайте відповідь "так", в іншому випадку - відповідь "ні". Свою відповідь зафіксуйте в наявному у вас відповідному листі, поставивши хрестик у клітинку, що відповідає номеру затвердження в опитувальнику і виду вашої відповіді. Відповіді потрібно дати на всі питання. Успішність дослідження багато в чому залежить від того, наскільки уважно виконується завдання. Ні в якому разі не слід прагнути своїми відповідями справити на кого - то краще враження, оскільки жоден відповідь не оцінюється як "хороший" або "поганий". Ви не повинні довго роздумувати над кожним питанням. Навпаки, намагайтеся якомога швидше вирішити, який з двох відповідей, нехай дуже відносно, але все

- таки здається вам ближче до істини. Вас не повинно бентежити, якщо деякі з питань здадуться вам занадто особистими, оскільки дослідження не передбачає аналізу кожного питання і відповіді, а спирається лише на кількість відповідей одного і іншого виду. Крім того, ви повинні знати, що результати індивідуально - психологічних досліджень, як і медичних досліджень, не підлягають широкому обговоренню. Успішною вам роботи!

ТЕСТОВИЙ МАТЕРІАЛ

- 1. Я уважно прочитав інструкцію і готовий відверто відповісти на всі питання анкети.
- 2. Вечорами я віддаю перевагу розважатися у веселій компанії (гості, дискотека, кафе і т.п.).
- 3. Моєму бажанням познайомитися з ким - небудь завжди заважає те, що мені важко знайти підходящу тему для розмови.
- 4. У мене часто болить голова.
- 5. Іноді я відчуваю стук у скронях і пульсацію в області шиї.
- 6. Я швидко втрачаю самовладання, але так само швидко беру себе в руки.
- 7. Буває, що я сміюся над непристойним анекдотом.
- 8. Я уникаю про що - небудь розпитувати і віддаю перевагу дізнаватися те, що мені потрібно, іншим шляхом.
- 9. Я вважаю за краще не входити в кімнату, якщо не впевнений, що моя поява пройде непоміченим.
- 10. Я можу так розлютитися, що готовий розбити все, що потрапить під руку.
- 11. Я відчуваю себе ніяково, якщо оточуючі чому - то починають звертати на мене увагу.
- 12. Я іноді відчуваю, що серце починає працювати з переборами або починає битися так, що, здається, готове вискочити з грудей.
- 13. Не думаю, що можна було б пробачити образу.
- 14. Я не вважаю, що на зло треба відповідати злом, і завжди дотримуюся цього.
- 15. Якщо я сидів, а потім різко встав, то у мене темніє в очах і паморочиться голова.
- 16. Я майже щодня думаю про те, наскільки краще було б життя, якби мене не переслідували невдачі.
- 17. У своїх вчинках я ніколи не виходжу з того, що людям можна повністю довіряти.
- 18. Я можу вдатися до фізичної сили, якщо потрібно відстояти свої інтереси.
- 19. Я легко можу розвеселити саму нудну компанію.
- 20. Я легко ніяковію.
- 21. Мене анітрохи не ображає, якщо робляться зауваження щодо моєї роботи або мене особисто.
- 22. Нерідко я відчуваю, як у мене німіють або холонуть руки і ноги.
- 23. Я буваю незграбним в спілкуванні з іншими людьми.
- 24. Іноді без видимої причини я відчуваю себе пригніченим, нещасним.
- 25. Іноді у мене немає ніякого бажання чим - або зайнятися.
- 26. Часом я відчуваю, що мені не вистачає повітря, начебто я виконував дуже важку роботу.
- 27. Мені здається, що в своєму житті я дуже багато робив правильно.
- 28. Мені здається, що інші нерідко сміються наді мною.
- 29. Я люблю такі завдання, коли можна діяти без довгих роздумів.
- 30. Я вважаю, що у мене достатньо підстав бути не дуже - то задоволеним своєю долею.
- 31. Часто у мене немає апетиту.
- 32. У дитинстві я радів, якщо батьки або вчителі карали інших дітей.
- 33. Зазвичай я рішучий і дію швидко.
- 34. Я не завжди говорю правду.
- 35. Я з цікавістю спостерігаю, коли хтось - то намагається виплутатися з неприємної історії.
- 36. Я вважаю, що всі засоби хороші, якщо треба настояти на своєму.
- 37. Те, що пройшло, мене мало хвилює.
- 38. Я не можу уявити нічого такого, що варто було б доводити кулаками.
- 39. Я не уникаю зустрічей з людьми, які, як мені здається, шукають сварки зі мною.
- 40. Іноді мені здається, що я взагалі ні на що не придатний.

