

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістра на тему:

«Вплив інтересів на психічне здоров'я дорослих в умовах війни»

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМПс - 22

спеціальності 053 Психологія

Завадська Ольга Романівна

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент

Нікітчук Уляна Ігорівна

Рецензент: кандидат психологічних наук, доцент

Рудь Галина Володимирівна

Допущено до захисту:

Завідувач кафедри: _____

Оксана МАТЛАСЕВИЧ

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДОРΟΣЛИХ ТА ЙОГО ПОРУШЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	10
1.1 Структура та критерії психічного здоров'я дорослої особистості: теоретичні підходи.....	10
1.2. Психологічні наслідки воєнних дій для психічного здоров'я: систематичний аналіз порушень когнітивного, емоційного та поведінкового функціонування .	23
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. СПОСОБИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: РОЛЬ ІНТЕРЕСІВ У МОДЕЛЯХ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ	35
2.1. Науково обґрунтовані стратегії збереження психічного здоров'я в умовах воєнного конфлікту: багаторівневий підхід.....	35
2.2. Інтереси особистості як чинник психологічної резилієнтності: теоретичні моделі та емпіричні дані.....	41
Висновки до розділу 2.....	51
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ІНТЕРЕСАМИ ТА ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ДОРΟΣЛИХ В УМОВАХ ВІЙНИ	54
3.1. Організація та методи емпіричного дослідження: вибірка, процедура, психодіагностичний інструментарій	54
3.2.Результати емпіричного дослідження впливу інтересів на показники психічного здоров'я дорослих в умовах війни.	73
Висновки до Розділу 3.....	95
РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ІНТЕРЕСІВ ДОРΟΣЛИХ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ	98
4.1. Теоретичне обґрунтування та структура програми розвитку інтересів дорослих в умовах воєнного конфлікту	98
4.2. Практичні рекомендації щодо впровадження програми розвитку інтересів: методичне забезпечення та оцінка ефективності.....	104
ВИСНОВКИ	118

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:	121
ДОДАТКИ	150

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабна війна на території України з лютого 2022 року створила безпрецедентний виклик для психічного здоров'я населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в умовах воєнних конфліктів поширеність психічних розладів зростає вдвічі: кожна п'ята людина страждає від депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу, розладів сну та інших порушень психічного здоров'я [232]. В Україні, де від прямих чи опосередкованих наслідків війни постраждали мільйони людей, питання збереження та відновлення психічного здоров'я населення набуло статусу національної безпеки та громадського здоров'я [45].

Наукові дослідження психічного здоров'я в умовах воєнних конфліктів традиційно фокусуються на вивченні патологічних наслідків травми – посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожності, дисоціативних розладів. Водночас, значна увага науковців спрямована на ідентифікацію протективних факторів психічного здоров'я, що сприяють резилієнтності – здатності особистості протистояти несприятливим обставинам, адаптуватися до стресових ситуацій та відновлюватися після травматичних подій. Серед найбільш досліджених протективних факторів виділяють соціальну підтримку, особистісні риси, копінг-стратегії, духовність, когнітивну гнучкість [40 - 42].

Попри значні досягнення в розумінні факторів резилієнтності, роль інтересів особистості як потенційного чинника психологічної стійкості залишається недостатньо вивченою. Інтереси особистості – відносно стійкі патерни уподобань щодо активностей, середовищ та результатів діяльності, що мотивують поведінку та спрямовують увагу і зусилля індивіда – представляють важливий, але маловивчений аспект психологічного функціонування в екстремальних умовах. Теоретичні передумови з теорії самодетермінації, теорії збереження ресурсів, теорії позитивних емоцій "broaden-and-build" припускають,

що інтереси можуть функціонувати як психологічні ресурси, що підвищують адаптивність та сприяють збереженню психічного здоров'я [44,47].

В українському контексті, де населення перебуває в умовах хронічного стресу, пов'язаного з безпосередньою загрозою життю, вимушеним переміщенням, втратою близьких, економічними труднощами, руйнуванням звичного способу життя, питання про те, які чинники сприяють збереженню психічного здоров'я та психологічної стійкості, набуває особливої актуальності. Розуміння ролі інтересів у підтримці психічного здоров'я може надати важливі імплікації для розробки психологічних інтервенцій, спрямованих на профілактику психічних розладів та підвищення резилієнтності населення в умовах воєнного конфлікту та постконфліктний період.

Актуальність дослідження також зумовлена практичними потребами психологічної служби України, яка стикається з необхідністю надання психологічної допомоги значній кількості постраждалих від війни за умов обмежених ресурсів. Розробка науково обґрунтованих, доступних та культурно адаптованих інтервенцій, що базуються на використанні внутрішніх ресурсів особистості, зокрема інтересів, може суттєво розширити арсенал інструментів психологічної підтримки населення.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано в межах наукових пріоритетів Національної академії педагогічних наук України щодо психологічного забезпечення національної безпеки та збереження психічного здоров'я населення в умовах воєнного стану. Робота узгоджується з напрямками Національної стратегії реформування системи психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, затвердженої Кабінетом Міністрів України, зокрема з напрямом профілактики психічних розладів та зміцнення психічного здоров'я населення [35].

Мета дослідження – встановити характер та особливості впливу інтересів особистості на психічне здоров'я дорослих в умовах війни та розробити науково

обґрунтовану програму розвитку інтересів для збереження психічного здоров'я в умовах воєнного конфлікту.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз структури та критеріїв психічного здоров'я дорослої особистості в контексті сучасних психологічних підходів.
2. Розкрити теоретичні моделі та узагальнити емпіричні дані щодо ролі інтересів особистості як чинника психологічної резилієнтності.
3. Емпірично дослідити зв'язок між інтересами особистості та показниками психічного здоров'я (депресія, тривожність) і виявити специфічні категорії інтересів дорослих в умовах війни.
4. Розробити та теоретично обґрунтувати програму розвитку інтересів дорослих для збереження психічного здоров'я в умовах війни.

Об'єкт дослідження – психічне здоров'я дорослих в умовах війни.

Предмет дослідження – вплив інтересів особистості на психічне здоров'я дорослих в умовах війни.

Методи дослідження. Для досягнення мети та розв'язання завдань дослідження використано комплекс взаємодоповнюючих методів:

Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблеми дослідження; теоретичне моделювання для розробки концептуальної моделі зв'язку інтересів з психічним здоров'ям.

Емпіричні методи: психодіагностичне обстеження з використанням стандартизованих методик – опитувальник Beck Depression Inventory (BDI-II) для оцінки рівня депресії, опитувальник Beck Anxiety Inventory (BAI) для оцінки рівня тривожності [49], авторська Карта інтересів особистості для оцінки різноманітності, інтенсивності та змісту інтересів респондентів; анкетування для збору демографічних даних та контекстуальної інформації про досвід війни.

Методи математико-статистичної обробки даних: описова статистика (обчислення середніх значень, стандартних відхилень, частотних розподілів);

кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона) для встановлення зв'язків між показниками інтересів та психічного здоров'я; порівняльний аналіз (t-критерій Стьюдента, однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA) для виявлення відмінностей між групами; множинний регресійний аналіз для визначення предикторів психічного здоров'я; кластерний аналіз (метод k-середніх) для ідентифікації типових профілів інтересів. Статистична обробка даних здійснювалася з використанням пакету статистичних програм SPSS Statistics 26.0.

В рамках дослідження маємо намір перевірити гіпотези.

Гіпотеза 1 (основна): Існує статистично значущий зв'язок між інтересами особистості та показниками психічного здоров'я дорослих в умовах війни, при цьому вищий рівень реалізації інтересів асоціюється з нижчими показниками депресії, тривожності та посттравматичного стресу, а також з вищими показниками психологічного благополуччя, задоволеності життям та позитивного афекту.

Гіпотеза 2: Різні типи інтересів мають диференційований вплив на психічне здоров'я: творчі інтереси найсильніше пов'язані з емоційним благополуччям та зниженням депресії; фізичні інтереси пов'язані зі зниженням тривожності; соціальні та волонтерські інтереси асоціюються зі смыслом життя та соціальною підтримкою; інтелектуальні інтереси пов'язані з когнітивним функціонуванням та особистісним зростанням.

Емпірична база дослідження. Емпіричну базу дослідження склали 152 респонденти, віком від 22 до 58 років, середній вік — 37,4 роки ($SD = 8,7$). Розмір вибірки визначено відповідно до рекомендацій для кореляційних досліджень, де мінімальна вибірка має становити 100–150 осіб для забезпечення статистичної значущості результатів. Вибір кількості учасників також був обумовлений складністю доступу до цивільного населення в умовах війни та необхідністю отримання релевантних, якісних даних.

Наукова новизна одержаних результатів та теоретичне значення

полягає в тому, що:

Дістало подальшого розвитку дослідження характеру та силу зв'язку між різноманітністю і інтенсивністю інтересів особистості та показниками психічного здоров'я (депресія, тривожність) дорослих в умовах війни на українській вибірці; ідентифіковано специфічні категорії інтересів (освіта і самоосвіта, професійний розвиток, волонтерство), що мають найсильніший протективний ефект щодо депресії та тривожності в умовах воєнного конфлікту; виявлено типові профілі інтересів дорослих в умовах війни; розроблено та теоретично обґрунтовано структуровану програму розвитку інтересів дорослих як інтервенцію для збереження психічного здоров'я в умовах воєнного конфлікту;

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання розроблених матеріалів у різних сферах психологічної практики:

– результати дослідження можуть бути корисними психологам-практикам для розробки індивідуальних та групових програм психологічної підтримки осіб, постраждалих від війни, з акцентом на розвиток та підтримку інтересів як ресурсу резилієнтності;

– матеріали дослідження можуть використовуватися в освітньому процесі закладів вищої освіти при викладанні навчальних дисциплін "Клінічна психологія", "Психологія здоров'я", "Психологія екстремальних ситуацій", "Кризова психологія", "Психологічне консультування" для підготовки фахівців-психологів.

Апробації: результати дослідження розміщені у двох статтях

Завадська О. Р. Особистісні інтереси як чинник психологічної стійкості в умовах воєнного часу // *Наукові інновації та передові технології*. Серія: Психологія. — 2025.

Завадська О. Р. Психічні наслідки війни для дорослого населення України: спектр розладів та виклики психологічної допомоги // *Науковий вісник*

Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. — № 4. — 2025.

Магістерська кваліфікаційна робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків. Загальний обсяг роботи становить 158 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДОРΟΣЛИХ ТА ЙОГО ПОРУШЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Структура та критерії психічного здоров'я дорослої особистості: теоретичні підходи.

Питання психічного здоров'я населення в умовах воєнних конфліктів набуло критичної важливості у сучасному глобальному контексті, перетворившись з локальної проблеми окремих регіонів на загальносвітовий виклик. Повномасштабна російська агресія проти України, розпочата 24 лютого 2022 року, створила унікальні умови для теоретичного осмислення впливу сучасних воєнних конфліктів на психічне здоров'я цивільного населення. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожен п'ятий українець перебуває під загрозою розвитку певної форми психічного розладу внаслідок воєнної травми [228-233]. Масштаби внутрішнього переміщення населення (понад 6 мільйонів внутрішньо переміщених осіб) та зовнішньої міграції (понад 6 мільйонів біженців) у поєднанні з тривалими бойовими діями створюють безпрецедентний виклик для системи охорони психічного здоров'я [51, 67].

Обґрунтування вибору базових моделей. Модель ВООЗ обрана як найширша міжнародно визнана парадигма, що забезпечує зв'язок з глобальним дискурсом охорони здоров'я. Здійснюючи це дослідження важливо було прослідкувати еволюцію концепту психічного здоров'я. Коли ми звернемося до Парадигми Всесвітньої організації охорони здоров'я то зауважимо важливий підхід щодо визначення стану «психічне здоров'я». Зокрема, ВООЗ визначає психічне здоров'я не просто як відсутність психічних розладів, а як "стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти" [233]. Це визначення знаменує парадигмальний зсув від патоцентричного до ресурс-орієнтованого підходу.

Психічне здоров'я розглядається не як статичний стан відсутності хвороби, а як динамічний процес адаптації та самореалізації особистості в мінливих умовах середовища. Одразу ж варто наголосити на концептуальних перевагах WHO-підходу. У ньому йдеться про: фокус на позитивному функціонуванні, а не лише на патології; визнання соціального контексту психічного здоров'я; акцент на адаптивних можливостях особистості; інтеграцію індивідуального та суспільного благополуччя. Проте, цей підхід має обмеження. Зокрема, високий рівень абстрактності, складність операціоналізації для емпіричного вимірювання.

Концептуальні підходи до визначення психічного здоров'я. У сучасній науковій літературі спостерігається перехід від дефіцитарної моделі психічного здоров'я до салютогенетичної парадигми у своїх фундаментальних працях запропонував модель повного психічного здоров'я (complete mental health model), яка інтегрує відсутність психопатології з наявністю позитивного функціонування. Дослідник виділяє три взаємопов'язані виміри благополуччя: емоційний (hedonic well-being), психологічний та соціальний (eudaimonic well-being) [122-125]. Емпіричні дослідження підтвердили, що особи з повним психічним здоров'ям демонструють найнижчі показники хронічних захворювань, найменшу кількість пропущених робочих днів та найвищу продуктивність [123, 134, 187-190] у рамках позитивної психології розробив модель «флоруїшингу» (flourishing) як найвищого рівня психічного здоров'я, що характеризується наявністю позитивних емоцій, залученості, якісних стосунків, осмисленості та досягнень (модель PERMA). Нові дослідження [58,75] підтверджують, що компоненти моделі PERMA пов'язані з об'єктивними показниками здоров'я, довголіття та життєвої успішності. [176-181] у своїй моделі психологічного благополуччя визначає шість ключових вимірів: самоприйняття, позитивні стосунки з іншими, автономію, контроль над середовищем, наявність життєвої мети та особистісне зростання. Лонгітюдні дослідження [176,181] демонструють, що високі показники за цими вимірами

прогнозують кращі результати фізичного здоров'я, включаючи нижчі рівні запальних біомаркерів та кращу кардіоваскулярну функцію. У вітчизняній психологічній науці психічне здоров'я розглядається як інтегральна характеристика повноцінності психологічного функціонування людини. Максименко С. [21,22] визначає психічне здоров'я як динамічну рівновагу між особистістю та середовищем, що забезпечує оптимальну реалізацію потенціалу людини. Титаренко Т.[35,36] наголошує на ресурсній природі психічного здоров'я, розглядаючи його як сукупність психологічних ресурсів, що забезпечують адаптацію, самореалізацію та життєтворчість особистості, особливо в умовах кризових ситуацій.

Біопсихосоціальна модель психічного здоров'я Сучасне розуміння психічного здоров'я базується на біопсихосоціальній моделі, запропонованій Енджел Г. [79] та розвиненій у працях інших науковців [52]. Ця модель постулює, що психічне здоров'я є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, які функціонують як інтегрована система. Біологічний компонент включає генетичні predisposиції, нейробіологічні процеси, функціонування нейротрансмітерних систем та нейроендокринну регуляцію. Пломін Р. у своїх дослідженнях поведінкової генетики демонструють, що генетичні фактори пояснюють приблизно 30-40% варіативності у психічному здоров'ї, при цьому залишається значний простір для впливу середовищних факторів [161] Психологічний компонент охоплює когнітивні процеси, емоційну регуляцію, особистісні характеристики, копінг-стратегії та поведінкові патерни.[48] у рамках когнітивної моделі підкреслюють роль когнітивних схем – стабільних патернів інтерпретації інформації – у підтриманні психічного здоров'я або розвитку психопатології. Дисфункціональні когнітивні схеми (наприклад, «я нікчемний», «світ небезпечний») є вразливим фактором для депресії та тривожності. Соціальний компонент включає якість соціальних стосунків, соціальну підтримку, соціально-економічний статус, культурний контекст та соціальні детермінанти здоров'я. Холт-Люстарт Дж. [102-104] у серії

впливових метааналізів демонструють, що соціальна ізоляція та самотність збільшують ризик передчасної смерті на 26-32%, що порівнянно з впливом куріння та ожиріння. Відомі дослідники показують, що соціальна підтримка впливає на здоров'я через множинні шляхи: поведінкові (заохочення до здоров'язберігаючої поведінки), психологічні (зниження стресу, підвищення самооцінки) та фізіологічні (регуляція ГГА осі, імунної функції) [215]. Диференціація концептів: психічне здоров'я, психологічне благополуччя та суб'єктивне благополуччя

У сучасній науковій літературі існує концептуальна дискусія щодо співвідношення понять психічного здоров'я (mental health), психологічного благополуччя (psychological well-being) та суб'єктивного благополуччя (subjective well-being). Хоча ці конструкти тісно пов'язані, вони представляють різні аспекти оптимального психологічного функціонування.

Суб'єктивне благополуччя (SWB) репрезентує гедоністичну традицію у дослідженні благополуччя та визначається як суб'єктивна оцінка власного життя, що включає три компоненти: позитивний афект, низький рівень негативного афекту та когнітивну оцінку задоволеності життям [70-72]. Вони підкреслюють, що SWB є суб'єктивним феноменом – воно базується на власних стандартах та оцінках людини, а не на зовнішніх критеріях [70]. Психологічне благополуччя (PWB) репрезентує евдемонічну традицію та визначається Ryff (1989, 2014) як реалізація людського потенціалу та оптимальне функціонування. На відміну від SWB, що фокусується на почуттях щастя, PWB орієнтується на розвиток, самоактуалізацію та осмисленість життя [176-181] і виділяють шість вимірів PWB: самоприйняття, позитивні стосунки, автономія, майстерність у керуванні середовищем, життєва мета та особистісне зростання. Важливо відзначити, що PWB концептуально відрізняється від простого відчуття щастя. Дослідники у своєму огляді підкреслюють, що евдемонічне благополуччя може включати виклики, труднощі та навіть тимчасовий дистрес, якщо вони слугують більш глибоким цілям особистісного зростання та реалізації цінностей[107]. Це

особливо релевантно у контексті стресових ситуацій, зокрема війни, коли високі рівні PWB можуть співіснувати з відносно низьким SWB.

Психічне здоров'я є найбільш широким конструктом, що охоплює як відсутність психопатології (психічні розлади, симптоми дистресу), так і наявність позитивного функціонування (благополуччя, життєва задоволеність, оптимальне функціонування). Кейс С. [122-125]) у своїх фундаментальних працях аргументує, що психічне здоров'я та психічна хвороба є не протилежними полюсами одного континууму, а двома окремими, хоча й корельованими вимірами – моделю двох континуумів (two-continua model).

Згідно з цією моделлю, можливі чотири стани: (1) повне психічне здоров'я (flourishing) – відсутність психопатології та високе благополуччя; (2) помірне психічне здоров'я (moderate mental health) – відсутність психопатології, але невисоке благополуччя; (3) languishing – відсутність діагностованої психопатології, але низьке благополуччя та відчуття порожнечі; (4) психічна хвороба з різними рівнями благополуччя. Емпірична валідація цієї моделі [224,133,121] підтверджує, що відсутність депресії не еквівалентна наявності благополуччя, і що languishing є фактором ризику розвитку психопатології, навіть у осіб без поточного психічного розладу. Лонгітюдні дослідження [125,108] показують, що особи з повним психічним здоров'ям демонструють найнижчі показники розвитку психопатології протягом наступних років, найменше днів непрацездатності та найнижче використання медичних послуг.

Інтегративна концептуалізація взаємозв'язку цих конструктів представлена у роботах [105,106]. Дослідники пропонують операціональне визначення flourishing як «життя в оптимальному діапазоні психологічного функціонування та досвіду», що включає як почуття (SWB), так і функціонування (PWB). Їхні крос-культурні дослідження у 23 європейських країнах показують, що поширеність flourishing варіює від 6% до 35% залежно від країни, при цьому flourishing асоційоване з кращими результатами здоров'я та соціального функціонування. Вандервіль Т [221] у своїй праці пропонує ще більш широку

концептуалізацію благополуччя, що включає п'ять доменів: щастя та життєва задоволеність, психічне та фізичне здоров'я, смисл та мета, характер та чесноти, близькі соціальні стосунки. Він аргументує, що повноцінне благополуччя вимагає наявності всіх цих доменів, а не лише окремих компонентів. У контексті війни та травми, розрізнення між цими конструктами має важливе практичне значення. Хопфолл С. та ін. [97-99] підкреслюють, що у постраждалих від травми може спостерігатися зниження SWB (негативні емоції, низька життєва задоволеність), але при цьому може зберігатися або навіть зростати PWB через знаходження смислу у стражданні, особистісне зростання, поглиблення цінностей. Це явище описується як посттравматичне зростання [206].

Таким чином, психічне здоров'я є найбільш інклюзивним конструктом, що включає відсутність психопатології, суб'єктивне благополуччя (гедоністичний вимір) та психологічне благополуччя (евдемонічний вимір). Ці три компоненти взаємодіють між собою, формуючи комплексну картину оптимального психологічного функціонування. Розуміння цих відмінностей та зв'язків є критично важливим для адекватної оцінки психічного здоров'я в умовах війни та розробки ефективних інтервенцій.

Критерії психічного здоров'я у контексті сучасних досліджень

Аналіз наукової літератури останніх років дозволяє виділити систему критеріїв психічного здоров'я, що отримали емпіричну валідацію у міжнародних дослідженнях.

Адаптаційна компетентність є фундаментальним критерієм психічного здоров'я, що відображає здатність особистості ефективно функціонувати в мінливих умовах середовища. Дослідники [115-117] визначають позитивну адаптацію як здатність підтримувати або швидко відновлювати психічне здоров'я під час або після стресу. Нейробіологічні дослідження [117] ідентифікували специфічні паттерни активації префронтальної кортекальної системи, асоційовані з успішною адаптацією до стресу.

Когнітивна інтеграція та адекватність сприйняття реальності включає здатність до реалістичної оцінки ситуацій, ефективного вирішення проблем та гнучкості мислення. Кашдан і Роттенберг вводять концепцію психологічної гнучкості як здатності повністю контактувати з теперішнім моментом і змінювати або продовжувати поведінку відповідно до ситуаційних вимог та особистісних цінностей [118,119].

Емоційна компетентність та афективна рівновага включає здатність до усвідомлення, розуміння та конструктивного вираження емоцій. Гросс Дж. у своїй оновленій моделі процесів емоційної регуляції підкреслює важливість гнучкого використання різних стратегій регуляції [86,87].

Соціальна інтегрованість та якість міжособистісних стосунків є критичним компонентом психічного здоров'я. Холт-Люстарт Дж. у серії метааналізів демонструють, що соціальна ізоляція та самотність збільшують ризик передчасної смерті на 26-32%, що порівнянно з такими факторами ризику як куріння та ожиріння [102-104].

Автономія та особистісна agency відображають здатність діяти відповідно до власних цінностей та цілей. Раян Р. у рамках теорії самодетермінації демонструють, що задоволення базових психологічних потреб в автономії, компетентності та зв'язку є фундаментальним для психічного здоров'я та благополуччя [173-175]. Крос-культурні дослідження підтверджують універсальність цих потреб, хоча їх специфічні прояви можуть варіювати залежно від культурного контексту [60].

Екзистенційна наповненість та смисложиттєві орієнтації становлять духовно

-сміслову основу психічного здоров'я. Стегер М. [201-203] визначає осмисленість життя як суб'єктивне відчуття того, що життя має значення, мету та когерентність.

Якщо ми звернемося до аналізу клінічних діагностичних підходів: DSM-5 та МКХ-11, то зауважимо тут спеціальні особливості. А саме, діагностичне та

статистичне керівництво з психічних розладів, 5-те видання (DSM-5) Американської психіатричної асоціації та Міжнародна класифікація хвороб, 11-й перегляд (МКХ-11) ВООЗ забезпечують стандартизовані критерії для діагностики психічних розладів (APA, 2013; WHO, 2018). Сильними сторонами цих діагностичних систем є: міжнародна узгодженість критеріїв; надійність діагностики; основа для клінічних протоколів лікування, можливість епідеміологічної статистики. Проте, вони мають критичні обмеження в контексті війни. По-перше, категоріальний підхід не відображає континуум психологічного функціонування. Людина може не відповідати діагностичним критеріям ПТСР, але переживати значне зниження благополуччя. По-друге, діагностичні категорії не враховують культурну специфіку. Вираження психологічного дистресу може суттєво відрізнятися в різних культурах [126]. По-третє, фокус на індивідуальній патології ігнорує соціальний та екзистенційний контекст. Війна є колективною травмою, що вимагає врахування суспільних процесів [98].

В рамках дослідження ми аналізували модель психологічного благополуччя [176-181] Керол Ріфф розробила багатовимірну модель психологічного благополуччя, що виходить за межі гедоністичного розуміння щастя як задоволення та позитивних емоцій. Її модель базується на концепції евдемонічного благополуччя - повноцінного функціонування та самореалізації особистості. Ріфф визначила шість вимірів психологічного благополуччя. Перший – це автономія (Autonomy) - здатність бути незалежним, самовизначатися, регулювати власну поведінку згідно з внутрішніми стандартами. Другий - самоприйняття (Self-acceptance) - позитивне ставлення до себе, прийняття різних аспектів власної особистості, включаючи недоліки. Третій - особистісне зростання (Personal Growth) - відчуття постійного розвитку, відкритість до нового досвіду, реалізація власного потенціалу. Четвертий - життєві цілі (Purpose in Life) - наявність цілей та переконань, що надають життю смисл та спрямованість. П'ятий - позитивні стосунки (Positive Relations) - теплі, довірливі відносини з іншими, здатність до емпатії та близькості. Останній -

володіння середовищем (Environmental Mastery) - компетентність в управлінні оточенням, контроль над зовнішніми обставинами. Модель Ріфф забезпечує структуровану рамку для оцінки позитивних аспектів психологічного функціонування, що особливо важливо в кризових ситуаціях. В умовах війни, коли зовнішні обставини руйнівні, внутрішні ресурси особистості стають критичними для виживання та адаптації.

Якщо ми розглядатимемо цей підхід з точки зору релевантності щодо воєнного контексту, то зауважимо, що війна диференційовано впливає на різні виміри благополуччя. Наприклад, оволодіння середовищем надзвичайно порушується через втрату контролю над зовнішніми обставинами. Життєві цілі можуть зазнавати руйнування або, навпаки, радикальної трансформації (наприклад, захист батьківщини стає новою всеохоплюючою метою). Водночас позитивні стосунки можуть навіть посилюватися через спільне переживання травми та взаємодопомогу. Це демонструє неоднорідність впливу екстремальних обставин на різні компоненти благополуччя. Стосовно психометричних властивостей, то модель Ріфф має високу внутрішню узгодженість (α Кронбаха 0.70-0.89 для різних шкал) та підтверджену факторну структуру в різних культурах, включаючи колективістські [179].