- 41. Мені здається, що я постійно перебуваю в якому - то напрузі, і мені важко розслабитися.
- 42. Нерідко у мене виникають болі "під ложечкою" і різні неприємні відчуття в животі.
- 43. Якщо скривдять мого друга, я намагаюся помститися кривдникові.
- 44. Бувало, я запізнявся до призначеного часу.
- 45. У моєму житті було так, що я чому - то дозволив собі бити тварину.
- 46. При зустрічі зі старим знайомим я від радості готовий кинутися йому на шию.
- 47. Коли я чого - то боюся, у мене пересихає в роті, тремтять руки і ноги.
- 48. Частенько у мене буває такий настрій, що я з задоволенням би нічого не бачив і не чув.
- 49. Коли я лягаю спати, то зазвичай засинаю вже через кілька хвилин.
- 50. Мені подобається, як то кажуть, ткнути носом інших у їх помилки.
- 51. Іноді я можу похвалитися.
- 52. Я беру активну участь в організації громадських заходів.
- 53. Нерідко буває так, що мені доводиться дивитися в іншу сторону, щоб уникнути небажаної зустрічі.
- 54. У своє виправдання я іноді дещо - що вигадував.
- 55. Я майже завжди рухливий і активний.
- 56. Я нерідко сумніваюся, чи дійсно цікаво моїм співрозмовникам те, що я говорю.
- 57. Іноді я раптом відчуваю, що весь покриваюся потім.
- 58. Якщо я сильно розлючуся на кого - то, то можу його і вдарити.
- 59. Мене мало хвилює, що хтось - то погано до мене ставиться.
- 60. Зазвичай мені важко заперечувати моїм знайомим.
- 61. Я хвилююся і переживаю навіть при думці про можливу невдачу.
- 62. Я люблю не всіх своїх знайомих.
- 63. У мене бувають думки, яких слід було б соромитися.
- 64. Не знаю чому, але іноді у мене з'являється бажання зіпсувати те, чим все захоплюються.
- 65. Я віддаю перевагу змусити будь-якої людини зробити те, що мені потрібно, ніж просити його про це.
- 66. Я нерідко неспокійно рухаю рукою або ногою.
- 67. Я віддаю перевагу провести вільний вечір, займаючись улюбленою справою, а не розважаючись у веселій компанії.
- 68. У компанії я веду себе не так, як вдома.
- 69. Іноді, не подумавши, я скажу таке, про що краще б помовчати.
- 70. Я боюся стати центром уваги навіть у знайомій компанії.
- 71. Хороших знайомих у мене дуже небагато.
- 72. Іноді бувають такі періоди, коли яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум викликають у мене болісно неприємні відчуття, хоча я бачу, що на інших людей це так не діє.
- 73. У компанії у мене нерідко виникає бажання кого - небудь образити чи роздратувати.
- 74. Іноді я думаю, що краще було б не народитися на світ, як тільки уявлю собі, скільки всяких неприємностей, можливо, доведеться випробувати в житті.
- 75. Якщо хто - то мене серйозно образить, то отримає своє сповна.
- 76. Я не соромлюся у виразах, якщо мене виведуть з себе.
- 77. Мені подобається так поставити запитання чи так відповісти, щоб співрозмовник розгубився.
- 78. Бувало, я відкладав те, що було потрібно зробити негайно.
- 79. Я не люблю розповідати анекдоти чи кумедні історії.
- 80. Повсякденні труднощі і турботи часто виводять мене з рівноваги.
- 81. Я не знаю, куди подітися при зустрічі з людиною, яка була в компанії, де я вів себе ніяково.
- 82. На жаль, я ставлюся до людей, які бурхливо реагують навіть на життєві дрібниці.
- 83. Я ніяковою при виступі перед великою аудиторією.
- 84. У мене досить часто змінюється настрій.
- 85. Я втомлююся швидше, ніж більшість оточуючих мене людей.
- 86. Якщо я ніж - то сильно схвилюваний або роздратований, то відчуваю це як би всім тілом.