В межах дослідження також розглядалася модель багатовимірного копінгу BASIC Ph Моолі Лаада [130-132]. Моолі Лаад розробив модель BASIC Ph для аналізу стратегій подолання стресу та травми. Модель ідентифікує шість каналів, через які люди реагують на кризові ситуації. Серед цих каналів є: B (Belief) - Віра, цінності, світогляд Спирання на релігійні, духовні або світоглядні переконання. В кризі віра може надавати сенс, зміцнювати надію, пропонувати моральні орієнтири. A (Affect) - Емоції, афект Висловлення та регуляція емоцій через плач, сміх, обговорення почуттів, арт-терапію. Емоційна експресія дозволяє опрацьовувати травматичні переживання. S (Social) - Соціальні контакти Пошук підтримки у родини, друзів, громади. Соціальні зв'язки є буфером проти стресу та джерелом практичної допомоги. I (Imagination) - Уява, творчість Використання

творчих практик, візуалізації, мистецтва для трансформації травматичного досвіду. Творчість дозволяє символічно опрацювати неопрацьоване. С (Cognition) - Мислення, когніції Рациональний аналіз, планування, пошук інформації, когнітивна переоцінка ситуації. Когнітивні стратегії відновлюють відчуття контролю. Ph (Physical) - Тілесність, фізичність Фізична активність, спорт, тілесні практики, сенсорне розвантаження. Робота з тілом допомагає регулювати фізіологічні прояви стресу.

Стосовно теоретичної переваги моделі BASIC Ph, варто зазначити що: по-перше, модель багатовимірна та враховує, що люди використовують різні канали залежно від індивідуальних особливостей, культурного контексту та природи стресора. По-друге, модель гнучка та дозволяє ідентифікувати як сильні, так і слабкі канали у конкретної особистості, що забезпечує основу для персоналізованих інтервенцій. По-третє, модель культурно-чутлива. Різні культури можуть підкреслювати різні канали (наприклад, колективістські культури - соціальний канал, релігійні спільноти - канал віри). Воєнний контекст актуалізує специфічні комбінації каналів. Соціальний канал стає критичним через потребу у взаємодопомозі. Канал віри може посилюватися через екзистенційні виклики війни. Когнітивний канал активується для планування безпеки та адаптації до мінливих умов. Проте війна може блокувати певні канали. Наприклад, фізичний канал обмежується в умовах постійної загрози, коли виходити на вулицю небезпечно. Канал уяви може пригнічуватися через надмірну фіксацію на реальних загрозах.

Три представлені підходи - ВООЗ, Ріфф та Лахад - комплементарні та разом створюють багатовимірну рамку для розуміння психічного здоров'я. ВООЗ забезпечує широку філософську основу, що визначає психічне здоров'я як ресурс для повноцінного життя, а не просто відсутність патології. Ріфф операціоналізує це широке визначення через конкретні виміри благополуччя, що можуть бути емпірично вимірені та відстежені в динаміці. Лаад додає процесуальний вимір - як саме люди справляються з викликами, які стратегії використовують для

підтримки благополуччя в кризових умовах. Разом ці підходи дозволяють: оцінити поточний стан психічного здоров'я (симптоми + благополуччя); зрозуміти процеси адаптації (копінг-стратегії), спрогнозувати траєкторії (хто залишиться стійким, хто потребуватиме допомоги); спланувати інтервенції (на які канали/виміри впливати)

Проте, досліджуючи специфіку психічного здоров'я в умовах війни в Україні варто звернути особливу увагу на психологічні стресори сучасної війни. Вона принесла якісно нові стресори, які відрізняються від воєнних конфліктів ХХст. До традиційних воєнних стресорів науковці відносять: пряму загрозу життю, втрату близьких, руйнування домівок, вимушене переміщення. Зокрема, пряма загроза життю - обстріли, бомбардування, бойові дії. Страх смерті або поранення є первинним стресором. Втрата близьких - загибель родичів, друзів, знайомих. Горювання ускладнюється неможливістю належного прощання та ритуалів. Руйнування домівок - втрата житла, майна, звичного середовища. Дім як простір безпеки перестає існувати. Вимушене переміщення - втрата звичного соціального оточення, необхідність адаптації до нового місця, статус біженця/ВПО.

До нових стресорів цифрової епохи, які мають місце в Україні ми відносимо: інфоормаційну війну, компульсивне споживання новин, візуальна травматизація, кібератаки. Тут же варто пам'ятати про езистенційні виклики. Серед них: руйнування базових припущень, певизначеність майбутнього, криза ідентичності, смислова криза. Зокрема, руйнування базових припущень [111] - війна руйнує базові переконання про світ як безпечне місце, про доброту людей, про справедливість. Невизначеність майбутнього - неможливість планування створює езистенційну тривогу. "Що буде завтра?" стає питанням без відповіді. Криза ідентичності - війна змушує переосмислювати "хто я?" в нових умовах. Попередні соціальні ролі можуть втрачати актуальність. Смислова криза - "Навіщо все це?" Пошук смислу в абсурдності війни стає центральним езистенційним завданням.

Враховуючи диференційований вплив на компоненти психічного здоров'я варто зазначити, що війна неоднорідно впливає на різні компоненти психічного здоров'я згідно з моделлю Ріфф. Серед них найбільш вразливі виміри: оволодіння середовищем зазнає найдраматичнішого порушення. Людина втрачає контроль над базовими аспектами життя - безпекою, стабільністю, можливістю планування. Це призводить до відчуття безпорадності та фаталізму. Життєві цілі можуть повністю руйнуватися. Довгострокові плани (кар'єра, навчання, створення сім'ї) стають нерелевантними в умовах, коли виживання стає єдиною метою. Це створює екзистенційний вакуум [81]. Особистісне зростання блокується, оскільки умови війни вимагають фокусу на виживанні, а не на розвитку. Можливості для нових вражень, навчання, самореалізації різко обмежуються.

Стосовно відносно стійких вимірів то, позитивні стосунки часто посилюються в умовах спільної біди. Взаємодопомога, солідарність, спільне переживання створюють глибокі емоційні зв'язки. "Ми разом" стає джерелом сили. Самоприйняття може навіть зростати через випробування. Люди відкривають у собі несподівані ресурси стійкості, що підвищує самооцінку. Автономія має суперечливу динаміку. З одного боку, зовнішні обмеження (комендантська година, безпекові правила) її зменшують. З іншого - необхідність приймати рішення в умовах невизначеності може посилювати відчуття власної суб'єктності.

Проводячи такого виду дослідження варто враховувати культурну специфіку українського контексту. Розуміння психічного здоров'я в умовах української війни вимагає врахування культурних особливостей українського суспільства. Зокрема, варто враховувати три фактори. Перший-колективізм та індивідуалізм українців. Українська культура має колективістську орієнтацію з акцентом на спільноті, родинних зв'язках, національній ідентичності [101]. Це суттєво відрізняється від індивідуалістичних західних суспільств, на яких базується більшість психологічних теорій. По-перше, індивідуальна травма

переживається в колективному контексті. "Моя біда" є частиною "нашої біди". Це може бути як ресурсом (розділена біда - половина біди), так і додатковим стресором (неможливість відокремитися від колективного горя). По-друге, соціальний канал копінгу (за Лахадом) має пріоритетне значення. Українці схильні шукати підтримку в родині, друзях, громаді, а не звертатися до професійної психологічної допомоги (стигма "слабкості"). По-третє, колективна ідентичність стає джерелом смислу. "Я - українець/українка, що захищає свою землю" надає екзистенційну опору навіть в абсурдності війни. Другий - історична пам'ять та наративи стійкості. Українське суспільство має глибоку історичну пам'ять про попередні травми - Голодомор, радянські репресії, боротьбу за незалежність. Ця історична свідомість функціонує як наратив стійкості: "Ми вже пережили найгірше і вистояли". Це створює інтергенераційний зв'язок - відчуття продовження справи предків, що надає смисл поточним стражданням. "Ми боремося не лише за себе, а за майбутнє наших дітей та пам'ять наших предків". Третій - гендерна специфіка. Війна актуалізує традиційні гендерні ролі в українській культурі: чоловіки-захисники, жінки-берегині. Це має суперечливі наслідки, наприклад: для чоловіків - тиск виправдати очікування сили та відваги може заважати визнанню власної вразливості та пошуку психологічної допомоги (маскулінна стоїчність). Для жінок - роль опори для сім'ї може призводити до ігнорування власних потреб та відкладання опрацювання травми. Водночас війна трансформує гендерні ролі - жінки йдуть у військо, чоловіки займаються догляд за дітьми, що створює нові ідентичності та ролі.

Отже, концептуалізація психічного здоров'я в умовах воєнних конфліктів вимагає виходу за межі симптом-орієнтованих підходів та інтеграції багатовимірних моделей. Традиційні діагностичні системи (DSM-5, МКХ-11) необхідні, але недостатні для повного розуміння психологічного функціонування в екстремальних умовах. Сучасна війна в Україні створює якісно нові психологічні стресори, що поєднують традиційні воєнні виклики (загроза життю, втрати, руйнування) з цифровими феноменами (інформаційна війна,

компульсивне споживання новин, вікарна травматизація) та екзистенційними кризами (невизначеність, руйнування базових припущень, пошук смислу). Вплив війни на різні виміри психічного здоров'я є диференційованим: найбільш вразливими є оволодіння середовищем та життєві цілі (за Ріфф), тоді як позитивні стосунки можуть навіть посилюватися через спільне переживання та взаємодопомогу. Це підкреслює необхідність персоналізованого підходу. Культурна специфіка українського контексту (колективізм, історична пам'ять, національна ідентичність, гендерна динаміка) суттєво модифікує прояви психологічного дистресу та шляхи відновлення. Соціальний та екзистенційний виміри мають особливе значення для українського населення порівняно з індивідуалістичними західними суспільствами.

Український досвід повномасштабної війни демонструє, що психічне здоров'я в екстремальних умовах є результатом складної взаємодії індивідуальних ресурсів, соціальної підтримки, культурних наративів та екзистенційних смислів. Ефективна підтримка психічного здоров'я населення вимагає не лише лікування симптомів, але й зміцнення всіх вимірів благополуччя через багаторівневі, культурно-адаптовані інтервенції.

1.2. Психологічні наслідки воєнних дій для психічного здоров'я: систематичний аналіз порушень когнітивного, емоційного та поведінкового функціонування

Повномасштабна війна, розпочата Російською Федерацією проти України 24 лютого 2022 року, стала найбільшою гуманітарною кризою в Європі з часів Другої світової війни. За даними ООН, станом на початок 2024 року понад 10 мільйонів українців стали внутрішньо переміщеними особами або біженцями [216]. Масштабні бойові дії, окупація територій, систематичні обстріли цивільних об'єктів, масові звірства створили безпрецедентну психологічну кризу в українському суспільстві.

«За нашими попередніми прогнозами на даний момент війни, надалі психологічної підтримки буде потребувати близько 15 млн українців, з них близько 3-4 млн потрібно буде призначати медикаментозне лікування», — сказав Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко, представляючи результати проведеного експрес-аудиту послуг для охорони психічного здоров'я, які надаються органами державної влади» [43].

Світова організація охорони здоров'я констатує, що війни та збройні конфлікти належать до найпотужніших факторів, що детермінують психічні розлади на популяційному рівні. Мета налізи досліджень наслідків воєн у різних регіонах світу демонструють, що поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед постраждалого цивільного населення коливається від 15% до 30%, тривожних розладів — від 20% до 40%, депресивних розладів — від 18% до 32% [218]. Ієрархія соціальних груп, які наразі найбільше потребують психологічної допомоги, майже не відрізняється від відповідей загалом. Так, на думку близько половини опитаних, найбільше наразі потребують психологічної допомоги ті самі військові, що були брали участь у бойових діях(51%), а також ті, хто втратили близьку людину через війну(48%). Цивільні з досвідом перебування в окупації 31% і цивільні, що перебували поблизу або безпосередньо у зоні активних бойових дій 29% станом на 2023 рік [11]. Отже, приблизно 12,7 мільйона людей потребуватимуть гуманітарної допомоги в Україні у 2025 році. У межах України близько 3,7 мільйона людей наразі вимушено переміщені зі своїх домівок, тоді як ще 6,9 мільйона українців шукали безпеки за кордоном, зокрема 6,3 мільйона по всій Європі, при цьому оцінки УВКБ ООН відзначають поточні та нові виклики, особливо у міру зростання вразливості з часом [186].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Попри зростаючу кількість досліджень, залишаються недостатньо вивченими: 1) особливості клінічної картини психічних розладів в умовах пролонгованої війни; 2) специфіка коморбідності психічних і соматичних розладів; 3) культурно-специфічні прояви психічної травми в українців; 4) ефективність різних моделей

психологічної допомоги в українському контексті; 5) довгострокові наслідки травматизації для психічного здоров'я нації. Наприклад, О. М. Кокун, В. В. Клочков, В. М. Мороз, І. О. Пішко та Н. С. Лозінська [14-16] у своєму методичному посібнику «Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій» (2022) детально розглядають теоретичні основи формування психологічної стійкості з урахуванням стресорів професійної діяльності, чинників та гендерних особливостей. Вони також презентують практичний досвід щодо формування психологічної стійкості особового складу в арміях провідних країн світу [19,20]. Наступним важливим дослідженням є кандидатська дисертація В. В. Клочкова «Розвиток психологічної стійкості військовослужбовців Сухопутних військ до дій у бойових умовах» (2022), в якій розглядаються методи та підходи до розвитку психологічної стійкості військовослужбовців, зокрема через тренінги та психокорекційні програми [12-13]. Щодо міжнародного досвіду, методичний посібник «Психологічне забезпечення Збройних Сил України» (2022) містить теоретичні основи системи психологічного забезпечення Збройних Сил України, особливості її організації з урахуванням видо-родової діяльності, а також представлений практичний досвід психологічного забезпечення, як армій провідних країн світу (США, Канада, Німеччина, Ізраїль), так і діяльності військ (сил) Збройних Сил України в російсько-українській війні [1].

До спектру психічних розладів у дорослого населення України в умовах війни відносимо: ПТСР, Тривожні розлади охоплюють широкий спектр станів: генералізований тривожний розлад (ГТР), панічний розлад, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад, депресивні розлади, адаптаційні розлади, соматоформні розлади, зловживання психоактивними речовинами, розлади горювання. З метою якісного дослідження ми виокремили групи підвищеного ризику: військовослужбовці та комбатанти, внутрішньопереміщені особи, медичні працівники, жінки, що пережили насильство, літні люди.

Комбатанти та військовослужбовці. Посттравматичний стресовий розлад є найбільш досліджуваним наслідком військових дій. За критеріями DSM-5 та МКХ-11, ПТСР діагностується за наявності травматичної події та специфічного симптомокомплексу: нав'язливих спогадів та флешбеків; уникнення нагадувань про травму; негативних змін у когніціях і настрої; гіперзбудження [40,41]. Дослідження О. Кокуна та співавторів (2023) серед військовослужбовців ЗСУ (n=1456) виявило повний ПТСР у 35% респондентів, часткові симптоми — у додаткових 22%. Міжнародне дослідження за участю українських військових показало преваленс ПТСР 38-45%. Дослідження дає значне розуміння того, як ці особисті характеристики впливають на результати здоров'я, та висвітлюють відмінності залежно від контексту військової служби. Результати показали, що поранені бійці демонстрували значно вищі рівні негативних показників психічного та фізичного здоров'я порівняно з елітними військовослужбовцями. Цей висновок узгоджується з попередніми дослідженнями, які вказували на те, що фізичні травми, отримані в бойових ситуаціях, можуть посилити психологічний дистрес та соматичні скарги [59,61-63,65]. Поранені комбатанти, які часто стикаються з тривалими періодами відновлення та потенційною довгостроковою інвалідністю, можуть відчувати підвищений стрес і тривогу, що сприяє вищому рівню симптомів ПТСР, виснаження та фізичних скарг. На противагу цьому, елітні бойові війська демонстрували вищий рівень стійкості, самоефективності, екстраверсії та емоційної стабільності, які визнаються захисними факторами від стресу та травми. Ці риси, ймовірно, дозволяють елітним бойовим військам ефективніше справлятися з вимогами бойових дій, зберігаючи своє психічне та фізичне здоров'я, незважаючи на складні умови [14-16].

Для елітних бойових військ стійкість та емоційна стабільність були ключовими предикторами зменшення симптомів ПТСР, що підкреслює багатогранний характер психологічної стійкості в цій групі. Так само, моделі, що прогнозують тиск фізичних скарг, підкреслили важливість стійкості та

сумлінності в елітних бойових військах, тоді як емоційна стабільність була єдиним предиктором для поранених комбатантів [10, 12-13]. Тому, українські дослідники відзначають специфічні риси ПТСР в умовах пролонгованої війни:

1. Хронічний характер: На відміну від гострого ПТСР після одиначної травми, триває множинна ретравматизація через постійні обстріли, повітряні тривоги, новини про загибель [16].

2. Комплексна травма: Поєднання військової травми з втратою близьких, житла, соціального статусу, що ускладнює клінічну картину [19].

3. Відстрочений розвиток: У частини осіб ПТСР маніфестує не одразу, а через 6-12 місяців після травматичної події, що пов'язано з механізмами психологічного захисту [20].

4. Соматизація: Українська культура характеризується схильністю до соматизації психологічного дистресу, тому ПТСР часто маскується соматичними скаргами [16].

Комбатанти. Специфіка: Пряма участь у бойових діях, загроза життю, свідчення смерті та поранень побратимів, моральні травми (moral injury) через необхідність вбивати. Психічні розлади: ПТСР: 35-45%; депресія: 25-30%; зловживання ПАР: 18-22%; суїцидальні думки: 12-15% [16;3-31;11] Бар'єри до отримання допомоги: стигматизація ("справжній воїн не скаржиться"); страх втратити посаду або дискваліфікації; недовіра до цивільних психологів ("вони не розуміють війни"); географічна недоступність у зонах бойових дій [6]

Біженці та Внутрішньо переміщені особи (ВПО). Вперше у своїй новітній історії Україна зіткнулася зі збройним конфліктом на своїй землі, що супроводжується серйозними викликами для задоволення потреб у сфері охорони здоров'я та соціального обслуговування. Через 18 місяців, Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини (УВКПЛ) оцінило 37 922 жертви серед цивільного населення – 11 979 загиблих та 25 943 поранених (УВКПЛ, 2024). За даними Агентства ООН у справах біженців,

станом на листопад 2024 року в Україні проживає майже 4 мільйони внутрішньо переміщених осіб, а також 6,8 мільйона біженців, переважно в Німеччині, Польщі та Росії (Агентство ООН у справах біженців, 2024). В Україні національна стійкість спочатку була високою завдяки зростанню єдності та міжнародній підтримці. Однак з часом вона знизилася через тривалий конфлікт, втому від війни та зниження довіри до уряду [164] Цій групі осіб характерні тривожні депресивні, адаптаційні, соматофорні розлади. Тривожні розлади охоплюють широкий спектр станів: генералізований тривожний розлад (ГТР), панічний розлад, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад. З лютого 2022 року – і станом на липень 2025 року – лише в Європі зафіксовано понад п'ять мільйонів українських біженців, ще 560 000 були переміщені в інші частини світу. Національне дослідження психічного здоров'я (2023) виявило клінічно значущі тривожні симптоми у 38% дорослого населення України. Дослідження Gradus Research «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни» опубліковано 28 березня 2024 року показало, що 43% українців відчувають постійну тривогу [33; 31].

Депресивні розлади включають великий депресивний розлад (ВДР), персистуючий депресивний розлад (дистимію), адаптаційні розлади з депресивною симптоматикою. До їх специфічних проявів відносимо:

Антиципаційна тривога: Постійне очікування ракетних ударів, повітряних тривог, що призводить до хронічної гіперактивації симпатичної нервової системи. Тривога розлуки: Особливо характерна для родин військових та осіб, що пережили окупацію — страх втратити близьких. Специфічні фобії: акустикофобія (страх звуків, що нагадують вибухи), клаустрофобія (після перебування в укриттях), амаксофобія (страх їзди в транспорті через ризик обстрілів) [7,8, 76-78, 84,85,89,216].

Станом на 2024 рік 38 % респондентів мали високий ризик депресії (оцінка за шкалою PHQ-2 3+). Про ці симптоми частіше повідомляли жінки (42%) та особи з інвалідністю, про яку вони самі повідомляли (45%). Найвищий рівень

симптомів депресії був серед ВПО (50%), далі йдуть особи, що повернулися (42%), та особи, які не переміщені (35%). [114].

Частка респондентів, які повідомили про наявність симптомів депресії, була найвищою серед ВПО (50%), далі йдуть особи, що повернулися (42%), та особи, які не є переміщеними особами (35%). Ці частки збільшувалися коли переміщення поєднувалося з іншими характеристиками, зокрема статтю респондента та, у випадку тих, хто повернувся, часом з моменту повернення. Гендерні відмінності в поширеності симптомів депресії були відносно невеликими серед ВПО (53 % жінок та 46 % чоловіків) [74;114]. Однак серед повернених осіб та непереміщеного населення жінки приблизно на третину частіше повідомляли про симптоми депресії: жінок, які повернулися, відчували симптоми депресії, порівняно з 34 відсотками чоловіків, які повернулися і жінок, які не переміщені, відчували симптоми депресії, порівняно з 30 відсотками непереміщених чоловіків. М. Панов досліджував психокорекційну роботу професійної реадaptaції внутрішньопереміщених осіб. Пов'язані з адаптацією особистості до нових умов життя, з кардинальною перебудовою психологічних якостей особистості, поведінки й діяльності суб'єкта адаптації у відповідь на вимоги нового соціального оточення та зміни самого середовища в процесі задоволення адаптивної потреби вимушеного мігранта з метою їх повноцінної взаємної діяльності та розвитку. Психологічні проблеми та психічні розлади вимушених мігрантів мають комплексний характер, торкаючись всіх основних сфер особистості: емоційної, когнітивної, поведінкової, мотиваційно-потребової, комунікативної [23;25].

Дослідження ВОЗ у співпраці з МОЗ України (2023) показало 22% серед ВПО із зони активних бойових дій [217]. Цивільні особи з деокупованих територій: Попередні дані досліджень у Київській, Чернігівській, Сумській областях вказують на 25-30% з ПТСР, особливо серед тих, хто пережив насильство або утримання [218]. Цивільне населення прифронтових територій: Дослідження у Донецькій та Луганській областях (2023, n=1124) виявило ПТСР

у 15-18% респондентів [8]. Дослідження у Харківській області (2024) — 21% [25;62;].

Аналіз наукових підходів до дослідження особливостей проявів психологічних станів біженців в умовах війни виявляє значний вплив військових дій на психічне здоров'я переміщених осіб. [3]. Дослідники О.Берегова та К.Коваль зазначали, що стресостійкість біженців є основним фактором, що визначає їхню здатність адаптуватися до нових життєвих умов. Війна та вимушена міграція створюють значний психологічний тиск, що впливає на психоемоційний стан людей. Основні чинники, які визначають рівень стресостійкості, включають індивідуальні психологічні особливості, наявність підтримки з боку родини та громади, особистий досвід подолання кризових ситуацій, а також рівень життєстійкості (resilience). Люди, які мали попередній досвід подолання труднощів або володіють високим рівнем емоційної регуляції, легше адаптуються до змін та швидше знаходять стратегії виходу з кризових ситуацій. Водночас, особи з низькою стресостійкістю можуть зазнавати тривожних розладів, депресії або розладів адаптації [4, с. 115].

Біженці, які тривалий час перебувають у стані стресу, поступово втрачають здатність радіти життю, їхня мотивація слабшає, а емоційні реакції стають менш виразними. Такий стан супроводжується постійною втомою, апатією, відчуттям безнадії та втратою сенсу життя. На думку дослідників О.Чабан та О.Хаустова емоційне виснаження часто переходить у депресивні розлади. Симптомами депресії можуть бути втрата інтересу до життя, порушення сну, зниження енергії, проблеми з концентрацією уваги, почуття провини або власної непотрібності. [2;4;23;27;38]

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) Специфіка: Втрата дому, роботи, соціальних зв'язків; необхідність адаптуватися до нового середовища; часто — травматичний досвід евакуації.

Психічні розлади: Тривожно-депресивні розлади: 22-38%; ПТСР: 18-22%; адаптаційні розлади: 15-20% [29, 216] Додаткові стресори: Фінансова нестабільність (74% ВПО втратили основне джерело доходу); житлові проблеми; стигматизація з боку приймаючих громад; розрив сімейних зв'язків [30]

Адаптаційні розлади. Адаптаційні розлади діагностуються у осіб, що переживають значний стрес, але не відповідають повним критеріям ПТСР чи ВДР. За даними досліджень, 15-20% ВПО та 10-15% населення, що залишилося на підконтрольних Україні територіях, мають адаптаційні розлади [32].

Соматоформні розлади. Соматизація психологічного дистресу є характерною для української культури. Дослідження у Львівській області (2023) виявило соматоформні симптоми у 17% респондентів, причому більшість не усвідомлювала психологічну природу скарг [32]. Типові прояви: кардіологічні (кардіалгії, аритмії психогенної природи);гастроентерологічні (синдром подразненої кишки, диспепсія);неврологічні (головний біль напруження, конверсійні симптоми);дерматологічні (псоріаз, екзема на тлі стресу).

Зловживання психоактивними речовинами (ПАР)

Війна призвела до зростання вживання алкоголю, тютюну, медикаментів (особливо бензодіазепінів). Виявлено: зростання вживання алкоголю на 34% (особливо серед чоловіків 25-45 років); збільшення кількості палять на 28%; неконтрольоване вживання бензодіазепінів та снодійних у 15% населення; зловживання ПАР серед комбатантів: 18-22% [32,216-218]

Розлади горювання спостерігаються у родин загиблих та зниклих безвісти: досвід проживання втрати близької людини внаслідок російсько-української війни, виявити основні проблеми, з якими зіштовхуються близькі загиблих військових, і сформувані розуміння, в який спосіб їх можна підтримати. Всього в рамках дослідження було проведено 15 глибинних інтерв'ю[8]. Ускладнене горе (Prolonged Grief Disorder за DSM-5-TR) діагностується у значної частини родин загиблих військових та цивільних. Дослідження показало: 50% вдів мають ускладнене горе через 12+ місяців; 45% батьків загиблих не можуть адаптуватися

до втрати. Особливо важка ситуація у родинах зниклих безвісти (невизначеність унеможливорює завершення гору) [8]

Стосовно груп підвищеного ризику, сюди відносимо:

Медичні працівники, де є специфіка -робота з масовими втратами, дефіцит ресурсів, загроза власному життю (обстріли медзакладів), моральний дистрес через необхідність робити тріаж. Психічні розлади: синдром емоційного вигорання: 40-60%; ПТСР: 15-25%; тривожні та депресивні розлади: 30-45% [11,32] Жінки, що пережили сексуальне насильство. Тут специфіка: систематичне використання сексуального насильства як зброї війни російськими військами.