- 87. Мені докучають неприємні думки, які настирливо лізуть в голову.
- 88. На жаль, мене не розуміють ні в родині, ні в колі моїх знайомих.
- 89. Якщо сьогодні я посплю менше звичайного, то завтра не буду почувати себе відпочилим.
- 90. Я намагаюся вести себе так, щоб оточуючі побоювалися викликати моє незадоволення.
- 91. Я впевнений у своєму майбутньому.
- 92. Іноді я опинявся причиною поганого настрою кого - небудь з оточуючих.
- 93. Я не проти посміятися над іншими.
- 94. Я належу до людей, які "за словом в кишеню не лізуть".
- 95. Я належу до людей, які до всього ставляться досить легко.
- 96. Підлітком я виявляв інтерес до заборонених тем.
- 97. Іноді я навіщо - то завдавав біль коханим людям.
- 98. У мене досить часті конфлікти з оточуючими з - за їх упертості.
- 99. Я часто відчуваю докори совісті в зв'язку зі своїми вчинками.
- 100. Я нерідко буваю розсіяним.
- 101. Я не пам'ятаю, щоб мене особливо засмутили невдачі людини, якого я терпіти не можу.
- 102. Часто я занадто швидко починаю гніватися на інших.
- 103. Іноді несподівано для себе я починаю впевнено говорити про такі речі, в яких насправді мало що тямлю.
- 104. Часто у мене такий настрій, що я готовий вибухнути з будь-якого приводу.
- 105. Я нерідко відчуваю себе млявим і втомленим.
- 106. Я люблю розмовляти з людьми і завжди готовий поговорити і зі знайомими, і з незнайомими.
- 107. На жаль, я часто дуже поспішно оцінюю інших людей.
- 108. Вранці я зазвичай встаю в хорошому настрої і нерідко починаю насвистувати або наспівувати.
- 109. Я не відчуваю себе впевненим у вирішенні важливих питань навіть після тривалих роздумів.
- 110. Виходить так, що в суперечці я чомусь - то намагаюся говорити голосніше свого опонента.
- 111. Розчарування не викликають у мене як - небудь сильних і тривалих переживань.
- 112. Буває, що я раптом починаю кусати губи або гризти нігті.
- 113. Найбільш щасливим я відчуваю себе тоді, коли буваю один.
- 114. Іноді мене долає така нудьга, що хочеться, щоб все пересварилися один з одним.

КЛЮЧ

шкала		кількість питань	Відповіді (за номерами питань)	
номер	Назва		Так	немає
I	невротичність	17	4, 5, 12, 15, 22, 26, 31, 41, 42, 57, 66, 72, 85, 86, 89, 105	49
II	спонтанна агресивність	13	32, 35, 45, 50, 64, 73, 77, 93, 97, 98, 103, 112, 114	99
III	депресивність	14	16, 24, 27, 28, 30, 40, 48, 56, 61, 74, 84, 87, 88, 100	-
IV	дратівливість	II	6, 10, 58, 69, 76, 80, 82, 102, 104, 107, 110	-

V	товариськість	15	2, 19, 46, 52, 55, 94, 106	3, 8, 23, 53, 67, 71, 79, 113
VI	врівноваженість	10	14, 21, 29, 37, 38, 59, 91, 95, 108, 111	-
VII	реактивна агресивність	10	13, 17, 18, 36, 39, 43, 65, 75, 90, 98	-
VIII	сором'язливість	10	9, 11, 20, 47, 60, 70, 81, 83, 109	33
IX	Відкритість	13	7, 25, 34, 44, 51, 54, 62, 63, 68, 78, 92, 96, 101	-
X	Екстраверсія - інтроверсія	12	2, 29, 46, 51, 55, 76, 93, 95, 106, 110	20, 87
XI	емоційна лабільність	14	24, 25, 40, 48, 80, 83, 84, 5, 87, 88, 102, 112, 113	59
XII	Маскулінність - фемінність	15	18, 29, 33, 50, 52, 58, 59, 65, 91, 104	16, 20, 31, 47, 84

ВИМІРЮВАННЯ СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ АСТЕНІЧНОГО СТАНУ

Астенічний стан (або *нервово - психічна слабкість*) характеризується підвищеною стомлюваністю і виснаженням з крайньою нестійкістю настрою, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, втратою здатності до тривалої розумової і фізичної напруги, вегетативно - соматичними порушеннями.

Шкала астенічного стану (ШАС) розроблена Л. Д. Майкова і адаптована Т. Г. Чортової на базі даних клініко - психологічних спостережень і опитувальника ММРІ [1]. Шкала складається з 30 пунктів - тверджень, що відбивають характеристики астенічного стану. Дослідження проводиться індивідуально в окремому, добре освітленому і ізольованому від сторонніх звуків приміщенні.

Піддослідним дається інструкція: "Уважно прочитайте кожне речення і, оцінивши його стосовно до свого стану в даний момент, відзначте один з чотирьох варіантів відповіді в правій частині бланка".

Варіанти відповідей: 1 - немає, не так; 2 - мабуть, так; 3 - вірно; 4 - абсолютно вірно.

ШКАЛА астенічні стани (ШАС)

№	ознака	1	2	3	4
1	Я працюю з великою напругою				
2	Мені важко зосередитися на чому - або				
3	Моє статеве життя не задовольняє мене				
4	Очікування нервує мене				

5	Я відчуваю м'язову слабкість				
6	Мені не хочеться ходити в кіно або в театр				
7	Я забудькуватий				
8	Я відчуваю себе втомленим				
9	Мої очі втомлюються при тривалому читанні				
10	Мої руки тремтять				
11	У мене поганий апетит				
12	Мені важко бути на вечірці йди в галасливій компанії				
13	Я вже не так добре розумію прочитане				
14	Мої руки і ноги холодні				
15	Мене легко зачепити				
16	У мене болить голова				
17	Я прокидаюся вранці втомленим і не відпочив				
18	У мене бувають запаморочення				
19	У мене бувають посмикування м'язів				
20	У мене шумить у вухах				
21	Мене турбують статеві питання				
22	Я відчуваю тяжкість в голові				
23	Я відчуваю загальну слабкість				
24	Я відчуваю біль в тім'я				
25	Життя для мене пов'язана з напругою				
26	Моя голова як би стягнута обручем				
27	Я легко прокидаюся від шуму				
28	Мене втомлюють люди				

29	Коли я хвилююся, то покриваюся потім				
30	Мені не дають заснути неспокійні думки				

ОБРОБКА І ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Після заповнення тестового бланка проводиться підрахунок шляхом підсумовування набраних випробуваним балів. Весь діапазон шкали включає від 30 до 120 балів.

Статистичні дані, отримані на 300 здорових випробовуваних, показали, що середня величина індексу астенії дорівнює $37,22 \pm 6,47$ бала. Якщо прийняти результати дослідження здорових осіб за відсутність астенії, то весь обсяг шкали можна розділити на чотири діапазони:

- **діапазон 1** - від 30 до 50 балів - відсутність астенії;
- **діапазон 2** - від 51 до 75 балів - слабка астенія;
- **діапазон 3** - від 76 до 100 балів - помірна астенія;
- **діапазон 4** - від 101 до 120 балів - виражена астенія.

Таким чином, результати кожного випробуваного припускають одну з чотирьох ступенів вираженості астенії. У відповідних графах протоколу вказується кількість набраних випробуваним балів за шкалою астенії і ступеня її вираженості.

Додаток В

Зміст програми психокорекції негативних психічних станів цивільних осіб в умовах війни

Тематика занять тренінгу	Структура тренінгового заняття
Заняття 1. Знайомство. Вступ до теми негативних психічних станів	Вступ. Привітання. Знайомство. (10 хв) Інформаційне повідомлення (15 хв): Мета заняття – створити атмосферу довіри, познайомити учасників, ввести у тематику психоемоційних станів. Міні-лекція «Що таке психічний стан?» (15 хв) Вправа «Ім'я + асоціація» (10 хв) Вправа «Очікування і побоювання» (15 хв) Перерва (10 хв) Вправа «Мій емоційний рюкзак» (20 хв) Рефлексія заняття + коло емоцій (15 хв) Підсумки. Домашнє завдання (5 хв)
Заняття 2. Усвідомлення власного емоційного стану	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (10 хв): Мета – навчити ідентифікувати власні емоції та їх джерела. Міні-лекція «Типи емоцій та способи їх розпізнавання» (15 хв) Вправа «Емоційний термометр» (15 хв) Вправа «Карта емоцій» (20 хв) Перерва (10 хв) Техніка «3 запитання до себе» (20 хв) Рефлексія заняття (10 хв) Завершальне коло. Підсумки. Домашнє завдання (10 хв)
Заняття 3. Тривожність: причини, прояви, способи самодопомоги	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (15 хв): Мета – ознайомити з природою тривоги та способами її зменшення. Міні-лекція про тривожність (15 хв) Тест «Моя тривожність» (10 хв) Вправа «Сходи страху» (20 хв) Дихальна гімнастика «4-7-8» (15 хв) Групове обговорення «Що мені допомагає?» (15 хв) Рефлексія заняття (10 хв) Завершальне коло. Підсумки. Домашнє завдання (10 хв)
Заняття 4. Стрес і його подолання	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (10 хв): Мета – пояснити механізми стресу та навчити технікам зниження напруги. Міні-лекція «Стрес: фази, наслідки» (15 хв) Вправа «Мій стресометр» (15 хв) Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном (25 хв) Робота в групах: «Мої антивіруси від стресу» (20 хв) Рефлексія заняття + щоденник спостережень (15 хв) Завершальне коло. Підсумки. Домашнє завдання (10 хв)