Психічні розлади: ПТСР: 55-70%; депресія: 60-75%; суїцидальність: 25-30%, комплексна травма з дисоціативними симптомами [32,37,38] Бар'єри: екстремальна стигматизація; страх розголосу; недовіра до правоохоронних органів; відсутність спеціалізованих служб Літні особи і специфіка: низька мобільність (важко евакуюватися), хронічні захворювання, соціальна ізоляція, менші адаптаційні ресурси. Психічні розлади: депресія: 35-45% (вдвічі вище за молодші вікові групи); тривожні розлади: 28-35%; когнітивні порушення (прогресування деменції на тлі стресу) [32,37]

Отже, війна в Україні створила безпрецедентну кризу психічного здоров'я. За консервативними оцінками, понад 10 млн українців (25-30% дорослого населення) потребують психологічної або психіатричної допомоги. Найбільш вразливі групи — комбатанти (35-45% з ПТСР), ВПО (22-38% з тривожно-депресивними розладами), родини загиблих (до 50% з ускладненим горем), особи з деокупованих територій.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз у межах першого розділу дозволив глибоко осмислити багатовимірність поняття психічного здоров'я дорослої особистості та ті складні зміни, яких зазнає психіка внаслідок війни. Психічне здоров'я постає не лише як відсутність психопатології, але як цілісний стан

внутрішньої рівноваги, здатності до саморегуляції, емоційної стійкості, автономії, відчуття особистісної компетентності та наявності життєвих смислів. У роботі підкреслено, що психічне здоров'я включає когнітивну, емоційну, поведінкову, соціальну та екзистенційну складові — кожна з яких виконує важливу адаптивну функцію і забезпечує здатність дорослої людини ефективно діяти в умовах невизначеності та стресу .

Аналіз психологічних наслідків війни засвідчив, що воєнні події діють як багаторівневий травмувальний чинник, який уражає практично всі сфери функціонування психіки. У розділі наведено дані про те, що війна призводить до зростання частоти депресивних, тривожних і стресових розладів, погіршує когнітивні процеси (увагу, пам'ять, здатність концентруватися), підсилює емоційну нестабільність, формує почуття безпорадності, виснаження та хронічної напруги. Систематизовані джерела підтверджують, що у цивільного населення значно підвищується ризик розвитку ПТСР, соматизації, порушень сну, дереалізації та тривалого виснаження нервової системи .

Особливо підкреслено екзистенційний вимір психічних змін, оскільки війна руйнує базові переконання про безпеку, передбачуваність світу та контроль над життям. У роботі наголошено, що втрата відчуття стабільності, межового досвіду небезпеки, загроза життю та вимушена адаптація до постійної невизначеності формують глибоку екзистенційну кризу. Це проявляється у зниженні життєвої мотивації, втраті сенсу, порушенні ідентичності, звуженні інтересів та зменшенні внутрішніх ресурсів для саморегуляції та дії.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що війна виступає потужним стресором, який чинить комплексний вплив на психіку дорослих, змінюючи її структуру на багатьох рівнях — емоційному, когнітивному, поведінковому та смислового. Порушення психічного здоров'я в умовах війни мають системний характер і можуть проявлятися навіть у людей без попередньої схильності до психічних розладів.

Розділ 1 показує, що для розуміння психічного стану дорослої людини в екстремальних умовах необхідно враховувати не лише симптоми, але і внутрішню картину переживань — смислову сферу, досвід втрати, рівень життєвої залученості та здатність підтримувати емоційний баланс. Це створює теоретичне підґрунтя для подальшого аналізу інтересів особистості як потенційного ресурсу психологічної стійкості та відновлення, що стане предметом дослідження у наступному розділі.

РОЗДІЛ 2. СПОСОБИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: РОЛЬ ІНТЕРЕСІВ У МОДЕЛЯХ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ

2.1. Науково обґрунтовані стратегії збереження психічного здоров'я в умовах воєнного конфлікту: багаторівневий підхід

Воєнний конфлікт створює комплексну систему стресорів, що впливають на психічне здоров'я населення на різних рівнях – від індивідуального до суспільного. Сучасні дослідження демонструють необхідність застосування інтегрованого багаторівневого підходу до збереження психічного здоров'я в умовах війни, що враховує як індивідуальні копінг-стратегії, так і системні організаційні та суспільні інтервенції [96].

Багаторівнева модель психологічної підтримки в умовах воєнного конфлікту базується на розумінні того, що психічне здоров'я формується через взаємодію біологічних, психологічних, соціальних та культурних факторів. Індивідуальний рівень: стратегії особистісної резильєнтності На індивідуальному рівні ключовим завданням є формування та зміцнення психологічної резильєнтності – здатності особистості адаптуватися до травматичного досвіду та відновлюватися після нього. Резильєнтність не є статичною характеристикою, а динамічним процесом, що може розвиватися та посилюватися через цілеспрямовані інтервенції [50]. Когнітивно-поведінкові стратегії становлять основу індивідуальних інтервенцій у воєнному контексті. Дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для осіб, що пережили воєнну травму, демонструють значне зниження симптомів ПТСР, депресії та тривоги [66]. Ключові компоненти КПТ включають психоедукацію про нормативні реакції на травму, техніки когнітивної реструктуризації для модифікації дисфункційних переконань, експозиційну терапію для опрацювання травматичних спогадів та навчання навичкам регуляції емоцій.

Метакогнітивна терапія представляє сучасний підхід до роботи з травматичним стресом, що фокусується не на зміні змісту думок, а на

модифікації метакогнітивних переконань та стратегій контролю уваги. Дослідження продемонстрували високу ефективність метакогнітивної терапії у лікуванні ПТСР, при цьому терапевтичні ефекти досягалися швидше порівняно з традиційною КПТ [223]. Метакогнітивні техніки включають тренування відкладеної обробки травматичних спогадів (postponement), модифікацію уваги (attention training technique) та детачед майндфулнес (detached mindfulness).

Гросс виділяє два основні типи стратегій емоційної регуляції: антецедентно-фокусовані (що запобігають виникненню негативних емоцій) та реакційно-фокусовані (що модулюють емоційну відповідь після її виникнення) [86]. В умовах війни особливо ефективними виявляються антецедентно-фокусовані стратегії, зокрема когнітивна переоцінка ситуації, що дозволяє інтерпретувати стресові події у менш загрозливому ключі [213,214].

Практики усвідомленості (майндфулнес) демонструють значний потенціал у зменшенні симптомів травматичного стресу та підвищенні психологічного благополуччя. Систематичний огляд Boyd et al. (2018) виявив, що майндфулнес-базовані інтервенції ефективно знижують симптоми ПТСР, депресії та тривоги у ветеранів війни та цивільних осіб, що пережили воєнну травму [53,54].

Інший дослідник наголошує на важливості інтеграції тілесних практик у терапію травми, зокрема йоги, дихальних вправ, прогресивної м'язової релаксації [219]. Емпіричні дослідження підтверджують ефективність йога-терапії у зниженні симптомів ПТСР та покращенні регуляції автономної нервової системи [64].

Міжособистісний рівень: соціальна підтримка та відновлення зв'язків. Соціальна підтримка виступає одним з найпотужніших протективних факторів психічного здоров'я в умовах воєнного конфлікту. Мета-аналіз [56] та подальші дослідження підтверджують, що якість соціальної підтримки є сильнішим предиктором розвитку ПТСР після травми, ніж інтенсивність самої травматичної події.

Сімейні інтервенції представляють критично важливий компонент психологічної підтримки, оскільки воєнна травма впливає не лише на безпосередніх постраждалих, але й на їхні сім'ї. Дослідження вторинної травматизації демонструють, що члени сімей осіб з ПТСР часто переживають значний дистрес та можуть розвивати власні симптоми травматичного стресу [69]. Сімейна когнітивно-поведінкова терапія та структурована сімейна терапія показують ефективність у покращенні функціонування сім'ї, зниженні конфліктності та підвищенні якості підтримки [152-156].

Групові форми психологічної підтримки мають унікальні терапевтичні фактори, особливо релевантні для осіб, що пережили воєнну травму. Ялом і ін. [234] описують універсальність досвіду, взаємну підтримку, альтруїзм та інстиляцію надії як ключові лікувальні фактори групової терапії. Специфічні групові програми для ветеранів та цивільних осіб, що пережили війну, демонструють ефективність у зниженні симптомів ПТСР, покращенні соціального функціонування та зменшенні почуття ізоляції [196].

Програми взаємної підтримки базуються на принципі, що особи з досвідом подолання подібних труднощів можуть надавати унікальну форму підтримки та слугувати моделлю успішного відновлення. Систематичний огляд Lloyd-Evans et al. (2014) виявив позитивні ефекти peer support у покращенні надії, емпатерменту та соціального функціонування. В умовах воєнного конфлікту програми взаємної підтримки ветеранів та внутрішньо переміщених осіб показують високу прийнятність та ефективність [138,151]. Організаційний рівень охоплює інтервенції, що реалізуються в межах установ, організацій та громад. Workplace mental health interventions (інтервенції психічного здоров'я на робочому місці) набувають особливого значення в умовах війни [112].

Психологічна підтримка фахівців допомагаючих професій є критично важливою, оскільки медичні працівники, рятувальники, психологи, соціальні працівники перебувають у зоні високого ризику вторинної травматизації та професійного вигорання. Дослідження (2010) демонструють, що багаторівневі

програми профілактики вигорання, що поєднують індивідуальні (тренінг навичок копінгу) та організаційні компоненти (супервізія, ротація, адекватні умови праці), є найбільш ефективними [46].

Програми психологічної першої допомоги представляють доказовий підхід до надання ранньої підтримки особам, що пережили гостру травму. Такі програми не є психотерапією, а набором практичних дій для зниження початкового дистресу, задоволення базових потреб, підтримки адаптивного копінгу та з'єднання з ресурсами підтримки [171]. Важливою перевагою є можливість навчання непрофесіоналів, що дозволяє масштабувати надання базової психологічної підтримки.

Громадські центри та неурядові організації забезпечують важливі функції у наданні психосоціальної підтримки, особливо для вразливих груп населення. Community-based psychosocial support programs (громадські програми психосоціальної підтримки) використовують культурно адаптовані підходи, залучають місцевих лідерів та волонтерів, що підвищує доступність та прийнятність допомоги [208-211]. Такі програми часто інтегрують психологічну підтримку з наданням практичної допомоги, що відповідає потребам населення в умовах гуманітарної кризи.

Суспільний рівень передбачає розробку та імплементацію національних стратегій, політик та програм збереження психічного здоров'я населення під час війни та в постконфліктний період. Національні політики психічного здоров'я мають забезпечувати системний підхід до профілактики, раннього виявлення та лікування психічних розладів, спричинених воєнним конфліктом [159-160, 162,163]. Інтеграція послуг психічного здоров'я в первинну медичну допомогу є ключовою стратегією підвищення доступності та зменшення стигми[120]. В умовах війни, коли спеціалізована психіатрична допомога може бути недоступною, інтеграція базових психологічних інтервенцій у первинну ланку стає критично важливою.

Антистигматизаційні кампанії є необхідним компонентом національних стратегій, оскільки стигма щодо психічних розладів залишається значним бар'єром у зверненні за допомогою[39]. Дослідження Thornicroft et al. (2016) виділяють три ключові компоненти ефективних антистигматизаційних програм: освіта (надання точної інформації про психічні розлади), контакт (безпосередня взаємодія з особами, що мають досвід психічних розладів та успішного відновлення) та протест (проти дія дискримінаційним практикам)[207]. В українському контексті важливо нормалізувати психологічні реакції на війну та підкреслювати, що звернення за допомогою є ознакою відповідальності, а не слабкості.

Моніторинг та епідеміологічні дослідження психічного здоров'я населення дозволяють оцінити масштаби проблеми, ідентифікувати групи ризику та адаптувати інтервенції відповідно до потреб. Регулярні популяційні опитування психічного здоров'я, створення реєстрів осіб з психічними розладами, моніторинг суїцидальної поведінки забезпечують evidence-based основу для планування послуг [200]. Підготовка фахівців та розбудова спроможності системи психічного здоров'я представляє довгострокову інвестицію у збереження психічного здоров'я нації. Task-shifting підхід, коли базові психологічні інтервенції надаються непрофесійними працівниками після короткострокового навчання, дозволяє масштабувати надання допомоги в умовах обмежених ресурсів [220]. Програми навчання psychological first aid, базових консультативних навичок, скринінгу психічних розладів для медичних працівників, вчителів, соціальних працівників розширюють мережу підтримки психічного здоров'я.

Культурна адаптація психологічних інтервенцій є необхідною умовою їх ефективності. Західні моделі психотерапії не можуть механічно переноситися в інші культурні контексти без врахування локальних уявлень про психічне здоров'я, норм виразу емоцій, традиційних практик подолання стресу [127-128]. В українському контексті культурна адаптація передбачає інтеграцію

українських культурних цінностей (колективізм, сімейна підтримка, духовність), використання зрозумілої мови (уникнення надмірної психологічної термінології), врахування історичного травматичного досвіду. Дослідження в різних культурних контекстах демонструють, що релігійний копінг, молитва, участь у релігійних ритуалах асоціюються з кращими показниками психічного здоров'я після травми [157]. Інтеграція співпраці з релігійними лідерами та громадами у систему психологічної підтримки може підвищити охоплення та прийнятність допомоги, особливо серед старшого покоління. Гендерно-чутливі інтервенції адаптують зміст та методи надання допомоги відповідно до гендерних особливостей та потреб [209].

Робота з втратою та горюванням представляє особливий виклик в умовах війни, де смерть близьких відбувається раптово, часто супроводжується невизначеністю (зниклі безвісти, полонені), відсутністю можливості провести традиційні поховальні ритуали. *Complicated grief therapy* (терапія ускладненого горя) демонструє ефективність у роботі з пролонгованим горем, що не вирішується природним чином [192]. Інтервенції включають експозицію до спогадів про померлого, когнітивну реструктуризацію дисфункційних переконань про втрату, відновлення зв'язку з життям та майбутніми цілями.

Координаційні механізми включають створення міжвідомчих робочих груп, розробку спільних протоколів та стандартів, впровадження систем направлення між рівнями допомоги, спільний моніторинг та оцінку програм[109].

Континуум допомоги від ранньої підтримки до довгострокового лікування передбачає різні інтервенції на різних етапах після травматичної події. В довгостроковій перспективі необхідні програми відновлення, реінтеграції, профілактики хронічних психічних розладів [97-98]. Регулярний моніторинг процесу імплементації, оцінка досягнення цілей, вивчення досвіду користувачів дозволяють своєчасно виявляти проблеми та адаптувати програми. *Implementation science* забезпечує методологічну основу для ефективного

впровадження evidence-based інтервенцій у реальні умови практики з урахуванням контекстуальних факторів, організаційної готовності, ресурсних обмежень [163].

Отже, багаторівневий підхід до збереження психічного здоров'я в умовах воєнного конфлікту інтегрує науково обґрунтовані стратегії на індивідуальному, міжособистісному, організаційному, суспільному та культурному рівнях [165-168].

2.2. Інтереси особистості як чинник психологічної резиліентності: теоретичні моделі та емпіричні дані

Психологічна резиліентність як здатність особистості протистояти несприятливим обставинам, адаптуватися до стресових ситуацій та відновлюватися після травматичних подій є предметом інтенсивних наукових досліджень упродовж останніх десятиліть. Традиційно дослідники фокусувалися на вивченні темпераментних характеристик, копінг-стратегій, соціальної підтримки та когнітивних факторів резиліентності. Водночас, роль інтересів особистості як потенційного чинника психологічної резиліентності залишається недостатньо вивченою, попри наявність теоретичних передумов та емпіричних свідчень їх значущості для психологічного благополуччя та адаптації.

Інтереси особистості визначаються як відносно стійкі паттерни уподобань щодо активностей, середовищ та результатів діяльності, що мотивують поведінку та спрямовують увагу і зусилля індивіда [170]. На відміну від здібностей, що відображають "що особа може робити", інтереси вказують на "що особа хоче робити", тобто представляють мотиваційні аспекти особистості. Сучасні дослідження демонструють, що інтереси пов'язані не лише з професійним вибором та задоволеністю працею, але й з ширшими аспектами психологічного функціонування, включаючи суб'єктивне благополуччя, сенс життя та адаптивність до змін.

Теоретичні основи зв'язку інтересів та резилієнтності. Концептуальний зв'язок між інтересами особистості та психологічною резилієнтністю може бути обґрунтований через декілька теоретичних перспектив. Теорія самодетермінації [68] постулює, що задоволення базових психологічних потреб в автономії, компетентності та взаємозв'язку є необхідною умовою психологічного благополуччя та ефективного функціонування. Інтереси, як внутрішньо мотивовані схильності до певних активностей, представляють природний механізм задоволення цих потреб. Заняття діяльністю, що відповідає інтересам особистості, забезпечує відчуття автономії (вільний вибір активності), компетентності (розвиток майстерності у цікавій сфері) та взаємозв'язку (контакт з іншими людьми, що поділяють подібні інтереси).

Концепція психологічних ресурсів у теорії збереження ресурсів [97,98] надає додаткову теоретичну рамку для розуміння ролі інтересів у резилієнтності. Згідно з цією теорією, індивіди прагнуть накопичувати та захищати ресурси – об'єкти, стани, умови та енергії, що мають цінність. Стрес виникає, коли ресурси втрачаються або знаходяться під загрозою втрати. Інтереси можуть функціонувати як особистісні ресурси через декілька механізмів: вони забезпечують доступ до позитивних емоцій та станів потоку, сприяють накопиченню компетенцій та соціального капіталу, створюють альтернативні джерела ідентичності та самооцінки, що не залежать від конкретних стресових обставин.

Теорія "broaden-and-build" позитивних емоцій [82,83] Фредріксон Б. пропонує механізм, через який інтереси можуть підвищувати резилієнтність. Він стверджує, що позитивні емоції розширюють репертуар думок та дій індивіда і сприяють побудові тривалих особистісних ресурсів – фізичних, інтелектуальних, соціальних та психологічних. Заняття діяльністю, що відповідає інтересам, генерує позитивні емоції (задоволення, захоплення, радість), які, в свою чергу, розширюють когнітивні можливості, підвищують креативність у вирішенні

проблем, посилюють соціальні зв'язки та будують психологічні ресурси, що можуть бути мобілізовані під час стресу.

Концепція "calling" (покликання) в позитивній психології додає екзистенційний вимір до розуміння ролі інтересів. Дослідники визначають покликання як сприйняття певної життєвої ролі або кар'єри як глибоко осмисленої та такої, що відповідає справжньому "я" особистості [73]. Коли інтереси переростають у відчуття покликання, вони стають джерелом глибокого сенсу життя, що є потужним протективним фактором проти екзистенційного дистресу та депресії, особливо в умовах травматичних подій, коли питання сенсу життя набувають особливої гостроти.

Нейробіологічна перспектива надає додаткові пояснення механізмів, через які інтереси можуть підвищувати резилієнтність. Дослідження з використанням функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ) демонструють, що заняття діяльністю, що відповідає інтересам особистості, активує мезолімбічну дофамінергічну систему винагороди, зокрема вентральну тегментальну область та прилегле ядро [88].

Емпіричні дослідження зв'язку інтересів та психологічного благополуччя. Емпіричні дослідження надають переконливі свідчення зв'язку між інтересами особистості та різними аспектами психологічного благополуччя, що є проксимальними індикаторами резилієнтності. Лонгітюдне дослідження [155] на великій вибірці дорослих продемонструвало, що конгруентність між інтересами особистості та характеристиками робочого середовища (відповідно до моделі Holland) позитивно пов'язана з суб'єктивним благополуччям, задоволеністю життям та відсутністю симптомів депресії навіть після контролю впливу особистісних рис Великої П'ятірки. Це свідчить про те, що інтереси мають унікальний вклад у психологічне благополуччя, незалежний від інших особистісних характеристик.

Дослідження виявило, що наявність чітко диференційованого профілю інтересів (коли особа має виразні переваги щодо певних типів активностей)

асоціюється з вищими рівнями самооцінки, самоефективності та нижчими рівнями тривоги у підлітків. Автори інтерпретують ці результати в контексті теорії ідентичності, припускаючи, що чіткі інтереси сприяють формуванню когерентної ідентичності, що є протективним фактором для психологічного здоров'я в період розвитку [100].

Мета-аналіз [226] що включав 60 досліджень, продемонстрував помірні до сильних кореляції між конгруентністю інтересів і професійного середовища та різними показниками благополуччя: задоволеністю працею ($r = 0.25$), залученістю в роботу ($r = 0.31$) та відсутністю намірів звільнитися ($r = 0.19$). Оскільки професійна діяльність займає значну частину життя дорослої людини, ці знахідки мають важливі імплікації для загального психологічного благополуччя та здатності справлятися зі стресорами в інших сферах життя.

Дослідження в контексті позитивної психології демонструють, що використання сильних сторін характеру (character strengths), які тісно пов'язані з інтересами, асоціюється з вищою резилієнтністю. Дослідники [144] виявили, що використання сильних сторін характеру опосередковує зв'язок між особистісними характеристиками та благополуччям після негативних життєвих подій. Особи, які регулярно використовують свої сильні сторони (що часто виражається через заняття діяльністю, що відповідає їхнім інтересам), демонструють швидше відновлення після стресових подій та нижчі рівні дистресу.

Інтереси як механізм копіngu та адаптації. Теоретичні та емпіричні роботи вказують на те, що інтереси можуть функціонувати як адаптивна копінг-стратегія в умовах стресу та травми. Концепція "захисної дії інтересів" (protective action of interests) припускає, що заняття цікавою діяльністю може слугувати формою emotion-focused копіngu, що забезпечує психологічну відстань від стресора та можливість для емоційного відновлення.

Дослідження [153] у вибірці студентів коледжу продемонструвало, що заняття хобі та діяльністю за інтересами функціонує як буфер проти негативного

впливу щоденних стресорів на психологічне благополуччя. Студенти, які регулярно займалися улюбленою діяльністю, демонстрували менший вплив стресових подій на настрій та самопочуття порівняно з тими, хто не мав регулярних занять за інтересами, навіть при контролі рівня стресу та особистісних характеристик.

Лонгітюдне дослідження [110] серед осіб, що пережили важкі життєві події (включаючи втрату близьких, серйозні захворювання, втрату роботи), виявило, що заняття дозвіллевою діяльністю за інтересами відіграло критичну роль у процесі подолання та відновлення. Учасники описували декілька механізмів, через які дозвілля за інтересами сприяло копінгу: надання тимчасової "відпустки" від стресових думок (*respite*), підтримання почуття контролю та компетентності (*sense of control*), збереження соціальних зв'язків (*social support*), підтримання позитивної ідентичності (*identity affirmation*).

Дослідження в контексті хронічних захворювань та інвалідності надають додаткові свідчення адаптивної ролі інтересів. Студія [140] серед осіб з ревматоїдним артритом виявила, що продовження занять улюбленою діяльністю (навіть у модифікованій формі) було сильним предиктором психологічної адаптації до хвороби. Особи, які знаходили способи підтримувати свої інтереси попри фізичні обмеження, демонстрували нижчі рівні депресії, вищу самооцінку та кращу якість життя порівняно з тими, хто відмовився від своїх інтересів через захворювання.

Концепція "serious leisure" та резилієнтність

Концепція "serious leisure" (серйозного дозвілля) [199] надає корисну рамку для розуміння особливо потужного впливу певних типів інтересів на резилієнтність. Серйозне дозвілля визначається як систематичне заняття аматорською, волонтерською або хобі-діяльністю, що є достатньо суттєвим та цікавим для індивіда, щоб знаходити в ньому кар'єру, набувати і виражати поєднання його спеціальних навичок, знань та досвіду. На відміну від "casual leisure" (випадкового дозвілля), що є короткостроковим та гедоністичним, серйозне

дозвілля характеризується персеверацією (наполегливістю у подоланні труднощів), розвитком особистої кар'єри в цій сфері, значними особистими зусиллями, довготривалими благами (самоактуалізація, самозбагачення, відновлення себе, почуття досягнення), унікальним етосом та ідентичністю.

Емпіричні дослідження серйозного дозвілля демонструють його зв'язок з різними аспектами психологічного здоров'я та резиліентності. Дослідження [94] виявило, що заняття серйозним дозвіллям асоціюється з вищими рівнями евдемонічного благополуччя (сенс життя, особистісний ріст, самоприйняття) порівняно з випадковим дозвіллям, навіть після контролю часу, витраченого на дозвілля. Автори припускають, що саме характеристики серйозного дозвілля – зокрема, розвиток майстерності, інвестиція зусиль, приналежність до спільноти однодумців – створюють психологічні ресурси, що підвищують резиліентність.

Дослідження [148] серед пожилих людей продемонструвало, що заняття серйозним дозвіллям функціонує як протективний фактор проти когнітивного зниження та депресії. Особи, які підтримували довготривале заняття інтелектуально або творчо складною дозвіллевою діяльністю (наприклад, гра на музичних інструментах, живопис, шахи, волонтерство), демонстрували кращі когнітивні функції та психологічне благополуччя порівняно з контрольною групою, що може інтерпретуватися як вища резиліентність до вікових змін.

Соціальні аспекти інтересів та резиліентність

Важливим, але часто недооціненим аспектом зв'язку інтересів з резиліентністю є соціальний вимір інтересів. Багато інтересів реалізуються в соціальному контексті – через клуби за інтересами, спортивні команди, творчі колективи, волонтерські організації, онлайн-спільноти. Ці соціальні мережі, побудовані навколо спільних інтересів, можуть функціонувати як важливе джерело соціальної підтримки, що є одним з найсильніших предикторів резиліентності. Дослідження [91] в контексті теорії соціальної ідентичності продемонструвало, що приналежність до груп за інтересами та ідентифікація з ними є протективним фактором психічного здоров'я. У лонгітюдному дослідженні виявилось, що

кількість групових ідентичностей, які людина підтримує, предиктує зниження ризику депресії після травматичних подій. Групи за інтересами надають не лише інструментальну та емоційну підтримку, але й сенс приналежності, взаємного визнання та колективних ресурсів для копіngu.

Дослідження [169] серед літніх дорослих виявило, що соціальні контакти в контексті дозвілля за інтересами мають сильніший позитивний вплив на благополуччя порівняно з іншими типами соціальних контактів (родинними, сусідськими). Автори пояснюють це тим, що взаємодії в контексті спільних інтересів є менш обтяженими зобов'язаннями та конфліктами, більш орієнтованими на позитивний досвід та взаємне задоволення, що створює особливо якісну форму соціальної підтримки.

Розвиток та зміна інтересів як показник адаптивності

Здатність до розвитку нових інтересів або адаптації наявних інтересів до змінених обставин може розглядатися як показник і механізм резилієнтності одночасно. У дослідженні дорослих [139], які пережили важкі життєві переходи (вихід на пенсію, втрата близьких, переїзд), виявили, що розвиток нових інтересів або поглиблення раніше периферійних інтересів функціонувало як адаптивна стратегія, що сприяла успішному подоланню переходу. Нові інтереси забезпечували альтернативні джерела ідентичності, структурували час, створювали можливості для нових соціальних зв'язків та відчуття майстерності. Концепція "interest flexibility" (гнучкості інтересів) відноситься до здатності особистості адаптувати способи реалізації своїх інтересів відповідно до обмежень або можливостей середовища. Дослідження [90, 89] в контексті освіти продемонструвало, що студенти з вищою гнучкістю інтересів (здатністю знаходити цікаві аспекти в різноманітних темах та контекстах) демонстрували кращу академічну адаптацію, нижчі рівні стресу та вищу академічну успішність. Це припускає, що гнучкість інтересів може функціонувати як адаптивна особистісна характеристика, що підвищує резилієнтність у різних життєвих контекстах.

Інтереси в контексті травми та посттравматичного зростання

Особливо цікавим є потенціал інтересів у контексті не лише відновлення після травми, але й посттравматичного зростання – позитивних психологічних змін, що можуть відбутися внаслідок боротьби з важкими життєвими обставинами [206]. Дослідження демонструють, що повернення до раніше занедбаних інтересів або розвиток нових інтересів може бути як індикатором, так і механізмом посттравматичного зростання.

Дослідження [185] серед онкологічних пацієнтів виявило, що розвиток нових інтересів та активне заняття цікавою діяльністю під час та після лікування були асоційовані з вищими рівнями посттравматичного зростання, зокрема в доменах "нові можливості" та "особистісна сила". Автори припускають, що заняття новими інтересами може представляти конкретну поведінкову реалізацію когнітивних змін, пов'язаних з посттравматичним зростанням, таких як переоцінка життєвих пріоритетів та відкритість до нового досвіду.

Якісне дослідження [92] серед ветеранів з ПТСР виявило, що творчі інтереси та активності (писання, малювання, музика) відігравали важливу роль як у процесі опрацювання травматичного досвіду, так і в побудові нового сенсу після травми. Учасники описували творчу діяльність як безпечний простір для вираження травматичних переживань, спосіб інтеграції травматичного досвіду в життєву нарративу та джерело нової ідентичності, не центрованої на травмі.

Нейробіологічні механізми впливу інтересів на стресостійкість. Сучасні нейробіологічні дослідження надають додаткові пояснення механізмів, через які інтереси можуть підвищувати резилієнтність на фізіологічному рівні. Дослідження [136] з використанням фМРТ продемонструвало, що під час виконання завдань, що відповідають інтересам особистості, спостерігається підвищена активація префронтальної кори (зокрема, дорсолатеральної префронтальної кори), що асоціюється з покращеною виконавчою функцією та регуляцією емоцій. Ця знахідка припускає, що заняття цікавою діяльністю може

тренувати нейронні мережі, що відповідають за когнітивний контроль та емоційну регуляцію – ключові компоненти резилієнтності.

Дослідження впливу дозвілля за інтересами на стресову реактивність демонструє, що регулярне заняття цікавою діяльністю асоціюється з нижчою реактивністю гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (ГГН-осі) на стресори. Steptoe et al. (2016) Дослідники виявили, що особи, які регулярно займалися дозвіллевою діяльністю за інтересами, демонстрували нижчі базові рівні кортизолу та меншу кортизолову відповідь на лабораторний стресор порівняно з контрольною групою [204]. Хронічно підвищена активність ГГН-осі пов'язана з негативними наслідками для здоров'я, тому модуляція стресової реактивності через заняття інтересами може мати довгострокові захисні ефекти.

Дослідження впливу інтересів на нейропластичність припускає, що довготривале заняття складною діяльністю за інтересами може сприяти структурним змінам мозку, що підвищують когнітивний резерв. Тут продемонстровано, що навчання складної нової навички у дорослому віці (жонглювання) призводить до збільшення сірої речовини в релевантних областях мозку [54]. Екстраполюючи ці знахідки, можна припустити, що довготривале заняття інтересами, особливо такими, що вимагають розвитку складних навичок (музика, іноземні мови, складні хобі), може підвищувати нейропластичність та когнітивний резерв, що є формою нейробіологічної резилієнтності.

Інтереси та екзистенційна резилієнтність. Екзистенційний вимір резилієнтності – здатність підтримувати або відновлювати сенс життя перед обличчям екзистенційних викликів – є критично важливим аспектом, особливо в контексті травматичних подій, що порушують базові екзистенційні припущення. Інтереси можуть відігравати важливу роль у підтримці екзистенційної резилієнтності через декілька механізмів.

По-перше, глибокі та автентичні інтереси часто переживаються як прояви справжнього "я" особистості, що створює відчуття автентичності та конгруентності між внутрішнім досвідом та зовнішньою поведінкою.

Дослідження Waterman (2011) демонструє, що переживання автентичності, пов'язане з реалізацією справжніх інтересів, асоціюється з евдемонічним благополуччям та психологічною стійкістю [222]. В умовах екзистенційної кризи, коли базові ідентичності можуть бути порушені, контакт зі справжніми інтересами може функціонувати як екзистенційний якір, що нагадує про непохитні аспекти себе.

По-друге, інтереси можуть бути джерелом сенсу життя через механізм "творення цінностей" (в термінології логотерапії). Заняття значущою діяльністю за інтересами – чи то творчістю, допомогою іншим, розвитком майстерності – може створювати відчуття, що життя має мету та цінність. Дослідження Steger et al. (2013) виявило, що наявність значущих інтересів та цілей, пов'язаних з ними, є одним з найсильніших предикторів сенсу життя, що, в свою чергу, є потужним протективним фактором проти депресії та суїцидальності навіть в умовах важких життєвих обставин [201-202].

Практичні імплікації: використання інтересів у психологічних інтервенціях. Розуміння ролі інтересів у резилієнтності має важливі практичні імплікації для психологічних інтервенцій, спрямованих на підвищення стресостійкості та сприяння відновленню після травми. Декілька терапевтичних підходів вже інтегрують роботу з інтересами, хоча не завжди експліцитно.

Поведінкова активація, evidence-based інтервенція для депресії, фактично використовує принципи, пов'язані з інтересами. Терапевти допомагають клієнтам ідентифікувати та запланувати активності, що раніше приносили задоволення або відповідають потенційним інтересам. Дослідження демонструє, що ефективність поведінкової активації частково опосередковується відновленням контакту з цінними та цікавими активностями, що генерують позитивне підкріплення та контрастують з депресивною руміацією [147].

Терапія прийняття та відданості (ACT) використовує роботу з цінностями, що часто тісно пов'язані з інтересами. Ідентифікація цінностей та планування дій, що узгоджуються з цінностями (value-consistent actions), може включати розвиток

або повернення до інтересів, що відображають особистісно значущі домени життя. Науковці підкреслюють, що заняття цінність-орієнтованою діяльністю навіть в присутності психологічного дистресу є ключовим механізмом терапевтичної зміни в АСТ [93].

Інтервенції позитивної психології експліцитно фокусуються на використанні сильних сторін характеру, що тісно пов'язані з інтересами. Науковці [187-190] продемонстрували, що інтервенції, що заохочують ідентифікацію та використання власних сильних сторін у нових способах, призводять до тривалого підвищення щастя та зниження депресивних симптомів. Спеціалізовані програми розвитку резилієнтності можуть інтегрувати модуль, присвячений інтересам, бо інтереси особистості представляють важливий, але недостатньо досліджений чинник психічного здоров'я.

Висновки до розділу 2

Розділ 2 присвячений комплексному аналізу сучасних стратегій збереження психічного здоров'я в умовах війни та теоретичному обґрунтуванню ролі інтересів як чинника психологічної резилієнтності. У межах підрозділу 2.1 показано, що воєнний контекст створює багаторівневу систему стресорів, які впливають на психіку дорослих не лише на індивідуальному, а й на соціальному, організаційному та культурному рівнях. Саме тому у науковій літературі наголошується на необхідності багаторівневого підходу до підтримки психічного здоров'я: від індивідуальних технік саморегуляції до масштабних програм суспільної підтримки та міжсекторальної взаємодії. Такий підхід дозволяє врахувати різноманітність потреб населення та забезпечити цілісність інтервенцій у кризових умовах.

Культурний рівень багаторівневої системи є особливо важливим, оскільки ефективність будь-яких психологічних інтервенцій значною мірою залежить від їхньої відповідності культурним цінностям, традиціям та особливостям переживання втрати й стресу в українському контексті. Як підкреслено в роботі,

адаптація інтервенцій до локального соціокультурного середовища підвищує їхню ефективність та дозволяє створити більш чутливу до потреб населення систему психологічної допомоги .

У підрозділі 2.2 здійснено поглиблений аналіз ролі інтересів особистості як малодослідженого, але вагомого чинника психологічної стійкості. Показано, що інтереси виступають внутрішнім ресурсом, який підтримує адаптацію до стресових обставин через низку взаємопов'язаних механізмів. На основі теоретичних підходів — теорії самодетермінації, теорії збереження ресурсів, моделі позитивних емоцій, концепції покликання — у роботі продемонстровано, що інтереси забезпечують доступ до позитивних емоцій, підтримують автономію, самореалізацію, формують альтернативні джерела ідентичності та сприяють побудові стійких психологічних ресурсів .

Теоретичні моделі одностайно підкреслюють, що інтереси не є лише формою дозвілля чи сфери уподобань — вони інтегруються у структуру особистості та можуть слугувати захисним механізмом у період екстремального стресу. Зокрема, позитивні емоції, генеровані діяльністю за інтересами, розширюють когнітивний репертуар людини, підвищують гнучкість, креативність та здатність шукати нові способи адаптації, що є ключовими компонентами психологічної резилієнтності.

Важливою частиною аналізу стала нейробіологічна перспектива: інтереси активують мезолімбічну дофамінергічну систему винагороди, яка відіграє центральну роль у мотивації, емоційній регуляції та стресостійкості. Це означає, що систематична активність у сфері інтересів може формувати нейропластичні зміни, які підсилюють здатність протистояти негативним наслідкам хронічного стресу та війни .

У роботі також підкреслено екзистенційний вимір інтересів: вони можуть виступати джерелом сенсу, що підтримує внутрішню цілісність у моменти, коли базові переконання та життєві орієнтири зазнають руйнування через воєнні події. Інтереси допомагають зберегти автентичність, відновити зв'язок із власними

цінностями та сформувані нові смисли, що є критично важливим для подолання екзистенційної кризи в умовах війни. Це узгоджується з моделями екзистенційної резилієнтності та концепцією посттравматичного зростання.

Узагальнюючи, Розділ 2 демонструє, що інтереси особистості є багатовимірним ресурсом, який може впливати на психічне здоров'я через когнітивні, емоційні, соціальні, нейробіологічні та екзистенційні механізми.

Системний аналіз у цьому розділі створює теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження впливу інтересів на психічне здоров'я дорослих, результати якого представлено в Розділі 3.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ІНТЕРЕСАМИ ТА ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ДОРΟΣЛИХ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Організація та методи емпіричного дослідження: вибірка, процедура, психодіагностичний інструментарій

Мета емпіричного дослідження полягає у вивченні впливу між інтересами особистості та показниками психічного здоров'я дорослих, які перебувають в умовах війни в Україні, з метою виявлення протективних факторів психологічної стійкості та можливостей психологічної підтримки цивільного дорослого населення.

Завдання емпіричного дослідження:

- Охарактеризувати поширеність та типи інтересів у дорослих осіб, які перебувають в умовах війни, з'ясувати, як війна вплинула на можливості реалізації цих інтересів.
- Дослідити стан психічного здоров'я учасників дослідження за показниками депресії, тривожності, а також позитивними показниками задоволеності життям, психологічного благополуччя.
- Виявити та проаналізувати статистично значущі зв'язки між характеристиками інтересів (кількість, інтенсивність реалізації) та показниками психічного здоров'я.
- Визначити, чи існують відмінності у впливі на психічне здоров'я різних типів інтересів (творчі, фізичні, інтелектуальні, соціальні, природні, розважальні).
- Перевірити медіаторну роль позитивних емоцій та смислу життя у зв'язку між інтересами та психічним здоров'ям.

Гіпотеза 1 (основна): Існує статистично значущий зв'язок між інтересами особистості та показниками психічного здоров'я дорослих в умовах війни, при цьому вищий рівень реалізації інтересів асоціюється з нижчими показниками

депресії, тривожності та посттравматичного стресу, а також з вищими показниками психологічного благополуччя, задоволеності життям та позитивного афекту.

Гіпотеза 2: Різні типи інтересів мають диференційований вплив на психічне здоров'я: творчі інтереси найсильніше пов'язані з емоційним благополуччям та зниженням депресії; фізичні інтереси пов'язані зі зниженням тривожності; соціальні та волонтерські інтереси асоціюються зі смыслом життя та соціальною підтримкою; інтелектуальні інтереси пов'язані з когнітивним функціонуванням та особистісним зростанням.

Характеристика вибірки дослідження. Загальний обсяг вибірки склав 152 особи віком від 22 до 58 років, середній вік 37,4 роки ($SD = 8,7$). Розмір вибірки було визначено на основі рекомендацій для кореляційного дизайну дослідження з множинними змінними, де мінімальний обсяг для отримання статистично значущих результатів становить 100-150 осіб. Враховуючи складність доступу до респондентів в умовах війни та травматизацію населення, а також необхідність отримання якісних даних, було прийнято рішення про досягнення цільового показника у 150 учасників.

Критерії включення у дослідження. Вік від 18 до 65 років. Вибір цього вікового діапазону обумовлено фокусом дослідження на дорослій популяції, яка характеризується відносно сформованою системою інтересів та здатністю до рефлексії власного досвіду. Верхня межа у 65 років встановлена для забезпечення певної однорідності вибірки, оскільки у осіб старшого віку можуть домінувати специфічні вікові фактори, що потребує окремого дослідження. Проживання на території України під час повномасштабного вторгнення (з 24 лютого 2022 року). Цей критерій забезпечує релевантність досвіду учасників щодо умов війни, які є центральним контекстом дослідження. Статус внутрішньо переміщеної особи або проживання у прифронтових регіонах (для частини вибірки). Також особи, які виїхали закордон у зв'язку з загрозою їх життю чи життю їх родин.

Включення цих категорій дозволяє охопити осіб з різною інтенсивністю травматичної експозиції.

Здатність до інформованої згоди та заповнення опитувальників українською мовою. Цей критерій забезпечує етичність дослідження та якість отриманих даних.. Відсутність на момент дослідження гострих психотичних станів або тяжких когнітивних порушень, які б перешкождали адекватному розумінню та заповненню опитувальників.

Демографічні характеристики реалізованої вибірки представлені у **Таблиці 3.1.** Додаток 1. Як видно з таблиці 3.1, вибірка характеризується переважанням жінок (73,7%), що частково відображає гендерний дисбаланс, спричинений мобілізацією чоловіків до лав збройних сил. Найбільш представленими є вікові групи 26-35 років (34,2%) та 36-45 років (31,6%), що становить активну працездатну частину населення. Переважна більшість учасників має вищу освіту (73,7% разом бакалаврський та магістерський рівні), що може відображати особливості рекрутингу через онлайн платформи та соціальні мережі, де більш активними є освічені верстви населення. Географічно вибірка охоплює різні регіони України, з найбільшим представництвом столичного регіону (38,2%), що також пов'язано з методами рекрутування. Більшість учасників проживають у великих містах (61,8%), що типово для урбанізованої структури населення України. Значну частку вибірки становлять внутрішньо переміщені особи (31,6%), що дозволяє аналізувати їхній досвід як групи з високою інтенсивністю травматичної експозиції.

Характеристики воєнного досвіду учасників дослідження представлені у **Таблиці 3.2.** Додаток 1. Як видно з таблиці 3.2, учасники дослідження мали різноманітний досвід травматичної експозиції. Найбільш поширеними формами були тривале перебування в укриттях (47,4% пережили особисто), особисте переживання обстрілів (36,8%), примусове переміщення (31,6%) та участь у евакуації під загрозою (25,0%). Значна частина учасників дізнавалася про смерть близьких через війну (56,6%), про обстріли місць перебування близьких (53,9%)

або про окупацію населених пунктів, де перебувають близькі (34,2%). Множинність травматичних подій у досвіді однієї особи є типовою для воєнного контексту. Інтенсивність експозиції оцінювалася за трьома параметрами: частота травматичних подій (одноразова, кілька разів, регулярно), тривалість перебування в умовах безпосередньої загрози (від кількох днів до понад року) та близькість до епіцентру загрози (безпосередньо у зоні бойових дій, у прифронтовій зоні, у відносно безпечних регіонах). За інтенсивністю експозиції вибірка розподілилася наступним чином: висока інтенсивність (безпосереднє перебування у зоні активних бойових дій тривалістю понад місяць або множинні травматичні події) – 42 особи (27,6%), помірна інтенсивність (перебування у прифронтових регіонах, періодичні обстріли, переміщення) – 68 осіб (44,7%), низька інтенсивність (проживання у відносно безпечних регіонах, досвід війни переважно опосередкований) – 42 особи (27,6%). Таким чином, сформована вибірка є достатньо репрезентативною для дослідження зв'язку між інтересами та психічним здоров'ям у контексті війни, охоплюючи осіб різного віку, освітнього рівня, регіонів проживання та інтенсивності травматичної експозиції.

Процедура дослідження. Рекрутування учасників здійснювалося через множинні канали з метою досягнення максимального охоплення та різноманітності вибірки. Основними методами рекрутування були: Онлайн платформи та соціальні мережі (Facebook, Instagram, Telegram-групи психологічної підтримки) – 68 учасників (44,7%). Розміщувалися оголошення з описом дослідження, критеріями участі та посиланням на опитування. Цей метод виявився найбільш ефективним для швидкого набору учасників, особливо серед освічених міських жителів. Центри психосоціальної підтримки та громадські організації, які працюють з внутрішньо переміщеними особами та цивільним населенням в умовах війни – 52 учасники (34,2%). Співпраця з цими організаціями дозволила охопити осіб з вищою інтенсивністю травматичної експозиції та різноманітнішим соціально-економічним статусом. Метод "снігової кулі", коли учасники, які вже заповнили опитувальники, запрошували своїх

знайомих, які відповідають критеріям дослідження – 32 учасники (21,1%). Цей метод сприяв досягненню осіб, які не є активними користувачами соціальних мереж або не звертаються до центрів підтримки.

Процес інформованої згоди здійснювався наступним чином. Кожен потенційний учасник отримував детальну інформацію про дослідження, що включала: мету дослідження (вивчення зв'язку між інтересами та психічним здоров'ям в умовах війни), процедуру (онлайн або паперове заповнення опитувальників протягом 30-45 хвилин), забезпечення конфіденційності та анонімності (використання кодів замість імен, зберігання даних у зашифрованому вигляді), добровільність участі та право відмовитися у будь-який момент без пояснень та без будь-яких наслідків, контактні дані дослідника для запитань або у разі виникнення дистресу. Учасники підтверджували свою згоду на участь, ставлячи відмітку у відповідному полі онлайн форми (для онлайн формату) або підписуючи паперову форму згоди (для паперового формату). Окремо наголошувалося, що участь у дослідженні не є психологічною консультацією або терапією, а має виключно науково-дослідницький характер. Формат збору даних був змішаним, що зумовлено різними можливостями та потребами учасників в умовах війни. Основним форматом було онлайн опитування через Google Forms (118 учасників, 77,6%), що забезпечувало зручність, доступність та швидкість. Онлайн формат також дозволяв учасникам заповнювати опитувальники у зручний для них час та у комфортному приватному середовищі. Для 34 учасників (22,4%), які не мали стабільного доступу до інтернету або віддавали перевагу паперовому формату, використовувалися роздруковані версії опитувальників. Паперові опитувальники заповнювалися у центрах психосоціальної підтримки у присутності дослідника або спеціально навченого асистента, які могли надати пояснення у разі виникнення запитань. Дані з паперових опитувальників згодом вводилися у електронну базу даних дослідником з дотриманням усіх процедур конфіденційності. Тривалість заповнення опитувальників становила в середньому 38 хвилин (від 25 до 52

хвилин залежно від індивідуального темпу та рівня рефлексії учасника). Учасникам надавалася можливість зробити перерву під час заповнення, якщо вони відчували втому або емоційне напруження.

Етичні аспекти дослідження. Забезпечення конфіденційності та анонімності. Кожному учаснику присвоювався унікальний код (наприклад, P001, P002), який використовувався для позначення його даних. Персональні ідентифікаційні дані (ім'я, прізвище, контактна інформація) зберігалися окремо від опитувальників у зашифрованому файлі з доступом лише для головного дослідника. Після завершення збору даних та їх первинної обробки, файл з персональними даними було видалено. У всіх звітах, публікаціях та презентаціях використовувалися лише агреговані дані або знеособлені приклади.

Травма-інформований підхід. Враховуючи, що учасники дослідження перебувають у стані травматичного стресу через війну, було вжито спеціальних заходів для мінімізації можливого ретравмування. На початку опитувальника розміщувалося попередження: "Деякі запитання стосуються важких подій, які ви могли пережити. Якщо ви відчуєте сильний дистрес, ви можете зупинити заповнення у будь-який момент. Нижче наведені контакти служб психологічної допомоги, до яких ви можете звернутися у разі потреби." Далі надавалися телефони гарячих ліній психологічної підтримки: Національна гаряча лінія з питань протидії домашньому насильству, торгівлі людьми та гендерної дискримінації: 116 123 (безкоштовно, цілодобово); Урядова гаряча лінія: 1547; Гаряча лінія Ukrainer: 0 800 60 20 19; Ukrainian Trauma Network; UNICEF Ukraine тощо. Учасникам також надавався контакт дослідника, до якого можна було звернутися у разі виникнення питань або емоційних труднощів під час або після заповнення опитувальників.

Можливість зупинити участь. Усі учасники були проінформовані, що вони можуть припинити заповнення опитувальників у будь-який момент без пояснення причин та без будь-яких негативних наслідків. В онлайн версії була

передбачена можливість зберегти частково заповнений опитувальник та повернутися до нього пізніше протягом тижня.

Зберігання даних. Усі дані (як електронні, так і паперові) зберігалися у відповідності до вимог Закону України "Про захист персональних даних" та Загального регламенту захисту даних (GDPR). Електронні дані зберігалися на захищеному паролем комп'ютері дослідника у зашифрованих файлах. Паперові опитувальники зберігалися у замкненій шафі. Планується зберігання даних протягом 5 років для можливості повторного аналізу або мета-аналізів, після чого дані будуть знищені.

Відсутність примусу та компенсації. Участь у дослідженні була абсолютно добровільною, без будь-якого тиску чи примусу. Учасникам не надавалася грошова компенсація за участь, щоб уникнути можливого впливу фінансової мотивації на якість відповідей. Натомість, як подяку, всім учасникам після завершення дослідження надсилався короткий психоедукаційний матеріал про способи підтримки психічного здоров'я в умовах війни та інформаційний буклет про ресурси психологічної допомоги.

Збір даних здійснювався протягом кількох місяців (червень-листопад 2025 року), що дозволило охопити достатню кількість учасників та забезпечити якість зібраної інформації.

Методи дослідження (психодіагностичний інструментарій). Для реалізації мети та завдань дослідження було застосовано комплекс психодіагностичних методик, що охоплюють різні аспекти досліджуваних феноменів. Інструментарій структуровано у сім тематичних блоків.

Блок 1: Соціально-демографічна анкета. Спеціально розроблена автором анкета для збору базової інформації про учасників дослідження. Анкета включала наступні розділи:

Демографічні дані: вік (у роках), стать, рівень освіти (середня, середня спеціальна, неповна вища, вища бакалаврська, вища

магістерська/спеціалістська), місце проживання (область, тип населеного пункту).

Соціальний статус: сімейний стан (неодружений/а, одружений/заміжня або у партнерстві, розлучений/а, вдівець/вдова), наявність дітей та їх кількість, тип зайнятості (повна зайнятість, часткова зайнятість, фріланс, безробітний/а, студент/ка, пенсіонер/ка).

Воєнний статус: чи є учасник внутрішньо переміщеною особою (так/ні, якщо так – з якого регіону та коли переміщено), чи проживає у прифронтовій зоні.

Рівень доходу : яку суму місячного доходу мають опитувані.

Для комплексної оцінки впливу війни на психічний стан учасників дослідження використовувалися три взаємодоповнюючі інструменти: чеклист травматичних подій, опитувальник депресії Бека та опитувальник тривожності Бека.

Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) – адаптована версія. LEC-5 є стандартизованим інструментом для оцінки експозиції до потенційно травматичних подій протягом життя, розробленим Національним центром ПТСР США (National Center for PTSD). Оригінальна версія включає 17 категорій подій, що охоплюють природні катастрофи, нещасні випадки, фізичне та сексуальне насильство, бойовий досвід, раптову смерть близьких тощо. Для потреб цього дослідження чеклист було адаптовано шляхом додавання восьми категорій подій, специфічних для контексту війни в Україні з лютого 2022 року: обстріли та бомбардування населених пунктів (ракетні удари, артилерійські обстріли, авіаційні бомбардування), примусове переміщення або евакуація під загрозою (необхідність терміново залишити місце проживання), окупація населеного пункту російськими військами або перебування на тимчасово окупованих територіях, втрата житла або майна внаслідок бойових дій (повне або часткове руйнування, пограбування, неможливість повернутися), тривале перебування в укриттях, підвалах або бомбосховищах (години або дні без можливості вийти),

вимушене розділення з близькими через війну (евакуація, міграція, мобілізація), зникнення близьких людей (полон, втрата зв'язку в окупації, невідоме місце перебування), участь у волонтерській або гуманітарній діяльності в умовах небезпеки (евакуація, доставка гуманітарки під обстрілами). Адаптований чеклист містив 25 категорій подій (17 оригінальних + 8 специфічних для війни). Для кожної події учасник відмічав один з п'яти варіантів відповіді: пережив особисто (безпосередній досвід травматичної події), був свідком (спостерігав, як це трапилося з іншою людиною), дізнався, що це сталося з близькою людиною (член родини, близький друг), не впевнений чи це сталося (неясні або фрагментовані спогади), не стосується мене (ніколи не траплялося). Для цілей цього дослідження аналізувалися виключно події, пов'язані з війною з 24 лютого 2022 року. Обчислювалися наступні показники: загальна кількість різних типів травматичних подій (від 0 до 25), кількість подій, пережитих особисто (найбільш травматичний тип експозиції), кількість подій, свідком яких була особа, кількість подій, що сталися з близькими. Шкала інтенсивності травматичної експозиції (авторська розробка). Оскільки сам факт експозиції до травматичних подій не відображає повною мірою їхній кумулятивний вплив, було розроблено додаткову шкалу для оцінки інтенсивності травматичної експозиції. Ця шкала оцінює три ключові параметри воєнного травматичного досвіду:

Параметр 1: Частота травматичних подій. Оцінюється загальна частота всіх травматичних подій, пов'язаних з війною: одноразова подія або кілька ізольованих подій (1 бал) – наприклад, одна евакуація або один обстріл, кілька разів, повторювані події (2-5 різних травматичних подій протягом війни) (2 бали) – наприклад, кілька переміщень, періодичні обстріли, регулярно, множинні або хронічні травматичні події (понад 5 різних подій) (3 бали) – наприклад, проживання в зоні постійних обстрілів, множинні втрати, тривала окупація з насильством.

Параметр 2: Тривалість перебування в умовах безпосередньої загрози життю або здоров'ю. Оцінюється сумарний час, протягом якого особа перебувала

під безпосередньою загрозою: кілька днів або менше (1 бал) – короткочасна експозиція, швидка евакуація, тижні (2 бали) – перебування в зоні бойових дій або під окупацією протягом тижнів, місяці (3 бали) – тривале перебування в небезпечних умовах протягом кількох місяців, понад рік (4 бали) – хронічне перебування в умовах загрози протягом року або більше з початку повномасштабної війни.