Заняття 5. Депресивні стани: як їх розпізнати і підтримати себе	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (15 хв): Мета – навчити розпізнавати ознаки пригніченості та активізувати ресурси самопомоги. Міні-лекція: «Симптоми депресії, відмінність від смутку» (15 хв) Вправа «Мій енергетичний баланс» (20 хв) «Антидепресивні дії» – робота в малих групах (25 хв) Техніка «3 хороші речі» (15 хв) Рефлексія заняття (10 хв) Завершальне коло. Підсумки. Домашнє завдання (10 хв)
Заняття 6. Агресивність і контроль емоцій	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (15 хв): Мета – зрозуміти джерела агресії та способи її конструктивного вираження. Тест «Як я висловлюю злість?» (10 хв) Міні-лекція: «Агресія: шкода чи ресурс?» (15 хв) Вправа «Гнівний лист» (20 хв) Техніка «Пауза перед реакцією» (15 хв) Вправа «Я-послання» (15 хв) Рефлексія заняття (10 хв) Завершальне коло. Підсумки. Домашнє завдання (10 хв)
Заняття 7. Емоційне вигорання і відновлення ресурсу	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (10 хв): Мета – виявити симптоми емоційного вигорання, знайти індивідуальні ресурси відновлення. Тест Масляч «Рівень емоційного вигорання» (15 хв) Міні-лекція «3 фази вигорання» (15 хв) Вправа «Колесо ресурсів» (20 хв) Техніка «Коло підтримки» (20 хв) Арт-терапія: «Мій ресурс» (10 хв) Рефлексія заняття (10 хв) Завершальне коло. Підсумки. Домашнє завдання (10 хв)
Заняття 8. Робота з негативними думками і когнітивними спотвореннями	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (10 хв): Мета – навчити розпізнавати автоматичні негативні думки та замінювати їх. Міні-лекція: «Когнітивні викривлення» (20 хв) Вправа «Негативна думка – раціональна відповідь» (25 хв) Робота в парах: «Розмова з внутрішнім критиком» (20 хв) Техніка «Стоп-кадр» (15 хв) Рефлексія заняття (10 хв) Завершальне коло. Підсумки. Домашнє завдання (10 хв)
Заняття 9. Розвиток самооцінки та самоприйняття	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (15 хв): Мета – підвищити впевненість у собі, підтримати позитивний образ «Я». Вправа «Я – цінний(а), тому що...» (15 хв) Міні-лекція: «Самооцінка: формування і підтримка» (15 хв) Вправа «Лінія досягнень» (15 хв) Техніка «Дзеркало» (15 хв) Вправа «Компліменти по колу» (15 хв) Рефлексія заняття (10 хв) Завершальне коло. Підсумки. Домашнє завдання (10 хв)

Заняття 10. Підбиття підсумків. План турботи про себе	Перше коло рефлексії. Обговорення д/з. (10 хв) Інформаційне повідомлення (10 хв): Мета – закріпити набуті навички та сформулювати індивідуальний план дій у складних ситуаціях. Вправа «Мої 5 змін» (15 хв) Вправа «План турботи про себе» (20 хв) Техніка «Лист собі в майбутнє» (20 хв) Коло вражень і подяк (15 хв) Рефлексія заняття (10 хв) Вручення сертифікатів/подарунків (10 хв) Закриття тренінгу (10 хв)
--	--