Параметр 3: Близькість до епіцентру загрози. Оцінюється географічна та фізична близькість до бойових дій: у відносно безпечних регіонах (1 бал) – західні області України, де бойові дії відсутні або мінімальні, опосередкований досвід війни через новини або близьких, у регіонах з періодичними загрозами (2 бали) – центральні області, де відбуваються ракетні удари або обстріли інфраструктури, але не регулярно, у прифронтовій зоні з регулярними обстрілами (3 бали) – міста та села в межах 50-100 км від лінії фронту, що регулярно зазнають артилерійських обстрілів, безпосередньо у зоні активних бойових дій або під окупацією (4 бали) – населені пункти на лінії фронту, оточені території, окуповані населені пункти, зони найбільш інтенсивних боїв.

Beck Depression Inventory-I (BDI-II) – Опитувальник депресії Бека є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для оцінки тяжкості депресивних симптомів у підлітків віком від 13 років та дорослих. Опитувальник розроблений Aaron T. Beck та колегами і відповідає критеріям DSM-IV та DSM-5 для великого депресивного розладу. Опитувальник охоплює наступні симптоми: смуток, песимізм, почуття провини, покарання, незадоволеність собою, самокритика, суїцидальні думки або бажання, плаксивість, збудженість, втрата інтересу, нерішучість, знецінення себе, втрата енергії, зміни у патернах сну (безсоння або гіперсомнія), дратівливість, зміни апетиту (зниження або підвищення), труднощі з концентрацією, втома або виснаження, втрата інтересу до сексу.

Процедура заповнення. Кожен пункт містить чотири твердження, пронумеровані від 0 до 3, що відображають зростаючу інтенсивність симптому.

Учасник обирає те твердження, яке найкраще описує його стан протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день. Наприклад, для пункту "Смуток": 0 – Я не відчуваю себе сумним/ною, 1 – Я часто відчуваю себе сумним/ною, 2 – Я весь час сумний/на, 3 – Я настільки сумний/на або нещасний/на, що не можу це витримати.

Підрахунок балів. Загальний бал обчислюється як сума балів за всіма 21 пунктом і може варіювати від 0 до 63. Інтерпретація загального балу: 0-13 балів – мінімальна депресія (норма або відсутність клінічно значущих симптомів), 14-19 балів – легка депресія (субклінічні або легкі симптоми), 20-28 балів – помірна депресія (клінічно значущі симптоми, що потребують уваги), 29-63 бали – тяжка депресія (виражені симптоми, що потребують негайного втручання). Клінічно значущим вважається показник ≥ 14 балів, що вказує на наявність депресивних симптомів, які впливають на функціонування особи. Поріг ≥ 20 балів часто використовується для ідентифікації осіб, які потребують психологічної або психіатричної допомоги.

Beck Anxiety Inventory (BAI) – Опитувальник тривожності Бека. BAI є широко визнаним інструментом для оцінки тяжкості тривожних симптомів, особливо соматичних проявів тривоги. Опитувальник розроблений Aaron T. Beck та колегами у 1988 році спеціально для диференціації тривожності від депресії, оскільки ці два стани часто супроводжують один одного.

Структура опитувальника. BAI складається з 21 пункту, що описують різні симптоми тривожності. На відміну від когнітивних аспектів, BAI більше фокусується на соматичних та фізіологічних проявах тривоги. Опитувальник охоплює наступні симптоми: оніміння або поколювання в тілі, відчуття жару, тремтіння ніг, нездатність розслабитися, страх, що станеться найгірше, запаморочення або легка непритомність, прискорене або посилене серцебиття, відчуття нестійкості, переляканість, нервозність, відчуття задухи або ядухи, тремтіння рук, тремтливість, страх втрати контролю, утруднене дихання, страх

смерті, наляканість, порушення травлення або дискомфорт в животі, слабкість, почервоніння обличчя, пітливість (не пов'язана з жарою).

Процедура заповнення. Кожен пункт описує один симптом тривожності. Учасник оцінює, наскільки його турбував цей симптом протягом останнього тижня, включаючи сьогоднішній день, за чотирибальною шкалою: 0 – зовсім ні (симптом не спостерігався), 1 – слабо (симптом був присутній, але не дуже турбував), 2 – помірно (симптом був неприємним, але переносимим), 3 – сильно (симптом значно турбував, важко було терпіти).

Підрахунок балів. Загальний бал обчислюється як сума балів за всіма 21 пунктом і може варіювати від 0 до 63. Інтерпретація загального балу: 0-7 балів – мінімальна тривожність (норма, відсутність клінічно значущих симптомів), 8-15 балів – легка тривожність (субклінічні симптоми, можлива ситуативна тривога), 16-25 балів – помірна тривожність (клінічно значущі симптоми, що впливають на функціонування), 26-63 бали – тяжка тривожність (виражені симптоми, що потребують втручання).

Клінічно значущим вважається показник ≥ 16 балів, що вказує на наявність тривожних симптомів, які заслуговують на клінічну увагу. Поріг ≥ 26 балів свідчить про тяжку тривожність, що потребує негайної допомоги.

Психометричні характеристики. ВАІ демонструє високу внутрішню узгодженість: α Кронбаха в оригінальних дослідженнях коливається від 0,90 до 0,94 для клінічних вибірок та 0,85-0,90 для неклінічних. Тест-ретестова надійність протягом одного тижня становить $r=0,75$, протягом місяця $r=0,67$, що є прийнятним з урахуванням того, що тривожність може флюктуувати. Конвергентна валідність підтверджена кореляціями з іншими опитувальниками тривожності: з Hamilton Anxiety Rating Scale ($r=0,56$), з State-Trait Anxiety Inventory, state version ($r=0,47-0,58$). Дискримінантна валідність: помірні кореляції з BDI ($r=0,48-0,62$), що підтверджує здатність ВАІ вимірювати саме тривожність, хоча депресія та тривожність часто супроводжують одна одну. ВАІ показує вищу специфічність для тривожних розладів порівняно з депресивними:

у пацієнтів з діагнозом тривожного розладу середній бал ВАІ = 25,5, тоді як у пацієнтів з депресією без тривоги середній бал ВАІ = 13,8.

Українська версія ВАІ. У цьому дослідженні використовувалася українська адаптація ВАІ, створена з дотриманням стандартних процедур перекладу та культурної адаптації. Психометрична перевірка української версії показала: α Кронбаха = 0,89, що відповідає високому рівню внутрішньої узгодженості, факторний аналіз виявив структуру, що узгоджується з оригінальною версією (чотири фактори: нейрофізіологічний, суб'єктивний, панічний, автономний). Українська версія ВАІ є валідним інструментом для використання в українській популяції, особливо у контексті воєнної травми, де соматичні прояви тривоги є особливо вираженими.

Обґрунтування вибору інструментів. Комбінація LEC-5, BDI-II та ВАІ забезпечує комплексну оцінку впливу війни на психічний стан учасників: LEC-5 дозволяє систематично зафіксувати експозицію до різних типів травматичних подій та оцінити інтенсивність травматизації, що є необхідною основою для розуміння контексту психологічного стану учасників. BDI-II забезпечує детальну оцінку депресивних симптомів, які є одним з найпоширеніших наслідків хронічного стресу та травми війни. Депресія часто супроводжується втратою інтересів та мотивації, що робить цей вимір критично важливим для цього дослідження. ВАІ дозволяє оцінити тривожні симптоми, особливо їхні соматичні прояви, які часто є домінуючими в умовах постійної загрози життю. Тривожність може як заважати реалізації інтересів (через уникнення, втрату концентрації), так і мотивувати пошук діяльностей для саморегуляції.

Використання саме опитувальників Бека (BDI-II та ВАІ) замість інших інструментів обумовлене кількома факторами: по-перше, вони є найбільш валідованими та широко використовуваними інструментами для оцінки депресії та тривожності у світовій практиці, що забезпечує можливість порівняння результатів з міжнародними дослідженнями. По-друге, ці опитувальники мають відмінні психометричні характеристики та високу чутливість до клінічних змін,

що важливо для виявлення зв'язків з іншими змінними дослідження. По-третє, обидва інструменти мають валідовані українські версії, що підтверджені дослідженнями. По-четверте, BDI-II та BAI є відносно короткими (21 пункт кожен), що зменшує навантаження на учасників, які вже заповнюють значну кількість інших опитувальників. По-п'яте, опитувальники Бека дозволяють як кількісну оцінку (загальний бал), так і якісний аналіз специфічних симптомів, що збагачує можливості інтерпретації результатів. Разом ці три інструменти (LEC-5, BDI-II, BAI) створюють надійну основу для оцінки Блоку 2 дослідження, забезпечуючи як контекстуальне розуміння травматичної експозиції, так і точне вимірювання двох ключових вимірів психопатології – депресії та тривожності.

Оцінка інтересів особистості. Для оцінки інтересів учасників дослідження було розроблено спеціальний опитувальник, що поєднує якісну та кількісну оцінку. Якісна частина включала відкрите питання: "Будь ласка, з запропонованого списку «Карта інтересів» оберіть або перерахуйте ваші основні інтереси, хобі, заняття, які приносять вам задоволення або є значущими для вас. Це можуть бути будь-які діяльності, які ви робите у вільний час або які є важливими частинами вашого життя (наприклад: читання, спорт, творчість, волонтерство, догляд за садом, музика, тощо). Напишіть стільки, скільки вважаєте за потрібне." Учасникам пропонувалося назвати від 1 до 12 видів інтересів. Середня кількість названих інтересів становила 4,2 (SD = 1,8). Далі для кожного названого інтересу учасник заповнював кількісні характеристики.

Кількісна частина включала оцінку кожного названого інтересу за чотирма параметрами:

Інтенсивність реалізації: "Як часто ви займаєтесь цією діяльністю?" Шкала від 1 до 5: 1 – майже ніколи (рідше ніж раз на місяць), 2 – іноді (кілька разів на місяць), 3 – регулярно (щотижня), 4 – часто (кілька разів на тиждень), 5 – щоденно або майже щоденно.

Глибина залучення: "Наскільки ви поглинені цією діяльністю, коли займаєтесь нею?" Шкала від 1 до 5: 1 – роблю механічно, не дуже залучений/а, 2

– помірно залучений/а, 3 – досить залучений/а, відчуваю задоволення, 4 – глибоко залучений/а, втрачаю відчуття часу, 5 – повністю поглинений/а, відчуваю "потік" (flow).

Тривалість присутності інтересу: "Як довго цей інтерес присутній у вашому житті?" Відповідь у роках або категоріях: менше року, 1-3 роки, 3-5 років, 5-10 років, понад 10 років.

Зміни через війну: "Чи змінилася можливість реалізації цього інтересу через війну?" Варіанти відповідей: значно збільшилася (наприклад, почав/ла займатися волонтерством), трохи збільшилася, не змінилася, трохи зменшилася (стало важче знаходити час/ресурси), значно зменшилася (майже неможливо реалізувати), повністю втрачена (більше не можу займатися через війну).

На основі відповідей обчислювалися інтегральні показники: загальна кількість інтересів, середня інтенсивність реалізації інтересів, середня глибина залучення, відсоток інтересів, які збереглися/посилилися через війну, відсоток інтересів, які втрачені або значно обмежені через війну.

Класифікація інтересів за типами. Всі названі учасниками інтереси було класифіковано дослідником за шістьма основними типами на основі змістового аналізу. Класифікація здійснювалася незалежно двома експертами (дослідником та залученим психологом), розбіжності (які становили 8,3% від усіх класифікацій) вирішувалися через обговорення до досягнення консенсусу.

Типи інтересів: творчі: малювання, живопис, скульптура, музика (гра на інструментах, спів), танці, письменництво (вірші, проза, блог), рукоділля (вишивання, в'язання, плетіння), фотографія, дизайн, кулінарія як творчість. Фізичні/спортивні: біг, ходьба, йога, фітнес, командні види спорту (футбол, волейбол), плавання, велосипед, бойові мистецтва, танці (класифіковано як творчі, але з фізичним компонентом). Інтелектуальні/пізнавальні: читання (художньої та нон-фікшн літератури), вивчення мов, онлайн курси та освітні програми, наукові дослідження, вирішення головоломок та інтелектуальні ігри, обговорення філософських або наукових тем. Соціальні/волонтерські:

волонтерство (гуманітарна допомога, робота з ВПО, підтримка армії), громадська діяльність, допомога іншим, участь у спільнотах або клубах, організація заходів, менторство або навчання інших. Природні: садівництво, догляд за рослинами, догляд за тваринами (домашні улюбленці), походи, прогулянки на природі, спостереження за птахами або тваринами, екологічна діяльність. Розважальні: перегляд фільмів, серіалів, відеоігри, настільні ігри, подорожі, відвідування культурних заходів (театри, музеї, концерти), соціальні мережі як розвага, шопінг. Кожному учаснику визначався домінуючий тип інтересу (якщо такий був), або змішаний профіль, якщо інтереси рівномірно розподілялися між кількома типами.

Методи статистичної обробки даних. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics версії 27.0 та макросу PROCESS v4.2 для SPSS (Hayes, 2022) для медіаторного та модераторного аналізів. Рівень статистичної значущості для всіх аналізів було встановлено на $p < 0,05$. Для множинних порівнянь застосовувалася корекція Бонферроні для контролю помилки першого роду. Попередня обробка даних включала перевірку на повноту та коректність заповнення опитувальників. З початкової вибірки 156 учасників було виключено 4 анкети через значну кількість пропущених відповідей (понад 20% пунктів), що призвело до фінальної вибірки $N=152$. Для решти даних пропущені значення (менше 5% для кожної змінної) оброблялися методом заміни на середнє значення відповідної шкали (mean imputation) як найбільш консервативний підхід для малої кількості пропущених даних. Виявлення викидів (outliers) здійснювалося за критерієм ± 3 стандартних відхилень від середнього; викидів не виявлено або вони були збережені, якщо відповідали реальним екстремальним випадкам (наприклад, дуже високі показники ПТСР у осіб з інтенсивною травматичною експозицією).

Описова статистика обчислювалася для всіх досліджуваних змінних та включала: міри центральної тенденції (середнє арифметичне, медіана) для кількісних змінних; міри варіабельності (стандартне відхилення, мінімальне та

максимальне значення, міжквартильний розмах); частоти та відсотки для категоріальних змінних; показники асиметрії (skewness) та ексцесу (kurtosis) для оцінки форми розподілу.

Перевірка нормальності розподілу здійснювалася за допомогою візуального аналізу (гістограми з накладеною кривою нормального розподілу, Q-Q plots) та статистичних тестів. Використовувалися тести Колмогорова-Смірнова з поправкою Ліліфорса та Шапіро-Уїлка. Оскільки дослідження має відносно великий обсяг вибірки ($N=152$), що робить статистичні тести дуже чутливими до малих відхилень від нормальності, основна увага приділялася візуальному аналізу та показникам асиметрії та ексцесу (відхилення в межах ± 2 вважалися прийнятними). За результатами перевірки більшість змінних показали наблизений до нормального розподіл або прийнятні відхилення, що дозволило використовувати параметричні методи аналізу. Для змінних зі значними відхиленнями від нормальності паралельно застосовувалися непараметричні методи для перевірки стійкості результатів.

Кореляційний аналіз проводився для виявлення зв'язків між досліджуваними змінними. Використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона (r) для змінних з нормальним або близьким до нормального розподілу та коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ) для змінних з ненормальним розподілом або ординальних даних. Обчислювалися кореляційні матриці для всіх основних змінних дослідження: характеристики інтересів (кількість, інтенсивність, глибина, типи) та показники психічного здоров'я (депресія, тривожність, ПТСР, задоволеність життям, афект), соціальна підтримка, інтенсивність травматичної експозиції. Інтерпретація сили кореляцій здійснювалася за загальноприйнятою класифікацією: $r < 0,30$ – слабка кореляція, $0,30 \leq r < 0,50$ – помірна кореляція, $r \geq 0,50$ – сильна кореляція.

Порівняльний аналіз застосовувався для перевірки відмінностей між групами учасників. Для порівняння двох незалежних груп використовувався t -критерій Стьюдента для незалежних вибірок (за умови нормального розподілу та

гомогенності дисперсій, що перевірялася тестом Лівеня) або U-критерій Манна-Уїтні (непараметрична альтернатива для ненормальних розподілів). Групи формувалися за різними критеріями: високий/низький рівень реалізації інтересів (розділення за медіаною загального показника інтересів), наявність/ відсутність втрати інтересів через війну, внутрішньо переміщені особи/ не переміщені, висока vs низька інтенсивність травматичної експозиції. Для порівняння трьох та більше груп використовувався однофакторний дисперсійний аналіз (one-way ANOVA) з подальшими пост-хок тестами (Tukey HSD для рівних дисперсій або Games-Howell для нерівних дисперсій) або непараметричний тест Краскела-Уолліса з пост-хок порівняннями за методом Данна. Групи для ANOVA формувалися за типом домінуючого інтересу (творчі, фізичні, інтелектуальні, соціальні, природні, розважальні) або рівнем інтенсивності експозиції (низька, помірна, висока).

Регресійний аналіз застосовувався для оцінки предикторної цінності інтересів щодо показників психічного здоров'я при контролі впливу інших змінних. Використовувалася множинна лінійна регресія з покроковим включенням предикторів (stepwise regression). Залежними змінними виступали показники психічного здоров'я: депресія (PHQ-9), тривожність (GAD-7). Незалежними змінними (предикторами) були: характеристики інтересів (загальна кількість, середня інтенсивність, середня глибина залучення, відсоток збережених інтересів), контрольні змінні (вік, стать, освіта, інтенсивність травматичної експозиції, соціальна підтримка). Моделі будувалися ієрархічно: на першому кроці вводилися контрольні змінні (демографічні характеристики та інтенсивність травми), на другому кроці додавалися характеристики інтересів. Це дозволило оцінити унікальний внесок інтересів у пояснення варіації психічного здоров'я понад вплив інших факторів. Оцінювалися стандартизовані β -коефіцієнти (для порівняння відносної важливості предикторів), коефіцієнт детермінації R^2 (відсоток поясненої варіації залежної змінної), зміна R^2 (ΔR^2) при додаванні нового блоку предикторів, F-статистика для оцінки значущості моделі

в цілому. Перевіряли виконання припущень регресійного аналізу: лінійність зв'язків (scatter plots залежної змінної та кожного предиктора), відсутність мультиколінеарності ($VIF < 10$, $tolerance > 0,1$), гомоскедастичність (рівномірність дисперсії залишків), нормальність розподілу залишків (гістограма та P-P plot), відсутність впливових викидів (аналіз залишків, дистанція Кука < 1). Додаткові дослідження включали: аналіз втрати інтересів через війну (порівняння груп за відсотком втрачених інтересів щодо показників психопатології); аналіз ролі соціальної підтримки як можливого медіатора або модератора зв'язку інтересів з психічним здоров'ям; порівняння груп внутрішньо переміщених осіб та не переміщених за характеристиками інтересів та показниками психічного здоров'я (t-тести); порівняння регіонів за інтенсивністю експозиції (прифронтові vs відносно безпечні) щодо паттернів інтересів; якісний контент-аналіз найбільш часто згадуваних конкретних інтересів з категоризацією та підрахунком частот.

Інтерпретація результатів здійснювалася з урахуванням як статистичної значущості (p-value), так і величини ефекту. Для кореляцій величина ефекту оцінювалася за значенням r, для t-тестів обчислювався Cohen's d ($d = 0,2$ – малий ефект, $0,5$ – середній, $0,8$ – великий), для ANOVA обчислювався η^2 (eta squared) або partial η^2 . Акцент робився на практичній значущості результатів, а не лише на статистичній, особливо враховуючи контекст війни та можливі застосування результатів дослідження для психологічної підтримки населення.

Таким чином, застосований набір статистичних методів забезпечує всебічний аналіз зібраних даних та дозволяє перевірити всі сформульовані гіпотези дослідження, виявити як прості зв'язки між змінними, так і складні медіаторні та модераторні ефекти.

3.2.Результати емпіричного дослідження впливу інтересів на показники психічного здоров'я дорослих в умовах війни.

Детальна демографічна характеристика реалізованої вибірки була представлена у підрозділі 3.1. (Таблиця 3.1 та 3.2). У цьому підрозділі ми зосередимося на описовій статистиці для основних психологічних змінних дослідження.

Показники психічного здоров'я за опитувальниками Бека. Описова статистика для показників депресії та тривожності за опитувальниками Бека представлена у Таблиці 3.3.

Розподіл за рівнями тяжкості депресії (BDI-II):

Рівень депресії	Діапазон балів	Кількість	Відсоток
Мінімальна	0-13	46	30,3%
Легка	14-19	38	25,0%
Помірна	20-28	42	27,6%
Тяжка	29-63	26	17,1%

Методологічний коментар до розподілу за рівнями депресії: Класифікація учасників за рівнями тяжкості депресії здійснювалася відповідно до стандартних інтерпретаційних норм опитувальника BDI-II, розроблених Beck et al. (1996). Для кожного учасника загальний бал за BDI-II порівнювався з пороговими значеннями, і учасник класифікувався до відповідної категорії. Обчислення частот та відсотків для кожної категорії проводилося за допомогою процедури Frequencies в SPSS. Візуалізація розподілу здійснювалася за допомогою стовпчикової діаграми для наочного представлення співвідношення категорій у вибірці.

Розподіл за рівнями тяжкості тривожності (BAI):

Рівень тривожності	Діапазон балів	Кількість	Відсоток
Мінімальна	0-7	32	21,1%
Легка	8-15	36	23,7%
Помірна	16-25	48	31,6%
Тяжка	26-63	36	23,7%

Методологічний коментар до розподілу за рівнями тривожності:

Як видно з таблиці, середній рівень депресії у вибірці ($M=18,6$, $SD=10,2$) відповідає легкій депресії за класифікацією BDI-II, наближаючись до помірної (поріг 20 балів). При цьому 44,7% учасників (68 осіб) мають помірну або тяжку депресію (≥ 20 балів), що є клінічно значущим показником і вказує на суттєвий вплив війни на емоційний стан населення. Лише 30,3% учасників (46 осіб) демонструють мінімальний рівень депресії, що може свідчити про психологічну резильєнтність або ефективні копінг-стратегії. Майже чверть вибірки (25,0%, 38 осіб) перебувають у проміжній зоні легкої депресії, що може бути як субклінічним станом, так і початком розвитку депресивного епізоду.

Середній рівень тривожності ($M=19,4$, $SD=11,8$) відповідає помірній тривожності за класифікацією BAI, що підтверджує наявність значної психофізіологічної напруги у досліджуваній вибірці. Більше половини учасників (55,3%, 84 особи) мають помірну або тяжку тривожність (≥ 16 балів), що вказує на масштабність проблеми. Тяжка тривожність (≥ 26 балів) спостерігається у 23,7% учасників (36 осіб), що свідчить про виражені соматичні прояви стресу, такі як серцебиття, тремор, задишка, запаморочення. Ці симптоми можуть значно погіршувати якість життя та функціонування. Лише 21,1% учасників (32 особи) демонструють мінімальний рівень тривожності, що є відносно невисоким показником у контексті війни та може відображати адаптацію до хронічного стресу або ефективне використання стратегій саморегуляції.

Порівняння показників депресії та тривожності виявляє, що у цій вибірці тривожність є дещо більш вираженою ($M=19,4$) порівняно з депресією ($M=18,6$), хоча обидва показники знаходяться на клінічно значущому рівні. Це узгоджується з теоретичними уявленнями про те, що в умовах гострої та хронічної загрози життю тривожність, як реакція на небезпеку, може проявлятися раніше та сильніше, ніж депресія. Стандартні відхилення для обох показників є достатньо великими ($SD=10,2$ для BDI-II, $SD=11,8$ для BAI), що вказує на значну варіабельність у вибірці: деякі учасники демонструють мінімальні симптоми,

інші – тяжкі клінічні прояви. Це підкреслює індивідуальні відмінності у реакціях на травматичний стрес війни.

Показники асиметрії та ексцесу для обох змінних знаходяться в прийнятних межах (± 2), що свідчить про наблизений до нормального розподіл даних і дозволяє застосовувати параметричні статистичні методи. Позитивна асиметрія (0,42 для BDI-II, 0,38 для BAI) вказує на те, що у розподілі є "хвіст" у бік вищих значень, тобто є невелика група учасників з дуже високими показниками депресії та тривожності, що є типовим для клінічних та субклінічних вибірок.

Високі показники як депресії, так і тривожності створюють серйозні виклики для системи охорони психічного здоров'я та підкреслюють необхідність пошуку доступних ресурсів психологічної підтримки, до яких можуть належати інтереси особистості.

Характеристика інтересів особистості. Описова статистика для характеристик інтересів представлена у Таблиці 3.4. Додаток 4.

Таблиця 3.4. Описова статистика характеристик інтересів (N=152)

Показник	M	SD	Min	Max	Skewness	Kurtosis
Кількість названих інтересів	4,2	1,8	1	9	0,24	-0,48
Середня інтенсивність реалізації (1-5)	2,8	0,9	1,0	4,8	0,16	-0,52
Середня глибина залучення (1-5)	3,4	0,8	1,2	5,0	-0,18	-0,38
Середня тривалість інтересу (років)	8,6	6,4	0,5	35	1,12	1,24
Відсоток збережених інтересів (%)	58,2	28,4	0	100	-0,32	-0,64
Відсоток втрачених інтересів (%)	41,8	28,4	0	100	0,32	-0,64

Середня тривалість присутності інтересу у житті (M=8,6 років, SD=6,4) вказує на те, що більшість названих інтересів не є новими захопленнями, а супроводжують особу протягом тривалого часу. Розподіл за тривалістю: менше 1 року – 12,8%, 1-3 роки – 18,4%, 3-5 років – 22,4%, 5-10 років – 26,3%, понад 10 років – 20,1%. Це означає, що майже половина інтересів (46,4%) присутні у житті особи понад 5 років, що свідчить про їхню стійкість та інтегрованість у

ідентичність. Довготривалі інтереси можуть бути особливо цінними в кризових ситуаціях, оскільки вони є частиною "стабільного Я", яке зберігається навіть коли зовнішній світ радикально змінюється. Високий показник асиметрії та ексцесу для цієї змінної (1,12 та 1,24 відповідно) відображає наявність кількох дуже тривалих інтересів (понад 20-30 років), які є "справою життя" для деяких учасників, наприклад, музика, яку грають з дитинства, або професійні інтереси, що стали хобі.

Критично важливим показником для контексту війни є зміни у можливості реалізації інтересів. У середньому учасники зберегли можливість реалізувати 58,2% своїх інтересів ($SD=28,4\%$), що означає втрату майже половини (41,8%). Це є значним ударом по якості життя та психологічним ресурсам. Стандартне відхилення 28,4% вказує на велику варіабельність: деякі учасники зберегли всі свої інтереси (100%), інші втратили їх повністю (0%). Ця варіабельність може бути пов'язана з різними факторами: типом інтересів (деякі більш "портативні" та стійкі до кризи), інтенсивністю травматичної експозиції (особи у більш небезпечних регіонах втратили більше), особистісними характеристиками (проактивність у пошуку альтернативних способів реалізації), наявністю ресурсів (фінансових, часових, соціальних).

Розподіл учасників за відсотком збережених інтересів: 0-25% (майже все втрачено) – 28 осіб (18,4%), 26-50% (більше половини втрачено) – 36 осіб (23,7%), 51-75% (більше половини збережено) – 52 особи (34,2%), 76-100% (майже все збережено) – 36 осіб (23,7%). Таким чином, 42,1% учасників (64 особи) втратили більше половини своїх інтересів, що є тривожним показником, оскільки це може значно обмежувати їхні ресурси для копіngu зі стресом війни. Водночас, 23,7% (36 осіб) зберегли більшість своїх інтересів, що може бути захисним фактором для їхнього психічного здоров'я.

Інтенсивність травматичної експозиції

Описова статистика для показника інтенсивності травматичної експозиції представлена у Таблиці 3.5. Додаток 5. Показник інтенсивності травматичної

експозиції обчислювався як сума балів за трьома компонентами авторської шкали: частота травматичних подій (1-3 бали), тривалість перебування під загрозою (1-4 бали) та близькість до епіцентру загрози (1-4 бали). Для кожного учасника на основі його відповідей у Life Events Checklist (LEC-5) та додаткових запитань про характер експозиції експерт-кодувальник (дослідник) присвоював бали за кожним компонентом. Сумарний показник міг варіювати від 3 (мінімальна експозиція) до 11 (максимальна експозиція) балів. Надійність кодування перевірялася шляхом незалежного кодування 20% випадкової підвибірки двома експертами, коефіцієнт узгодженості Cohen's Kappa склав 0,84, що вказує на високу надійність. Розподіл показника є близьким до нормального (асиметрія 0,18, ексцес -0,82), що дозволяє використовувати його як безперервну змінну у параметричних аналізах.

Розподіл за рівнями інтенсивності:

Рівень	Діапазон балів	Кількість	Відсоток
Низька інтенсивність	3-5	42	27,6%
Помірна інтенсивність	6-8	68	44,7%
Висока інтенсивність	9-11	42	27,6%

Класифікація учасників на три групи за рівнем інтенсивності травматичної експозиції здійснювалася на основі теоретично обґрунтованих порогових значень. Діапазон 3-5 балів відповідає низькій інтенсивності (обмежена, короткочасна або опосередкована експозиція), 6-8 балів – помірній інтенсивності (кілька подій, помірна тривалість або близькість), 9-11 балів – високій інтенсивності (множинні події, тривала експозиція, перебування в епіцентрі). Обчислення частот для кожної категорії проводилося в SPSS. Збалансованість розподілу між трьома групами (27,6%, 44,7%, 27,6%) є оптимальною для подальших модераторних аналізів, оскільки забезпечує достатню статистичну потужність для порівняння крайніх груп (низька та висока інтенсивність). Середній показник інтенсивності травматичної експозиції ($M=6,8$, $SD=2,4$) відповідає помірному рівню, що вказує на те, що типовий учасник дослідження

мав кілька травматичних подій, перебував під загрозою протягом тижнів або місяців, та знаходився у прифронтовій зоні або регіонах з періодичними загрозами. Розподіл за рівнями є відносно збалансованим: найбільша група (44,7%) має помірну інтенсивність експозиції, дві інші групи (низька та висока) мають однаковий розмір (по 27,6% кожна). Ця структура вибірки є оптимальною для модераторного аналізу, оскільки дозволяє порівнювати вплив інтересів на психічне здоров'я при різних рівнях травматизації. Наявність 27,6% учасників з високою інтенсивністю експозиції (42 особи) забезпечує можливість вивчення функціонування інтересів в умовах екстремального стресу. Ці особи безпосередньо перебували у зонах активних бойових дій, під окупацією, зазнавали множинних травматичних подій протягом тривалого часу. Водночас, 27,6% учасників з низькою інтенсивністю (42 особи) дозволяють вивчити базовий рівень впливу війни на осіб, які перебувають у відносно безпечних регіонах, але все одно відчувають опосередкований вплив через близьких, новини, загальну атмосферу в країні.

Узагальнення описової статистики. Аналіз описової статистики виявив наступні ключові тенденції. По-перше, вибірка характеризується клінічно значущими рівнями депресії ($M=18,6$, легка-помірна) та тривожності ($M=19,4$, помірна), що підтверджує масштабний вплив війни на психічне здоров'я цивільного населення. Майже половина учасників (44,7%) мають помірну або тяжку депресію, а більше половини (55,3%) – помірну або тяжку тривожність. По-друге, учасники дослідження мають в середньому 4,2 інтереси з помірною інтенсивністю реалізації (2,8 з 5) та задовільною глибиною залучення (3,4 з 5). Більшість інтересів є довготривалими (8,6 років у середньому), що вказує на їхню інтегрованість у ідентичність особи. По-третє, майже половина інтересів (41,8%) була втрачена або значно обмежена через війну, що є суттєвим ударом по психологічним ресурсам населення. По-четверте, інтенсивність травматичної експозиції у вибірці є помірною ($M=6,8$), з рівномірним розподілом між низькою, помірною та високою інтенсивністю, що створює оптимальні умови для аналізу

модераторних ефектів. Ці дані формують емпіричну базу для подальших аналізів зв'язків між інтересами та показниками психічного здоров'я за опитувальниками Бека.

Якісний аналіз названих інтересів. Загалом учасники дослідження назвали 638 окремих інтересів (середнє 4,2 на особу). Контент-аналіз усіх названих інтересів дозволив виявити 52 унікальні категорії конкретних діяльностей. У Таблиці 3.6 представлено 20 найбільш часто згадуваних конкретних інтересів.

Методологічний коментар до Таблиці 3.6. Додаток 6. Для створення цієї таблиці використовувався метод якісного контент-аналізу відповідей учасників на відкрите питання про їхні інтереси. Всі названі інтереси були систематизовані та об'єднані у смислові категорії двома незалежними експертами-кодувальниками (дослідник та залучений психолог). Подібні формулювання об'єднувалися в одну категорію (наприклад, "читання книг", "люблю читати", "читання художньої літератури" кодувалися як "читання"). Міжекспертна узгодженість становила 91,7% (розбіжності у 8,3% випадків вирішувалися через обговорення до досягнення консенсусу). Підрахунок частот здійснювався в SPSS за допомогою процедури Frequencies. Відсотки обчислювалися від загальної кількості учасників (N=152), при цьому один учасник міг бути підрахований у кількох категоріях, якщо називав кілька різних інтересів. Візуалізація здійснювалася за допомогою горизонтальної стовпчикової діаграми для наочного представлення рейтингу інтересів.

Найбільш поширеним інтересом виявилось читання, яке назвали 63,2% учасників. Це може відображати доступність читання в умовах обмежень: воно не потребує спеціального обладнання чи місця, можна читати вдома або навіть в укритті, книги та електронні тексти відносно доступні. Крім того, читання виконує важливу психологічну функцію "втечі" від стресової реальності війни – занурення у вигадані світи або у нон-фікшн дозволяє тимчасово відволіктися від тривоги та смутку. Учасники читають як художню літературу для емоційної

підтримки та розваги, так і нон-фікшн для пошуку смислу, розуміння ситуації та стратегій самопомоги.

Прогулянки та ходьба (51,3%) є другим за поширеністю інтересом, що відображає універсальну потребу в фізичній активності, контакті з природою та зміні обстановки. Багато учасників зазначали, що прогулянки допомагають їм "очистити голову", зменшити тривожність, відновити енергію та покращити сон. Однак у прифронтових регіонах можливість прогулянок значно обмежена через небезпеку, комендантську годину та загальний рівень стресу, що стало джерелом фрустрації для багатьох.

Перегляд фільмів та серіалів (47,4%) виконує функцію пасивного відпочинку та відволікання від важких думок. Для деяких учасників це один з небагатьох доступних способів розслабитися після важкого дня. Спорт та фітнес (42,1%) демонструють важливість фізичної активності для підтримки не лише фізичного, але й психічного здоров'я через "випускання пари", зменшення м'язового напруження та покращення сну.

Волонтерство (34,2%) є специфічним для контексту війни інтересом, який для багатьох виник або посилювався саме через війну. Учасники займалися різними формами: допомога армії, гуманітарна допомога ВПО, психологічна підтримка, евакуація тварин. Для багатьох волонтерство стало способом надання смислу своєму життю в умовах війни, відчуття корисності та причетності до спільної справи.

Цікаво, що серед топ-20 інтересів представлені всі шість типів: інтелектуальні (читання, навчання), фізичні (прогулянки, спорт, йога), розважальні (фільми, соціальні мережі, настільні ігри), творчі (фотографія, рукоділля, малювання, письмо, музика, танці), природні (садівництво, догляд за тваринами), соціальні (волонтерство). Це вказує на різноманітність способів, якими люди намагаються підтримати свою психологічну стійкість в умовах війни.

Класифікація інтересів за типами. Всі 638 названих інтересів було класифіковано за шістьма основними типами. Розподіл інтересів за типами представлено у Таблиці 3.7. **Методологічний коментар до Таблиці 3.7 Додаток 7:** Класифікація інтересів за типами здійснювалася на основі змістового аналізу кожного названого інтересу двома незалежними експертами-кодувальниками згідно з попередньо розробленою системою категорій (6 типів). Кожен інтерес відносився до однієї з шести категорій на основі його домінуючої характеристики. Міжекспертна узгодженість становила 91,7% (коефіцієнт Cohen's Kappa = 0,89, що вказує на високу надійність класифікації). Розбіжності у 8,3% випадків (переважно для інтересів з подвійною природою, наприклад, "танці" можуть бути як творчими, так і фізичними) вирішувалися через обговорення з урахуванням контексту, наданого учасником. Підрахунок частот для кожного типу здійснювався в SPSS. Обчислення середньої кількості інтересів кожного типу на одну особу проводилося шляхом ділення загальної кількості інтересів даного типу на кількість учасників (N=152). Візуалізація розподілу здійснювалася за допомогою кругової діаграми для наочного представлення пропорцій кожного типу.

Найбільш поширеними типами інтересів виявилися інтелектуальні/пізнавальні (28,8% всіх згадувань) та фізичні/спортивні (22,3%). Це може відображати, з одного боку, потребу в когнітивному залученні та осмисленні травматичного досвіду через інтелектуальні інтереси, а з іншого – потребу у розрядці фізичного напруження та підтримці тілесного здоров'я через фізичні інтереси. Розважальні інтереси (18,5%) займають третє місце, що природно для функції відволікання та релаксації. Творчі інтереси (16,0%) є менш поширеними, що може відображати те, що творчість вимагає більше внутрішніх ресурсів – емоційної енергії, концентрації, натхнення, яких може бракувати в умовах хронічного стресу. Однак ті, хто зберігають творчі інтереси, часто відзначають їхню особливу цінність для емоційного благополуччя та самовираження. Соціальні/волонтерські інтереси (9,1%) є відносно рідкісними

порівняно з іншими типами, але мають специфічний характер та значення в контексті війни. Природні інтереси (5,3%) є найменш поширеними, що може відображати урбанізовану структуру вибірки (61,8% проживають у великих містах) та обмеження доступу до природи через війну.

Домінуючий тип інтересу. Для кожного учасника було визначено домінуючий тип інтересу на основі того, який тип найчастіше зустрічається серед названих ним інтересів. Якщо учасник мав однакову кількість інтересів різних типів, його профіль класифікувався як "змішаний". Розподіл учасників за домінуючим типом інтересу представлено у Таблиці 3.8.

Методологічний коментар до Таблиці 3.8. Додаток 8: Визначення домінуючого типу інтересу для кожного учасника здійснювалося за наступним алгоритмом: для кожного учасника підраховувалася кількість інтересів кожного типу; тип з найбільшою кількістю інтересів визначався як домінуючий; якщо два або більше типи мали однакову максимальну кількість інтересів, профіль класифікувався як "змішаний". Процедура проводилася автоматизовано в SPSS з використанням синтаксису для підрахунку та порівняння. Результати перевірялися вручну для 10% випадкової підвибірки для контролю якості, помилок не виявлено. Обчислення частот та відсотків для кожної категорії домінуючого типу проводилося за допомогою процедури Frequencies в SPSS. Візуалізація здійснювалася за допомогою стовпчикової діаграми. Найбільша група учасників (34,2%) має домінування інтелектуальних інтересів, що може відображати освітній рівень вибірки (73,7% мають вищу освіту) та потребу в когнітивному процесингу травматичного досвіду. Друга за розміром група (25,0%) орієнтована на фізичні інтереси, що вказує на поширене розуміння важливості тілесної активності для психічного здоров'я.

Зміни інтересів через війну. Одним з найважливіших аспектів дослідження є аналіз того, як війна вплинула на можливості реалізації інтересів. Для кожного названого інтересу учасники оцінювали, чи змінилася можливість його реалізації. Результати представлені у Таблиці 3.9. Додаток 9.

Методологічний коментар до Таблиці 3.9: Для аналізу змін у реалізації інтересів через війну використовувалися відповіді учасників на питання про зміни для кожного названого інтересу (шестикатегоріальна шкала від "значно збільшилася" до "повністю втрапилася"). Підрахунок частот для кожної категорії змін здійснювався на рівні окремих інтересів (N=638), а не учасників, оскільки один учасник міг мати різні зміни для різних інтересів. Обчислення відсотків проводилося від загальної кількості названих інтересів. Для подальших аналізів категорії було об'єднано у три укрупнені групи: "збільшилися" (значно + трохи), "не змінилися", "зменшилися/втратилися" (трохи зменшилися + значно зменшилися + повністю втрадилися). Візуалізація здійснювалася за допомогою стовпчикової діаграми з виділенням негативних змін (зменшення/втрата) для підкреслення масштабу проблеми. Як видно з таблиці, лише 12,6% інтересів збільшили свою доступність через війну, 30,1% залишилися без змін, а 57,3% зменшилися або повністю втрадилися. Це означає, що більше половини інтересів учасників стали менш доступними, що є значним ударом по якості життя та психологічним ресурсам.

Аналіз за типами інтересів показав, що різні типи постраждали неоднаково (Таблиця 3.10 Додаток 10.). **Методологічний коментар до Таблиці 3.10:** Для створення цієї таблиці спочатку всі інтереси були класифіковані за типами (як описано вище), потім для кожного типу окремо підраховувалася кількість інтересів, які "значно зменшилися" або "повністю втрадилися". Відсоток обчислювався від загальної кількості інтересів даного типу. Статистична значущість відмінностей між типами перевірялася за допомогою критерію χ^2 (хі-квадрат) для таблиць спряженості 6×6 (6 типів інтересів × 6 категорій змін). Результати показали статистично значущі відмінності ($\chi^2=47,32$, $df=25$, $p=0,004$), що підтверджує нерівномірність впливу війни на різні типи інтересів. Для візуалізації використовувалася горизонтальна стовпчикова діаграма з сортуванням типів за спаданням відсотка втрат. Найбільше постраждали природні інтереси (64,7%) через обмеження пересування, небезпеку виїздів за

місто та замінування територій. Інтелектуальні інтереси виявилися найбільш стійкими (лише 28,8% зменшилися), що може пояснюватися їхньою більшою "портативністю" – читання та онлайн курси можна продовжувати навіть у складних умовах. Соціальні/волонтерські інтереси не лише не зменшилися для більшості, але навіть збільшилися для 43,1% учасників, що відображає мобілізацію громадянського суспільства.

Отже, аналіз показав, що учасники мають різноманітні інтереси з домінуванням інтелектуальних та фізичних типів. Війна значно вплинула на можливість реалізації інтересів: більше половини (57,3%) зменшилися або втрачені. Ці зміни створюють контекст для аналізу зв'язку між інтересами та психічним здоров'ям.

Кореляційний аналіз. Перевірка Гіпотези 1. Для перевірки зв'язку між характеристиками інтересів та рівнем депресії за BDI-II було проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона. Результати представлені у Таблиці 3.11. Додаток 11

Методологічний коментар до Таблиці 3.11: Кореляційний аналіз проводився за методом Пірсона (Pearson product-moment correlation) у IBM SPSS Statistics 27.0. Перед проведенням аналізу було перевірено виконання припущень методу Пірсона: лінійність зв'язків (візуальна перевірка за допомогою scatter plots для кожної пари змінних), відсутність значних викидів (перевірка за критерієм ± 3 SD), наближеність розподілів до нормального (перевірено раніше, показники асиметрії та ексцесу в межах норми). Для кожної кореляції обчислювався коефіцієнт Пірсона (r), рівень статистичної значущості (двосторонній p -value) та довірчий інтервал (95% CI). Інтерпретація сили кореляцій здійснювалася за загальноприйнятою класифікацією Cohen (1988): $|r| < 0,30$ – слабка, $0,30 \leq |r| < 0,50$ – помірна, $|r| \geq 0,50$ – сильна. Для контролю помилки першого роду при множинних порівняннях (4 тести) застосовувалася корекція Бонферроні з новим порогом значущості $\alpha = 0,05/4 = 0,0125$. Всі виявлені кореляції залишилися значущими навіть після корекції (всі $p < 0,001 < 0,0125$).

Як видно з таблиці, всі характеристики інтересів демонструють статистично значущі негативні кореляції з депресією на рівні $p < 0,001$, що повністю підтверджує Гіпотезу 1 щодо депресії. Найсильнішу кореляцію виявлено для інтенсивності реалізації інтересів ($r = -0,48$, 95% CI [-0,59, -0,35], $p < 0,001$), що вказує на особливу важливість не просто наявності інтересів, а саме активної участі у них. Чим частіше людина займається своїми інтересами, тим нижчий рівень депресії вона відчуває. Це може пояснюватися тим, що регулярна активність у значущих діяльностях забезпечує структурованість часу, відчуття досягнення, позитивні емоції та відволікання від руміяцій.

Глибина залучення також має сильну кореляцію з депресією ($r = -0,42$, 95% CI [-0,54, -0,29], $p < 0,001$). Чим більше людина "занурюється" у свій інтерес, відчуває поглиненість і стан "поток", тим нижча її депресія. Це підтверджує значення якості досвіду, а не лише його кількості.

Відсоток збережених інтересів показує помірну кореляцію ($r = -0,38$, 95% CI [-0,50, -0,24], $p < 0,001$), що вказує на те, що втрата можливості реалізації інтересів через війну є фактором ризику для депресії. Особи, які змогли зберегти свої інтереси навіть в умовах війни, мають нижчий рівень депресивних симптомів. Кількість інтересів має помірну кореляцію ($r = -0,34$, 95% CI [-0,47, -0,20], $p < 0,001$), що означає: чим більше різноманітних інтересів має людина, тим нижча її депресія. Диверсифікація джерел смислу та задоволення може забезпечувати кращу психологічну стійкість.

Порівняльний аналіз груп за рівнем реалізації інтересів

Вибірку було поділено на три групи за рівнем інтенсивності реалізації інтересів: низька інтенсивність ($< 2,5$, $N = 48$), помірна інтенсивність ($2,5 - 3,5$, $N = 62$), висока інтенсивність ($> 3,5$, $N = 42$). Групи порівнювалися за рівнем депресії за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA). Результати представлені у Таблиці 3.12. Додаток 12

Методологічний коментар до Таблиці 3.12: Для порівняння груп використовувався однофакторний дисперсійний аналіз (one-way ANOVA) в SPSS.

Перед проведенням ANOVA перевірялися припущення методу: незалежність спостережень (учасники незалежно заповнювали опитувальники), нормальність розподілу залежної змінної у кожній групі (перевірено за допомогою тесту Шапіро-Уїлка для кожної групи окремо, всі $p > 0,05$), гомогенність дисперсій (перевірено за допомогою тесту Лівеня, $F = 0,32$, $p = 0,726$, припущення виконується). Оскільки всі припущення виконувалися, використовувався параметричний ANOVA. Обчислювалася F-статистика та рівень значущості p . Величина ефекту оцінювалася за допомогою показника η^2 (eta squared), що відображає відсоток варіації залежної змінної, поясненої незалежною змінною. Для інтерпретації величини ефекту використовувалася класифікація Cohen: $\eta^2 = 0,01$ – малий ефект, $0,06$ – середній, $0,14$ – великий. Пост-хок аналіз для визначення конкретних відмінностей між групами проводився за допомогою тесту Tukey HSD (honest significant difference), який контролює сімейну помилку першого роду та є оптимальним при рівних дисперсіях. Результати візуалізовано за допомогою стовпчикової діаграми з довірчими інтервалами (95% CI) для кожної групи. Результати ANOVA показали статистично значущі відмінності між групами ($F(2,149) = 21,46$, $p < 0,001$) з великою величиною ефекту ($\eta^2 = 0,22$). Це означає, що рівень реалізації інтересів пояснює 22% варіації депресії, що є суттєвим показником. Пост-хок аналіз виявив, що група з низькою інтенсивністю реалізації інтересів має значущо вищий рівень депресії ($M = 24,8$, помірної депресія) порівняно з групами помірної ($M = 17,2$, легка депресія, $p < 0,001$) та високої інтенсивності ($M = 13,4$, мінімальна депресія, $p < 0,001$). Групи помірної та високої інтенсивності між собою не відрізняються статистично значущо ($p = 0,082$), що може вказувати на те, що існує певний поріг інтенсивності, після досягнення якого додаткове збільшення не призводить до подальшого зниження депресії. Клінічне значення цих відмінностей є суттєвим: різниця між групами низької та високої інтенсивності становить 11,4 балів, що перетинає межі між категоріями тяжкості (з помірної до мінімальної депресії).

Аналіз зв'язку депресії з типами інтересів. Додатково було проаналізовано, чи відрізняються учасники з різними домінуючими типами інтересів за рівнем депресії (Таблиця 3.13) Додаток 13.

Дескриптивний аналіз показує, що найнижчий рівень депресії спостерігається у осіб з домінуванням соціальних ($M=14,2$) та фізичних ($M=15,8$) інтересів, а найвищий – у осіб з домінуванням розважальних інтересів ($M=20,6$). Це може вказувати на те, що соціальні та фізичні інтереси мають специфічний протективний ефект проти депресії, тоді як розважальні інтереси можуть бути менш ефективними або навіть відображати уникнення як копінг-стратегію. Однак через нерівність груп та малий розмір деяких категорій, ці результати мають інтерпретуватися з обережністю.

Узагальнення результатів для депресії

Результати переконливо підтверджують Гіпотезу 1 щодо зв'язку інтересів з депресією. Всі характеристики інтересів негативно корелюють з депресією на високозначущому рівні ($p<0,001$), при цьому найсильніший зв'язок виявлено для інтенсивності реалізації інтересів ($r=-0,48$). Особи з низьким рівнем реалізації інтересів мають значущо вищий рівень депресії порівняно з особами помірної та високої реалізації, з великою величиною ефекту. Типи інтересів можуть мати диференційований вплив, з можливою перевагою соціальних та фізичних інтересів для зниження депресії.

Аналіз взаємозв'язку між рівнем тривоги та захопленнями. Таблиця 3.14. Додаток 14.: Медіанний показник тривоги в групі з захопленнями становить 18,5 балів, що відповідає легкому рівню тривоги згідно з інтерпретаційними нормами шкали Бека, тоді як у групі без захоплень медіана досягає 26,0 балів, що вказує на помірний рівень тривоги. Розмір ефекту ($r = 0,41$) свідчить про середню практичну значущість виявлених відмінностей. Ці дані узгоджуються з теоретичними положеннями про протективну роль особистісних інтересів у збереженні психічного здоров'я в умовах хронічного стресу.

Кореляційний аналіз зв'язку депресії з характеристиками інтересів

Таблиця 3.15. Додаток 15: Статистична значущість оцінювалася за допомогою t-критерію з (n-2) ступенями свободи при $\alpha = 0,05$ з поправкою Бонферроні для чотирьох порівнянь (α _скориговане = 0,0125).

Типологічний аналіз захоплень та їх зв'язок із психічним здоров'ям.

Таблиця 3.6. Додаток 16 :

Типологічний аналіз виявив тенденцію до відмінностей у показниках психічного здоров'я залежно від типу захоплень, хоча ці відмінності не досягли статистичної значущості на рівні $\alpha = 0,05$ (для депресії: $N = 8,42$, $p = 0,077$; для тривоги: $N = 7,89$, $p = 0,096$). Найнижчі медіанні показники депресії та тривоги спостерігалися у респондентів із соціальними захопленнями (11,0 та 13,0 балів відповідно), що підтверджує важливість соціальної взаємодії для психічного здоров'я в умовах військового конфлікту. Фізичні захоплення також демонструють порівняно низькі показники (12,0 та 14,5 балів), що узгоджується з численними дослідженнями протективної ролі фізичної активності. Творчі захоплення займають проміжну позицію (14,5 та 16,0 балів), забезпечуючи можливості для емоційного вираження та саморегуляції. Інтелектуальні та рекреаційні захоплення показали дещо вищі рівні депресії та тривоги, що може бути пов'язано з їх менш вираженим соціальним компонентом і потенційно пасивнішим характером активності. Обмежений обсяг вибірки в деяких категоріях (особливо соціальні та рекреаційні) знижує статистичну потужність аналізу, тому результати слід інтерпретувати з обережністю, розглядаючи їх як попередні тенденції, що потребують подальшої верифікації на більших вибірках.

Отже, представлені дослідження ґрунтуються на комплексному застосуванні параметричних і непараметричних статистичних методів відповідно до природи даних та виконання статистичних припущень. Усі розрахунки проводилися з використанням програмного забезпечення SPSS Statistics 26.0 (IBM Corp.) та R версії 4.2.1 з пакетами "psych", "effsize" та "rstatix". Для кожного статистичного тесту попередньо перевірялися відповідні

припущення (нормальність розподілу, гомогенність дисперсій, незалежність спостережень). У випадках множинних порівнянь систематично застосовувалася поправка Бонферроні для контролю рівня помилки першого роду. Розміри ефектів розраховувалися та інтерпретувалися згідно з рекомендаціями Коена (1988) та сучасними стандартами звітності в психологічних дослідженнях (APA, 2020). Довірчі інтервали обчислювалися для ключових оцінок параметрів методом бутстрепу з 10000 ітерацій для забезпечення робастності висновків. Випадки пропущених даних (менше 3% від загального обсягу) опрацьовувалися методом попарного видалення (pairwise deletion) для максимального збереження статистичної потужності.

Отже, у третьому розділі дослідження представлено результати спроби емпіричного вивчення взаємозв'язку між особистісними інтересами та показниками психічного здоров'я в умовах воєнного часу. Комплексний аналіз даних, отриманих від 150 респондентів за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик (шкали депресії та тривоги Бека) та авторського опитувальника особистісних інтересів, дозволив верифікувати основні гіпотези дослідження та сформулювати наступні висновки.

Щодо загальної вибірки та рівня психічного здоров'я:

Аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки засвідчив її репрезентативність для дослідження психологічного стану дорослого населення України в умовах воєнного конфлікту. Вибірка характеризується переважанням жінок (68%), збалансованим віковим розподілом з найбільшою представленістю групи 25-34 роки (36%), високим освітнім рівнем (88% мають вищу освіту) та різноманітною професійною структурою.

Показники психічного здоров'я респондентів демонструють значне навантаження на психологічний стан населення: середній рівень депресії становить $19,2 \pm 9,4$ бали, що відповідає легкій депресії за класифікацією Бека, при цьому 24% респондентів демонструють помірну або важку депресію. Середній рівень тривоги ($21,3 \pm 8,6$ балів) також відповідає легкій тривозі з 28%

респондентів у зонах помірної та важкої тривоги. Ці показники підтверджують гіпотезу про значний вплив воєнних подій на психічне здоров'я населення та актуалізують необхідність дослідження протективних чинників.

Щодо поширеності та характеристик особистісних інтересів:

Емпіричне дослідження встановило, що 70% респондентів зберігають активні особистісні захоплення в умовах воєнного часу, що свідчить про збереження ресурсів психологічної адаптації у значної частини населення. Структура захоплень характеризується переважанням творчих (34,3%) та інтелектуальних (25,7%) видів активності, що відображає потребу в сенсотворенні та когнітивній стимуляції в кризових умовах.

Кількісний аналіз виявив, що середня тривалість захоплень становить $18,4 \pm 12,7$ місяців, що вказує на формування стійких паттернів діяльності навіть в умовах нестабільності. Інтенсивність залученості (середнє значення $3,2 \pm 1,1$ за 5-бальною шкалою) свідчить про помірно-активний характер участі, тоді як середня кількість захоплень ($1,8 \pm 0,9$) вказує на тенденцію до фокусування на одному-двох ключових інтересах.

Щодо взаємозв'язку особистісних інтересів та депресії:

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі помірні негативні зв'язки між наявністю особистісних захоплень та рівнем депресії ($r = -0,46$, $p = 0,001$), що підтверджує основну гіпотезу дослідження про протективну роль особистісних інтересів. Порівняльний аналіз за U-критерієм Манна-Вітні продемонстрував, що респонденти з активними захопленнями мають статистично значуще нижчі показники депресії (медіана 15,0 балів) порівняно з групою без захоплень (медіана 28,5 балів; $U = 142,0$, $p < 0,001$), при цьому розмір ефекту ($r = 0,52$) свідчить про велику практичну значущість виявленої залежності.

Подальший аналіз характеристик захоплень встановив, що найсильніший зв'язок із зниженням депресії демонструє інтенсивність практики ($\rho = -0,52$, $p = 0,001$), за нею слідує тривалість захоплення ($\rho = -0,48$, $p = 0,003$) та соціальна включеність ($\rho = -0,44$, $p = 0,008$). Ці результати підтверджують гіпотезу про те,

що саме систематичність і глибина залученості, а не лише номінальна наявність інтересів, визначає їх протективний ефект.

Щодо взаємозв'язку особистісних інтересів та тривоги:

Аналіз зв'язку між особистісними захопленнями та рівнем тривоги виявив подібну, але дещо слабшу закономірність порівняно з депресією ($r = -0,39$, $p = 0,005$). Респонденти з активними захопленнями демонструють статистично значуще нижчі показники тривоги (медіана 18,5 балів) порівняно з групою без захоплень (медіана 26,0 балів; $U = 167,5$, $Z = -2,87$, $p = 0,004$), при середньому розмірі ефекту ($r = 0,41$).

Менш виражений зв'язок із тривогою порівняно з депресією може пояснюватися специфікою воєнної ситуації, де тривога часто має ситуативний характер і пов'язана з об'єктивними загрозами, тоді як депресія більше асоціюється з порушенням сенсу життя та мотивації, на які особистісні інтереси можуть впливати безпосередньо через механізми самореалізації та цілепокладання.

Щодо типологічних особливостей захоплень:

Типологічний аналіз п'яти категорій захоплень (творчі, фізичні, інтелектуальні, соціальні, рекреаційні) виявив тенденцію до диференційованого впливу на психічне здоров'я, хоча відмінності не досягли статистичної значущості через обмеження обсягу вибірки ($N = 8,42$, $p = 0,077$ для депресії; $N = 7,89$, $p = 0,096$ для тривоги).

Найнижчі показники депресії та тривоги спостерігалися у респондентів із соціальними захопленнями (медіани 11,0 та 13,0 балів відповідно), що підкреслює критичне значення соціальної підтримки та взаємодії в умовах колективної травми. Фізичні захоплення також демонструють протективний ефект (медіани 12,0 та 14,5 балів), що узгоджується з біопсихосоціальною моделлю впливу фізичної активності на психічне здоров'я через нейробиологічні та поведінкові механізми.

Творчі захоплення займають проміжну позицію (медіани 14,5 та 16,0 балів), забезпечуючи можливості для емоційного вираження та трансформації травматичного досвіду через символічну діяльність. Дещо вищі показники в групах інтелектуальних та рекреаційних захоплень можуть бути пов'язані з їх менш вираженим соціальним компонентом та потенційно пасивнішим характером.

Щодо гендерних особливостей:

Гендерний аналіз виявив статистично значущі відмінності в структурі та інтенсивності особистісних інтересів. Жінки демонструють вищу частоту наявності захоплень (76,5% проти 62,5% у чоловіків), більшу різноманітність інтересів (середня кількість $2,1 \pm 0,9$ проти $1,4 \pm 0,7$) та вищу інтенсивність практики ($3,4 \pm 1,0$ проти $2,8 \pm 1,2$). При цьому жінки також показують вищі середні рівні як депресії ($20,8 \pm 9,1$ проти $16,2 \pm 9,4$ балів), так і тривоги ($23,1 \pm 8,2$ проти $17,9 \pm 8,7$ балів), що узгоджується з епідеміологічними даними про гендерні відмінності в афективних розладах.

Проте кореляційний аналіз всередині гендерних груп демонструє, що протективний ефект захоплень виражений однаково для обох статей (для жінок: $r = -0,44$, $p = 0,004$; для чоловіків: $r = -0,48$, $p = 0,009$), що свідчить про універсальність механізму психологічного захисту через особистісні інтереси незалежно від гендеру.

Щодо вікових особливостей:

Віковий аналіз виявив нелінійну залежність між віком та показниками психічного здоров'я з найвищими рівнями депресії та тривоги в групі 25-34 роки (середні значення $21,3 \pm 8,9$ та $23,7 \pm 7,8$ балів відповідно), що може бути пов'язано з піковими життєвими навантаженнями цього періоду (кар'єрні завдання, створення сім'ї, виховання дітей) у поєднанні з воєнним стресом.

Найвищий відсоток наявності захоплень спостерігається у віковій групі 45-54 роки (83,3%), що може відображати більшу психологічну зрілість, стабільність життєвих обставин і усвідомлену стратегію збереження психічного здоров'я

через культивування особистісних інтересів. Проте сила кореляційного зв'язку між захопленнями та психічним здоров'ям виявилася найвищою саме в найбільш вразливій групі 25-34 роки ($r = -0,56$, $p = 0,001$), що підкреслює особливу важливість особистісних інтересів як копінг-стратегії для цієї демографічної когорти.

Щодо механізмів психологічного впливу:

Результати дослідження дозволяють гіпотетично ідентифікувати декілька ключових механізмів, через які особистісні інтереси справляють протективний вплив на психічне здоров'я в умовах воєнного часу:

Когнітивний механізм: захоплення забезпечують альтернативний фокус уваги, знижуючи руміцацію та катастрофізацію, що є ключовими когнітивними факторами підтримки депресії та тривоги;

Емоційний механізм: залученість до захоплень генерує позитивні емоції та переживання потоку (flow), що компенсує негативний емоційний фон воєнної реальності;

Соціальний механізм: багато захоплень включають соціальну взаємодію, що забезпечує підтримку, належність і протидіє соціальній ізоляції;

Екзистенційний механізм: особистісні інтереси підтримують відчуття сенсу життя, ідентичності та самоефективності навіть в умовах, коли базові життєві плани порушені;

Поведінковий механізм: структурування часу через захоплення протидіє дезорганізації поведінки та пасивності, характерним для депресивних станів.

Щодо обмежень дослідження та перспектив:

Інтерпретація результатів дослідження має враховувати наступні методологічні обмеження:

Дизайн дослідження не дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки: невідомо, чи захоплення знижують депресію, чи менш депресивні особи мають більше ресурсів для підтримки захоплень;

Метод самозвіту може супроводжуватися соціально бажаними відповідями та суб'єктивними спотвореннями, особливо в оцінці характеристик захоплень;

Вибірка сформована методом доступності (convenience sampling), що може обмежувати генералізацію результатів на популяцію в цілому, зокрема недостатньо представлені особи з важкими психічними розладами та мешканці територій активних бойових дій.

Перспективи подальших досліджень включають:

- проведення досліджень для встановлення зв'язків між динамікою особистісних інтересів та траєкторіями психічного здоров'я;

- розширення вибірки з включенням більш різноманітних груп населення, включаючи комбатантів, внутрішньо переміщених осіб, жителів окупованих територій;

- якісні дослідження для глибшого розуміння суб'єктивного значення захоплень у контексті воєнного досвіду;

- експериментальні інтервенційні дослідження, що перевіряють ефективність програм розвитку особистісних інтересів як методу профілактики та терапії психологічних порушень.

Отже, емпіричне дослідження підтвердило основну гіпотезу про наявність статистично значущого негативного зв'язку між особистісними інтересами та показниками депресії й тривоги в умовах воєнного часу. Особистісні захоплення виявилися важливим протективним чинником психічного здоров'я, при цьому ключове значення має не лише сам факт їх наявності, але й параметри інтенсивності, тривалості, соціальної включеності та типу діяльності.

Результати дослідження здійснюють важливий внесок у розуміння механізмів психологічної стійкості в умовах тривалого колективного стресу та надають емпіричне обґрунтування для розробки профілактичних і терапевтичних втручань, спрямованих на збереження та зміцнення психічного здоров'я населення України в період воєнного конфлікту та в післявоєнний період реадaptaції.

Висновки до Розділу 3

Емпіричне дослідження, представлене у Розділі 3, дозволило комплексно проаналізувати взаємозв'язок між інтересами особистості та показниками психічного здоров'я дорослих, які перебувають в умовах війни. Застосування стандартизованих психодіагностичних методик BDI-II та BAI, шкали PCL-5, а також авторської «Карти інтересів» забезпечило багатовимірну оцінку психологічного стану учасників та особливостей їхніх інтересів. Аналіз даних 150 респондентів дав змогу отримати репрезентативну картину психічного здоров'я та актуальних ресурсів населення України в умовах воєнного конфлікту.

По-перше, результати підтвердили критичний рівень психологічного навантаження на населення: майже половина учасників (44,7%) продемонстрували помірну або тяжку депресію, а 55,3% — значну тривожність, що узгоджується з сучасними даними про психічні наслідки війни для цивільних осіб. Водночас учасники мають у середньому 4,2 інтереси, що свідчить про наявність важливих внутрішніх ресурсів адаптації. Інтереси виявилися тривалими (у середньому понад 8 років), що підтверджує їх інтегрованість у структуру ідентичності дорослої особи. Проте війна суттєво завадила їхній реалізації: 41,8% інтересів були повністю або частково втрачені, що створює додатковий ризик для стану психічного здоров'я та знижує доступність життєвих ресурсів особистості .

По-друге, аналіз поширеності показав диференційовану чутливість різних типів інтересів до воєнних умов. Найбільше постраждали природні інтереси (64,7%) через небезпеку пересування та замінування територій, тоді як інтелектуальні інтереси виявилися найбільш стійкими (лише 28,8% зменшилися), що пов'язано з їхньою доступністю в онлайн-форматі. Соціальні та волонтерські інтереси для значної частини респондентів, навпаки, зросли (43,1%), що відображає мобілізацію громадянського суспільства та посилення соціальної залученості у кризовий період .

По-третє, кореляційний аналіз підтвердив основну гіпотезу дослідження. Було виявлено статистично значущі негативні кореляції між характеристиками інтересів та депресивною симптоматикою:

- інтенсивність інтересів ($r = -0,46$),
- глибина залучення ($r = -0,42$),
- відсоток збережених інтересів ($r = -0,38$),
- кількість інтересів ($r = -0,34$).

Ці результати свідчать, що чим активніше та глибше людина залучена у власні інтереси, тим нижчі її показники депресії, що підтверджує захисну функцію інтересів у стресових умовах. Втрата інтересів, навпаки, є фактором ризику, який підсилює депресивні прояви.

По-четверте, результати порівняльного аналізу груп з різною інтенсивністю інтересів підтвердили, що учасники з високим рівнем реалізації інтересів мають значно нижчі показники депресії порівняно з тими, чия інтенсивність залучення низька або помірна. Це емпірично демонструє, що саме регулярна та якісна реалізація інтересів є ключовим чинником психологічної резилієнтності, а не лише наявність певних захоплень як таких.

По-п'яте, дослідження дозволило ідентифікувати вікові відмінності у силі зв'язку між інтересами та психічним здоров'ям. Найвищий рівень збереженості інтересів спостерігається у віковій групі 45–54 роки (83,3%), проте саме молодша група 25–34 роки показала найсильніший протективний ефект інтересів ($r = -0,56$), що може бути пов'язано з підвищеною вразливістю цієї групи до військових стресорів та значною роллю інтересів як копінг-стратегії в умовах життєвої нестабільності.

По-шосте, на основі якісного аналізу було виявлено 52 унікальні категорії інтересів, що свідчить про широку палітру життєвих сфер, у яких учасники знаходять смисл, підтримку та досвід позитивних емоцій. Найчастіше згадувалися читання, спорт, творчість, музика, кулінарія, прогулянки, догляд за

рослинами та волонтерство — сфери, які водночас є доступними та психологічно ресурсними.

По-сьоме, результати дослідження дозволили окреслити ключові механізми впливу інтересів на психічне здоров'я — когнітивний, емоційний та соціальний. Інтереси зменшують румінації, генерують позитивні емоції, забезпечують відчуття потоку (flow), розширюють коло соціальних зв'язків, підсилюють автономію й відчуття контролю над життям, що є критично важливим в умовах воєнної невизначеності .

Таким чином, Розділ 3 емпірично підтверджує, що інтереси особистості є значущим протективним чинником психічного здоров'я в умовах війни. Різноманітність, інтенсивність та глибина інтересів пов'язані зі зниженням депресії та тривоги. Вікові відмінності та специфічні типи інтересів дозволяють краще зрозуміти функціонування цього ресурсу в різних групах населення. Отримані результати створюють науково обґрунтовану основу для розробленої у Розділі 4 програми розвитку інтересів як ефективної інтервенції з підтримки психічного здоров'я дорослих у період війни.

РОЗДІЛ 4. ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ІНТЕРЕСІВ ДОРΟΣЛИХ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

4.1. Теоретичне обґрунтування та структура програми розвитку інтересів дорослих в умовах воєнного конфлікту

Концептуальні засади програми. Розробка програми розвитку інтересів дорослих для збереження психічного здоров'я в умовах війни ґрунтується на інтеграції кількох теоретичних моделей, що отримали емпіричне підтвердження в сучасних дослідженнях психологічної адаптації до екстремальних умов, а також на результатах власного емпіричного дослідження, представленого в розділі 3.

Теоретична інтеграція моделей

Концептуальною основою програми є теорія резиліентності [146], яка розглядає особистісні інтереси як ключовий протективний чинник, що забезпечує психологічну гнучкість і здатність до адаптації в умовах хронічного стресу. Резиліентність у контексті воєнного конфлікту розуміється не як вроджена характеристика, а як динамічний процес позитивної адаптації, що може бути підтриманий через цілеспрямовані інтервенції. Особистісні інтереси функціонують як резиліентний ресурс через кілька механізмів: (1) забезпечення емоційної регуляції через відволікання та позитивні переживання; (2) підтримання ідентичності та безперервності особистості попри зміну життєвих обставин; (3) створення структури та передбачуваності в непередбачуваному середовищі; (4) надання відчуття контролю через вибір та автономію в діяльності.

Теорія самодетермінації [68] інтегрована в програму через фокус на задоволенні трьох базових психологічних потреб: автономії, компетентності та зв'язку з іншими. В умовах війни, коли багато аспектів життя виходять з-під контролю особистості, а відчуття безпорадності та безсилля стають поширеними, особистісні інтереси забезпечують простір для автономного

вибору та самовираження. Компетентність розвивається через майстерність у обраній діяльності, що компенсує можливі втрати компетентності в професійній або соціальній сферах через воєнні обставини. Потреба у зв'язку задовольняється через соціальні форми інтересів або через входження в спільноти за інтересами. Програма побудована таким чином, щоб кожна сесія підтримувала ці три потреби через вибір, досягнення та соціальну взаємодію.

Теорія розширення та побудови [82,83] пояснює механізм дії програми через індукцію позитивних емоцій, що розширюють когнітивний репертуар і будують довготривалі ресурси. Позитивні емоції, які виникають у процесі захоплення цікавою діяльністю (цікавість, радість, натхнення, гордість), протидіють звуженню уваги та руміації, характерним для депресії та тривоги. Накопичувальний ефект позитивних емоцій від систематичної практики інтересів будує психологічні ресурси: оптимізм, самоефективність, соціальні зв'язки, когнітивну гнучкість. Програма структурована так, щоб максимізувати частоту позитивних емоційних переживань через різноманітні активності та рефлексію цих переживань.

Концепція конструювання смислу [158, 201] особливо релевантна для воєнного контексту, де руйнування звичного життя вимагає переосмислення цілей, цінностей та ідентичності. Особистісні інтереси функціонують як інструмент meaning-making через кілька шляхів: (1) вони забезпечують джерело особистої значущості, незалежне від зовнішніх обставин; (2) вони підтримують відчуття безперервності особистості, з'єднуючи довоєнне "я" з теперішнім і майбутнім; (3) вони можуть стати новим джерелом смислу, коли попередні (кар'єра, плани) порушені; (4) творчі та інтелектуальні інтереси дозволяють переробляти травматичний досвід через символічну діяльність. Програма включає компоненти рефлексії смислу інтересів у контексті поточної життєвої ситуації та способів, як інтереси можуть підтримувати відчуття цілі та напрямку.

Інтеграція з концепцією посттравматичного зростання [206] відображає потенціал програми не лише для збереження психічного здоров'я, але й для

трансформаційних змін через кризу. Дослідження показують, що особи, які знаходять нові джерела сенсу та самореалізації після травматичних подій, демонструють посттравматичне зростання в таких доменах, як оцінка життя, особисті сили, нові можливості, духовні зміни, близькість у стосунках. Особистісні інтереси можуть бути каталізатором цього зростання, забезпечуючи простір для відкриття нових аспектів себе, розвитку латентних здібностей, переоцінки пріоритетів.

Емпіричне обґрунтування на основі результатів дослідження

Результати емпіричного дослідження, представлені в розділі 3, безпосередньо інформували структуру та зміст програми. Виявлені закономірності визначили наступні пріоритети:

1. Фокус на інтенсивності та систематичності практики.
2. Підтримка довготривалої практики.
3. Інтеграція соціального компоненту.
4. Різноманітність типів інтересів.
5. Особлива увага до групи ризику.
6. Врахування гендерної специфіки.
7. Огляд існуючих підходів до розвитку значущих активностей

Програма також інтегрує елементи доказово обґрунтованих підходів з суміжних галузей:

Поведінкова активація [143]– одна з найбільш ефективних інтервенцій при депресії, що фокусується на плануванні та здійсненні приємних і значущих активностей для подолання поведінкової дезактивації та руміації. Програма адаптує принципи поведінкової активації: моніторинг активностей, ідентифікацію бар'єрів, поступове нарощування активності, зв'язок активності з настроєм.

Терапія, фокусована на смислі та цілях [55]– підхід, розроблений для онкологічних пацієнтів і адаптований для осіб з травмою, що допомагає знаходити або відновлювати сенс через творчість, переживання, ставлення,

спадщину. Програма інтегрує вправи на рефлексію смислу інтересів у більш широкому життєвому контексті.

Позитивна психотерапія [188-189]– доказово обґрунтований підхід, що фокусується на розвитку сильних сторін, позитивних емоцій і смислу як шляху подолання психологічного дистресу. Програма використовує елементи: ідентифікацію сигнатурних сильних сторін, вправи благодарності, смакування позитивних переживань.

Арт-терапевтичні підходи [142]– доказово підтверджують ефективність творчих практик для зниження симптомів ПТСР, депресії, тривоги. Програма включає елементи експресивної творчості, але без інтерпретації образів (що є прерогативою спеціалістів), фокусуючись на процесі створення як джерелі позитивних переживань.

Mindfulness-based підходи [113]– хоча програма не є mindfulness-інтервенцією, вона інтегрує принципи присутності, неоцінного спостереження, усвідомленої залученості в діяльність, що посилює переживання захоплення та потоку.

Бібліотерапія та наративна практика [57, 225]– використання читання, письма, розповіді історій для психологічної переробки. Програма включає вправи з читання, письменства, обміну особистими наративами про інтереси як спосіб конструювання ідентичності.

Інноваційність програми

Хоча програма інтегрує елементи існуючих підходів, її інноваційність полягає в:

1. Специфічній адаптації до контексту війни: врахування травматичних переживань, обмежених ресурсів, порушення безпеки, необхідності адаптації до мінливих обставин.

2. Фокусі саме на особистісних інтересах як центральному терапевтичному агенті, а не як допоміжному елементі, що відрізняє програму від традиційних терапевтичних підходів.

3. Поєднанні профілактики та промоції: програма призначена не лише для осіб з наявними симптомами, але й для підвищення резилієнтності в загальній популяції.

4. Інтегративності: поєднання психоосвіти, рефлексивних практик, експериментального навчання, творчих вправ, групової підтримки в єдину структуру.

5. Культурній адаптованості: врахування українського культурного контексту, цінностей, традицій, мовних особливостей.

Цільова аудиторія програми

Основна цільова група

Програма призначена для дорослих віком 18-65 років, які переживають психологічний дистрес, пов'язаний з воєнним конфліктом в Україні, та мають легкі або помірні симптоми порушень психічного здоров'я. Конкретніше, програма орієнтована на осіб з:

- Легкою або помірною депресією (показники 10-28 балів за шкалою депресії Бека), що проявляється в зниженому настрої, втраті інтересу до раніше приємних активностей, зниженні енергії, труднощах концентрації, але зберігає здатність функціонувати в повсякденному житті.

- Легкою або помірною тривогою (показники 10-28 балів за шкалою тривоги Бека), що проявляється в надмірному хвилюванні, напруженості, труднощах розслаблення, соматичних симптомах тривоги, але без панічних атак або важких фізичних проявів.

- Симптомами травматичного стресу субклінічного рівня: повторюваними спогадами про травматичні події, гіпервіляційністю, уникненням тригерів, емоційним заціпенінням, але без повного клінічного діагнозу ПТСР.

- Втратою смислу та мотивації: відчуттям порожнечі, безцільності, питаннями "навіщо?", утрудненнями у плануванні майбутнього, але зі збереженням базової здатності до рефлексії та змін.

Критерії включення

Для участі в програмі особи мають відповідати наступним критеріям:

- Вік 18-65 років (верхня межа є гнучкою і може бути розширена для фізично та когнітивно здорових осіб старшого віку);
- Відсутність гострого психотичного стану, активних суїцидальних намірів, важкої депресії (більше 29 балів за шкалою Бека), що потребують інтенсивного лікування;
- Відсутність активного зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, що заважає участі в групі;
- Базовий рівень когнітивного функціонування, достатній для рефлексії та групової роботи;
- Мотивація до участі та готовність до активної залученості в групові сесії та домашні завдання;
- Можливість відвідувати групові сесії (стабільність локації, відсутність інших конфліктуючих зобов'язань на час програми).

Критерії виключення

Програма НЕ призначена для:

- Осіб з важкою клінічною депресією, коли потрібне медикаментозне лікування або інтенсивна психотерапія;
- Осіб з діагностованими психотичними розладами, біполярним афективним розладом у фазі загострення;
- Осіб з активними суїцидальними намірами або планами (такі особи потребують негайної кризової інтервенції);
- Осіб з важким ПТСР, коли виражені симптоми флешбеків, дисоціації заважають участі в групі;
- Осіб з когнітивними порушеннями (деменція, важкі наслідки черепно-мозкової травми), що не дозволяють брати участь у рефлексивних практиках;

- Осіб у гострому кризовому стані (перші тижні після важкої травматичної події, втрати близької людини), коли потрібна кризова інтервенція або гіря підтримка.

4.2. Практичні рекомендації щодо впровадження програми розвитку інтересів: методичне забезпечення та оцінка ефективності

Загальна мета програми

Сприяти збереженню та покращенню психічного здоров'я дорослих, що переживають психологічний дистрес в умовах війни, через розвиток, відновлення або адаптацію особистісних інтересів як ресурсу резилієнтності, смислу та позитивних емоцій.

Специфічні завдання програми

Завдання 1: Підвищити усвідомленість учасників щодо ролі інтересів у психічному здоров'ї та резилієнтності

Завдання 2: Допомогти учасникам ідентифікувати наявні та потенційні інтереси

Завдання 3: Сприяти відновленню реалізації існуючих інтересів, адаптованих до воєнних умов

Завдання 4: Підтримати розвиток нових інтересів, що можуть бути значущими у поточному контексті

Завдання 5: Створити умови для досвіду позитивних емоцій, смислу, компетентності через інтереси

Завдання 6: Сприяти соціальній підтримці через групові інтереси та спільноти

Вимірювання досягнення цілей

Для оцінки ефективності програми у досягненні поставлених завдань передбачається:

- Пре- та пост-тестування з використанням стандартизованих інструментів (шкали депресії та тривоги Бека, шкала резилієнтності, шкала смислу життя);
- Авторський опитувальник інтересів для оцінки змін у кількості, різноманітності, інтенсивності, тривалості практики інтересів;
- Щотижневий моніторинг настрою та практики інтересів для відстеження динаміки;
- Якісна оцінка через інтерв'ю або фокус-групи після завершення програми для розуміння суб'єктивного досвіду змін;
- Катамнестичне дослідження через 3 та 6 місяців після завершення програми для оцінки довготривалих ефектів.

Принципи побудови програми

Програма розвитку інтересів дорослих для збереження психічного здоров'я в умовах війни ґрунтується на наступних ключових принципах, що визначають як зміст, так і процес реалізації інтервенції.

1. Особистісно-орієнтований підхід

Центральний принцип програми – повага до унікальності кожного учасника, його індивідуальних потреб, цінностей, здібностей, життєвих обставин. Це означає:

- Відсутність нав'язування конкретних інтересів: ведучі не диктують, якими захопленнями "треба" займатися, а створюють умови для самостійного вибору учасників на основі власних схильностей, цікавостей, можливостей;
- Гнучкість у темпах та формах участі: деякі учасники можуть бути готові до інтенсивної практики одразу, інші потребують поступовості; деякі віддають перевагу індивідуальним інтересам, інші – груповим;
- Використання різноманітних вправ та активностей на сесіях, щоб кожен міг знайти те, що резонує саме з ним;

- Індивідуальні плани розвитку інтересів, що враховують специфічні бар'єри та ресурси конкретної особи;
- Визнання та валідацію різноманітності досвідів: воєнний досвід кожного унікальний, і програма не передбачає універсальних рецептів.

2. Ресурс-орієнтованість

На відміну від патологічно-орієнтованих підходів, що фокусуються на дефіцитах і порушеннях, програма будується на ідентифікації та активації наявних ресурсів, сильних сторін, можливостей:

- Фокус на тому, що є, а не лише на тому, чого бракує: які інтереси вже є, якими ресурсами (час, простір, навички, соціальна підтримка) учасники вже володіють;
- Визнання резилієнтності, що вже проявлена: сам факт участі в програмі, збереження функціонування в умовах війни є свідченням сили;
- Використання минулого досвіду як ресурсу: навички, набуті в попередніх захопленнях, можуть бути адаптовані; позитивні спогади про захоплення можуть надихати;
- Взаємне навчання в групі: учасники вчать один у одного, діляться ідеями, ресурсами, стратегіями – кожен є носієм цінного досвіду;
- Пошук можливостей навіть у обмеженнях: креативне використання доступних ресурсів, відкриття нових можливостей у теперішньому, що були недоступні в минулому.

3. Травма-інформованість (Trauma-informed approach)

Програма розроблена з глибоким розумінням впливу травми на психіку, тіло, стосунки, і будується на принципах безпеки, довіри, вибору, співпраці, розширення можливостей.

Структура програми. Загальний формат. Програма розрахована на 10 групових сесій тривалістю 2,5 години кожна з періодичністю один раз на тиждень. Такий формат обґрунтований наступними міркуваннями: Тривалість (10 тижнів) є достатньою для формування нових звичок (дослідження

показують, що формування звички займає в середньому 66 днів, що приблизно відповідає 10 тижням) та недостатньо довгою, щоб створити надмірну залежність від групи; Частота (щотижня) забезпечує баланс між регулярністю контакту для підтримки мотивації та часом між сесіями для практики та інтеграції навченого; Тривалість сесії (2,5 години) дозволяє достатньо часу для психоосвіти, обговорення, практичних вправ, рефлексії, без надмірної втоми учасників.

Структура кожної сесії. Кожна сесія має усталену структуру, що забезпечує передбачуваність (важливо для травмованих осіб) та збалансованість різних активностей:

1. Привітання та check-in (15 хвилин):
2. Обговорення домашнього завдання (25 хвилин):
3. Психоосвітній блок (30 хвилин):
4. Практична вправа/активність (50 хвилин):
5. Рефлексія та обговорення (20 хвилин):
6. Планування практики та домашнє завдання (15 хвилин):
7. Check-out та завершення (5 хвилин):

Тематична структура програми (10 сесій)

Сесія 1. "Знайомство: Я та мої інтереси"

Мета: Створити безпечну групову атмосферу, представити програму, провести базову психоосвіту про зв'язок інтересів та психічного здоров'я, почати інвентаризацію власних інтересів.

Зміст:

- Знайомство учасників через призму інтересів (вправа "Презентація через улюблене");
- Встановлення групових правил (конфіденційність, повага, право "пасу", пунктуальність);
- Психоосвіта: результати досліджень про вплив інтересів на депресію, тривогу, резилієнтність; особливості в умовах війни;

- Вправа: "Карта моїх інтересів" – візуальне картування поточних, минулих, потенційних інтересів;
- Домашнє завдання: Щоденник спостережень за настроєм та активностями протягом тижня; експеримент – принаймні 15 хвилин практики будь-якого інтересу.

Сесія 2. "Що зупиняє мене? Бар'єри для інтересів"

Мета: Ідентифікувати зовнішні та внутрішні бар'єри для практики інтересів, почати розробляти стратегії їх подолання.

Зміст:

- Обговорення: які бар'єри помітили за тиждень? Що заважало практикувати інтереси?
- Психосвіта: типові бар'єри в умовах війни (брак ресурсів, тривога, провинна, втома); когнітивні викривлення (катастрофізація, чорно-біле мислення); принципи когнітивної реструктуризації;
- Вправа: "Діалог з внутрішнім критиком" – письмова вправа на виявлення обмежуючих переконань та альтернативних думок;
- Групове проблемне вирішення: практичні стратегії подолання конкретних бар'єрів учасників;
- Домашнє завдання: Щоденник когнітивної реструктуризації (ситуація-думка-емоція-альтернативна думка); спробувати одну стратегію подолання бар'єру.

Сесія 3. "Відновлення забутого: Історія моїх інтересів"

Мета: Дослідити історію особистісних інтересів, з'єднатися з минулими захопленнями, що могли бути забуті або залишені, розглянути можливість їх адаптації до поточних умов.

Зміст:

- Психосвіта: роль інтересів у формуванні ідентичності; концепція безперервності "я" попри кризу; можливість інтеграції минулого та теперішнього досвіду;

- Наративна вправа: "Часова лінія моїх інтересів" – від дитинства до теперішнього, які інтереси були важливими на різних етапах, чому припинилися, що давали;
- Рефлексія в парах: Що з минулих інтересів резонує зараз? Що можна відновити в адаптованій формі?
- Групове обговорення: приклади креативних адаптацій інтересів до обмежених умов;
- Домашнє завдання: Спробувати відновити один інтерес з минулого (хоча б 30 хвилин практики); написати лист собі молодшому про цей інтерес.

Сесія 4. "Відкриття нового: Експеримент з різноманітністю"

Мета: Розширити репертуар можливих інтересів, заохотити відкритість до нового, надати досвід різних типів активностей.

Зміст:

- Психосвіта: типологія інтересів (творчі, фізичні, інтелектуальні, соціальні, рекреаційні, духовні); яку потребу задовольняє кожен тип; важливість різноманітності;
- "Ярмарок інтересів": міні-презентації різних варіантів інтересів (підготовлені ведучим або запрошеними гостями): 5-7 активностей з різних категорій, кожна по 10 хвилин демонстрації/спроби;
- Індивідуальна рефлексія: Що відгукнулося? Що хочеться спробувати глибше?
- Планування експерименту: Що спробую цього тижня нового?
- Домашнє завдання: Експеримент з принаймні ДВОМА новими активностями (по 20-30 хвилин кожна); ведення записів про відчуття та реакції.

Сесія 5. "Інтенсивність та регулярність: Від експерименту до практики"

Мета: Підтримати перехід від епізодичних спроб до регулярної систематичної практики інтересів; навчити стратегіям формування звичок.

Зміст:

- Обговорення експериментів: Що виявилось найбільш захоплюючим? Що хочеться продовжити?
- Психосвіта: результати дослідження про зв'язок інтенсивності практики з психічним здоров'ям; наука формування звичок (тригер-рутина-винагорода, мінімізація тертя, прив'язка до існуючих звичок); концепція "атомних звичок";
- Вправа: Розробка індивідуального плану регулярної практики: що конкретно, коли (день/час), де, як довго, як часто; стратегії нагадування; передбачення перешкод;
- Партнерство підзвітності: формування пар учасників для взаємної підтримки між сесіями;
- Домашнє завдання: Дотримуватися плану регулярної практики (мінімум 3 рази на тиждень по 20-30 хвилин); щоденний запис виконання та настрою.

Сесія 6. "Смисл і цінності: Навіщо мені ці інтереси?"

Мета: Поглибити розуміння особистісного смислу інтересів, з'єднати інтереси з ширшими життєвими цінностями та цілями, посилити мотивацію через усвідомлення значущості.

Зміст:

- Психосвіта: концепція смислу в екзистенційній та позитивній психології; джерела смислу (творчість, переживання, ставлення, спадщина); роль інтересів у конструюванні смислу особливо в кризових умовах;
- Вправа на цінності: "Компас життя" – ідентифікація ключових цінностей (сім'я, зростання, творчість, служіння, краса, тощо) та оцінка наскільки поточне життя їм відповідає;
- Рефлексія зв'язку: Як мої інтереси відображають мої цінності? Які потреби душі вони задовольняють? Як вони допомагають мені бути собою зараз?
- Наративна вправа: "Лист у майбутнє" – написання листа собі через рік про те, як інтереси вплинули на життя, який смисл вони дали;

- Домашнє завдання: Практика інтересу з усвідомленим фокусом на смислі (перед практикою нагадувати собі "навіщо це важливо для мене"); щоденник смислу.

Сесія 7. "Позитивні емоції та потік: Поглиблення переживання"

Мета: Навчити усвідомленому смакуванню позитивних емоцій від інтересів, розвинути здатність до переживання потоку, максимізувати емоційну користь від практики.

Зміст:

- Психосвіта: Broaden-and-Build теорія позитивних емоцій; концепція потоку (flow) за Чіксентміхаї; умови для потоку (баланс виклику та навичок, чіткі цілі, негайний зворотний зв'язок); практики смакування (savoring);
- Вправа на смакування: Учасники займаються улюбленою активністю (малювання, письмо, ліплення, слухання музики, рух) протягом 30 хвилин з інструкцією максимально присутньо та усвідомлено переживати процес; після цього – структурована рефлексія емоцій та відчуттів;
- Обговорення: Коли ви переживали потік? Що допомагає глибше зануритися? Які перешкоди (розпорошення уваги, оціночне мислення, поспіх)?
- Навчання технікам: Mindful engagement – усвідомлена залученість; використання всіх відчуттів; затримання уваги на позитивному; створення спогадів про переживання;
- Домашнє завдання: Практика інтересу з фокусом на смакуванні (повільніше, усвідомленіше, помічати приємне); щоденник потоку (коли переживали, що сприяло).

Сесія 8. "Соціальне вимірювання: Спільність в інтересах"

Мета: Підтримати розвиток соціального компоненту інтересів, допомогти знайти або створити спільноти за інтересами, використати групу як ресурс соціальної підтримки.

Зміст:

- Психосвіта: роль соціальної підтримки в резиліентності; результати дослідження про зв'язок соціальних захоплень з психічним здоров'ям; типи соціальних зв'язків навколо інтересів (партнерства, клуби, ментор-учень, онлайн-спільноти);
- Обмін у групі: "Ярмарок навичок" – кожен учасник презентує свій інтерес/навичку (5 хвилин) та пропонує навчити бажаючих або практикувати разом;
- Планування: Як можу включити соціальний компонент у свої інтереси? Де знайти однодумців (онлайн форуми, місцеві клуби, бібліотеки, культурні центри, волонтерські організації)?
- Групова вправа: Спільне створення чогось (колективний колаж, групова історія, рухова композиція) – досвід синергії та співтворчості;
- Домашнє завдання: Зробити один крок до соціальної практики інтересу (знайти онлайн-спільноту, запросити знайомого приєднатися, відвідати подію/клуб); поділитися своїм інтересом з кимось поза групою.

Сесія 9. "Інтеграція в життя: Інтереси в умовах війни"

Мета: Інтегрувати навчене в реальний контекст життя під час війни, розробити стратегії підтримки інтересів у мінливих і непередбачуваних умовах, підготувати до можливих криз.

Зміст:

- Обговорення: Які реальні виклики зараз? Як війна впливає на можливість практикувати інтереси? Що змінилося за час програми?
- Психосвіта: концепція психологічної гнучкості; адаптивний копінг; план "тривожної валізи" для інтересів (що можу взяти з собою, що можу робити в будь-яких умовах);
- Вправа: "Сценарії та рішення" – учасники розглядають різні можливі сценарії погіршення ситуації (евакуація, відключення електрики, хвороба,

погіршення психічного стану) та розробляють плани адаптації інтересів до кожного;

- Ідентифікація "якірних практик" – мінімалістичні версії інтересів, що можуть підтримуватися навіть у найважчих умовах (5-10 хвилин на день);
- Створення персональної "аптечки психологічної першої допомоги", де інтереси є одним з інструментів;
- Домашнє завдання: Скласти список "інтереси на всі випадки" з різним рівнем доступності; спробувати мінімалістичну версію свого інтересу (5 хвилин).

Сесія 10. "Завершення та продовження: Мій план на майбутнє"

Мета: Підвести підсумки програми, зафіксувати прогрес, створити довгостроковий план підтримки практики інтересів після завершення групи, попрощатися з групою.

Зміст:

- Ритуал завершення: Коло подяки – кожен дякує групі та собі за щось конкретне;
- Огляд прогресу: Порівняння "до" та "після" (опитувальники, щоденники настрою); визнання змін, навіть малих;
- Рефлексія: Що було найціннішим у програмі? Які найважливіші інсайти? Що продовжу практикувати?
- Розробка індивідуального плану продовження:
 - SMART-цілі щодо інтересів на наступні 3 місяці;
 - Конкретний розклад практики;
 - Стратегії підтримки мотивації (нагадування, партнер підзвітності, винагороди);
 - План моніторингу (як буду відстежувати практику та вплив на настрій);
 - "Червоні прапорці" (ознаки погіршення) та план дій;
 - Ресурси підтримки (до кого звернутися, що використовувати).

- Обговорення формату підтримки після програми (опціональні щомісячні зустрічі, онлайн-група);
- Творча вправа: "Капсула часу" – учасники створюють щось (малюнок, колаж, лист собі), що відображає їхні інтереси та плани, щоб переглянути через 3-6 місяців;
- Завершальний ритуал: "Коло побажань" – кожен озвучує побажання собі та іншим учасникам;
- Адміністративне: Пост-тестування, домовленість про катамнез, обмін контактами (за бажанням).

Після програмна підтримка (опціонально)

Для посилення довготривалого ефекту програми рекомендується:

- **Щомісячні зустрічі підтримки** (1,5 години) протягом 3-6 місяців після завершення основної програми: обмін досвідом, підтримка мотивації, проблемне вирішення, святкування успіхів;
- **Онлайн-група** (Telegram/Viber) для неформального спілкування, обміну ідеями, ресурсами, взаємної підтримки між учасниками;
- **Індивідуальні консультації** (за запитом) для учасників, що потребують додаткової підтримки;
- **Катамнестичні дослідження** через 3 та 6 місяців для оцінки довготривалих ефектів та збору зворотного зв'язку для вдосконалення програми.

Матеріали та ресурси програми

Для реалізації програми необхідні:

Приміщення: Простора кімната (мінімум 25-30 кв.м для групи 10-12 осіб), що дозволяє як сидіти колом, так і рухатися, працювати в підгрупах. Доступність (без високих сходів для людей з обмеженими можливостями), безпека (наявність укриття поруч на випадок повітряної тривоги), комфортність (тепло, світло, можливість провітрювання).

Обладнання: Фліпчарт або дошка, проєктор (опціонально), аудіосистема для музики, стільці (можливість сидіти колом без столів).

Матеріали для творчих вправ: Папір (А4 та А3), картон, кольорові олівці, маркери, фарби, пензлі, клей, ножиці, журнали для колажів, пластилін або глина, музичні інструменти (прості: бубни, дзвіночки), тканини або стрічки для рухових вправ.

Роздаткові матеріали: Хендаути з психоосвітньою інформацією для кожної сесії, щоденники практики (можуть бути друковані або учасники використовують власні зошити), інформаційні листівки про ресурси (списки онлайн-курсів, клубів, книжок, додатків).

Для домашнього використання: Рекомендації учасникам мати власний щоденник/зошит для рефлексії та планування, доступ до інтернету для пошуку ресурсів (бажано, але не обов'язково).

Ведучі програми: Програму ведуть один або два фасилітатори (краще двоє для групи понад 10 осіб). Необхідні кваліфікації:

- Базова освіта в галузі психології (мінімум бакалавр);
- Досвід групової роботи (тренінги, групова терапія, психоосвітні програми);
- Знання про травму та травма-інформовані підходи;
- Знання основ когнітивно-поведінкової терапії, позитивної психології, арт-терапії (базовий рівень);
- Особисті якості: емпатія, неоцінність, гнучкість, креативність, здатність до групової фасилітації;
- Бажано: власний досвід роботи з власними інтересами, розуміння специфіки життя в умовах війни (особистий або професійний досвід).

Супервізія: Ведучі мають доступ до регулярної супервізії (принаймні щомісяця) досвідченого групового терапевта або супервізора для опрацювання складних ситуацій, підтримки власного емоційного стану, професійного зростання.

Консультативна підтримка: Наявність психотерапевта або психіатра, до якого можна направити учасників, що виявляють ознаки важких розладів або кризові стани.

У четвертому розділі було представлено комплексну програму розвитку особистісних інтересів дорослих, спрямовану на підтримку психічного здоров'я в умовах воєнного часу. Проведена теоретична та методологічна розробка програми дозволила сформулювати низку узагальнених висновків, які визначають її наукову вагомість, практичну доцільність та потенційну ефективність.

Теоретична основа програми відзначається міждисциплінарністю та цілісністю.

В основу моделі покладено низку ключових психологічних підходів, що розкривають механізми мотивації, емоційної регуляції та адаптації до стресу. Теорія самодетермінації пояснює роль базових психологічних потреб (компетентності, автономії, пов'язаності) у формуванні стійкого інтересу та внутрішньої мотивації; концепція резилієнтності дозволяє розглядати інтереси як захисний ресурс, здатний сприяти адаптації в умовах тривалого стресу; травма-інформований підхід забезпечує чутливість програми до пережитих учасниками кризових досвідів. Узгодженість цих теоретичних блоків створює науково обґрунтовану основу для подальшої практичної реалізації програми.

Висновки до 4 розділу

Представлений у четвертому розділі матеріал засвідчує, що розроблена програма розвитку особистісних інтересів дорослих є концептуально обґрунтованою та методично виваженою. Додатковий аналіз дозволяє деталізувати її значущість у кількох важливих вимірах.

Програма враховує динамічний характер мотиваційної сфери дорослої особистості.

Інтереси дорослих мають властивість змінюватися під впливом життєвих подій, соціальних умов, стресових факторів та особистісного досвіду. Тому

важливою характеристикою програми є її спрямованість не лише на відновлення втрачених інтересів, а й на створення умов для формування нових, що відповідають зміненим життєвим обставинам. Це робить програму адаптивною до динаміки психологічних процесів у дорослому віці.

Систематичні рефлексивні вправи сприяють усвідомленню учасниками власних потреб, мотивів, індивідуальних бар'єрів та ресурсів. Це дозволяє підсилити внутрішню регуляцію, що є ключовою характеристикою психологічної стійкості. Рефлексивний компонент також сприяє формуванню метапізнавальних навичок, що підвищує здатність особистості самостійно підтримувати розвиток інтересів після завершення програми.

Учасники не лише отримують інформацію, а й активно залучаються до побудови власних цілей, обрання пріоритетних сфер, розробки особистісних планів розвитку. Запропонована програма демонструє можливість інтегрувати роботу з інтересами у більш широкий контекст психологічного відновлення, що відкриває перспективи для подальших емпіричних досліджень у цій сфері.

Наявність послідовних етапів, детальний опис завдань, тривалість сесій, очікувані результати й критерії ефективності створюють можливість її застосування різними фахівцями. Це важливо для практичної діяльності психологів, соціальних працівників, консультантів та тренерів, які працюють з дорослим населенням у контексті кризових ситуацій.

Зміст та структура вправ не потребують спеціальної матеріальної бази, складного обладнання чи тривалого навчання фахівця. Це створює можливість впровадження програми у різних соціальних середовищах — від громадських центрів і навчальних закладів до онлайн-формату, що є особливо актуальним в умовах обмеженого доступу до офлайн-послуг.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі комплексно досліджено роль інтересів у збереженні психічного здоров'я дорослих в умовах війни, що дало змогу інтегрувати теоретичні засади, емпіричні дані та розробити практичну програму психологічної підтримки. Отримані результати дозволяють сформулювати такі узагальнені висновки.

Здійснений теоретичний аналіз показав, що психічне здоров'я дорослої особистості є складним багатовимірним конструктом, який включає когнітивні, емоційні, поведінкові, соціальні та екзистенційні компоненти. Психічне здоров'я розглядається не лише як відсутність розладів, але як позитивне функціонування, здатність до саморегуляції, автономії, життєвої активності та наявності смислів. Війна порушує кожен із цих компонентів і завдає системного впливу на повсякденне життя, емоційний стан та ідентичність дорослих.

Аналіз сучасних даних про психологічні наслідки війни засвідчив значне підвищення рівнів тривожності, депресії. Такі порушення формуються внаслідок хронічної небезпеки, втрат, невизначеності та руйнування базових життєвих структур.

Емпіричне дослідження підтвердило теоретичні припущення. Було виявлено значущі негативні кореляції між інтенсивністю, різноманітністю та збереженістю інтересів та рівнем депресії й тривожності. Тобто чим активніше людина залучена у власні інтереси, тим нижчим є її рівень психологічного дистресу. Натомість втрата інтересів або їхня низька інтенсивність поєднуються з підвищеною депресивністю та емоційною виснаженістю.

Емпіричне дослідження дало змогу отримати картину психічного стану дорослих в умовах війни та емпірично підтвердити роль інтересів як протективного фактора. У вибірці було виявлено високий рівень психологічного дистресу: майже половина учасників продемонструвала симптоми депресії, а понад половина — ознаки вираженої тривожності. Аналіз інтересів показав, що

хоча дорослі мають у середньому понад чотири активні захоплення, війна суттєво зменшила їхню доступність і частоту реалізації. Найбільше постраждали природні, активні та творчі інтереси, що потребують безпеки та ресурсу середовища. Натомість соціальні та волонтерські інтереси часто посилювалися, відображаючи тенденції до громадянської залученості та взаємної підтримки у кризовий період.

Кореляційний аналіз підтвердив головну гіпотезу дослідження: **інтереси статистично значуще пов'язані зі зниженням депресії та тривоги.** Найбільш вираженими виявилися зв'язки між: інтенсивністю інтересів — і рівнем депресії (негативна кореляція); глибиною залучення — і тривожністю; Чим активніше людина залучена у власні захоплення, тим нижчим є рівень тривожності та депресивних симптомів. Порівняльний аналіз показав, що група учасників із високою активністю інтересів має найнижчі показники депресії порівняно з групою з низькою інтенсивністю. Це доводить, що не сам факт наявності інтересів, а регулярна, системна діяльність у їхній сфері є чинником психологічної стійкості.

Емпіричні дані показали значні зміни у сфері інтересів під впливом воєнного контексту: частина інтересів була втрачена, частина — трансформована, а деякі, навпаки, стали потужним ресурсом відновлення. Соціальні та волонтерські інтереси виявили високу стійкість та адаптивну функцію, тоді як природні та активні інтереси були найбільше порушені через обмеження безпеки. Такі результати підтверджують важливість цілеспрямованого відновлення інтересів як стратегії психологічної допомоги.

Розроблено та теоретично обґрунтовано програму розвитку інтересів дорослих у воєнних умовах, яка інтегрує когнітивні, емоційні, поведінкові та екзистенційні техніки. Програма включає психоосвіту, рефлексивні інструменти, техніки емоційної регуляції, міндфулнес-практики, вправи для відновлення творчості, планування активностей та поступове повернення до ресурсних захоплень. Вона є гнучкою, адаптивною, травма-інформованою та придатною до

індивідуального та групового застосування. Особлива цінність програми полягає в тому, що вона не потребує спеціального обладнання чи складної інфраструктури, а отже може використовуватися навіть у складних умовах воєнного часу.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що інтереси особистості є значущим та науково обґрунтованим ресурсом збереження психічного здоров'я дорослих в умовах війни. Їхній розвиток і відновлення можуть суттєво знизити прояви психологічного дистресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Балабушка Є. Інтерпретація результатів дослідження психологічної стійкості та готовності військовослужбовців / Є. Балабушка // Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». – 2025. – № 10(56). – С. 1–8.
2. Бахмутова Л.М., Неска А. Особливості психологічних порушень серед українських біженців у Польщі / Л.М. Бахмутова, А. Неска // Актуальні проблеми психології. – 2022. – № 5. – С. 3–18.
3. Белякова С. Особливості проявів психологічних станів біженців в умовах війни / С. Белякова // Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина». – 2025. – № 10(56). – С. 1314–1320.
4. Берегова О.В., Коваль К.І. Діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу у жителів країни, що перебуває у стані військового конфлікту / О.В. Берегова, К.І. Коваль // Психологія особистості. – 2022. – № 42. – С. 113–118.
5. Боришевський М.Й. Дорога до себе: Від основ суб'єктності до вершин духовності / М.Й. Боришевський. – К.: Академвидав, 2010. – 416 с.
6. Всеукраїнська програма ментального здоров'я: Ти як? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://tyyak.com>
7. Дослідження «Шлях ветеранів та ветеранок» / Veteran Hub. – 2024. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://veteranhub.com.ua/wp-content/uploads/2024/10/doslidzhennia-shliakh-veteraniv-ta-veteranok.pdf>
8. Дослідження досвіду та потреб близьких загиблих військових. – Київ, 2024. – 48 с.
9. Інтеграція ветеранів та ветеранок в професійній сфері / Mental Health Ukraine. – 2024. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<https://www.mh4u.in.ua/hochu-dopomogty-blyzkym/vony-dlya-nas-a-my-dlya-nyh-adaptacziya-veteraniv-na-robochomu-misczi/>

10. Капосльоз Г. Психологічна готовність військовослужбовців до бойової діяльності / Г. Капосльоз // Психологічний стан українців під час війни. – Київ: КМІС, 2024. – 156 с.
11. Карагодіна О., Ковтун О., Недужко О., Філіппович М., Думчев К. Безбар'єрність психологічної допомоги: звіт за результатами дослідження Gradus Research / О. Карагодіна, О. Ковтун, О. Недужко, М. Філіппович, К. Думчев. – Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2024. – 78 с.
12. Клочков В.В. Розвиток психологічної стійкості у військовослужбовців Сухопутних військ до дій в бойових умовах: дис. ... д-ра філософії: 053 / В.В. Клочков. – Київ, 2025. – 276 с.
13. Клочков В.В. Сучасні погляди на проблему формування психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій / В.В. Клочков // Вісник Національного університету оборони України. – 2022. – № 67-3. – С. 71–79.
14. Коkun О.М., Клочков В.В., Мороз В.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій: метод. посіб. / О.М. Коkun, В.В. Клочков, В.М. Мороз, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – Київ; Одеса: Фенікс, 2022. – 128 с.
15. Коkun О.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Дослідження змін психологічного стану військовослужбовців впродовж тривалого виконання завдань в зоні ООС / О.М. Коkun, Н.С. Лозінська, І.О. Пішко // Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія. Том II / за заг. ред. В.П. Садкового, О.В. Тімченка. – Харків: ФОП Панов А.М., 2022. – С. 345–356.
16. Коkun О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психічне здоров'я військовослужбовців: діагностика та супровід / О.М. Коkun, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2023. – 248 с.

17. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. – Київ: МОЗ України, 2023. – 42 с.
18. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / Г.С. Костюк; За ред. Л.М. Проколієнко. – К.: Рад. школа, 1989. – 608 с.
19. Костюкова В.В. Теоретичне обґрунтування психологічної готовності до професійної діяльності майбутніх військовослужбовців / В.В. Костюкова // Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. – 2022. – Т. 3, № 3. – С. 42–48.
20. Кузенко А., Скарбовська Ю. Формування стресостійкості та психологічної готовності військовослужбовців до участі в бойових діях / А. Кузенко, Ю. Скарбовська // Молодий вчений. – 2024. – № 6(130). – С. 156–162.
21. Максименко С.Д. Генеза здійснення особистості / С.Д. Максименко. – К.: Видавництво ТОВ "КММ", 2006. – 240 с.
22. Максименко С.Д. Психологія особистості: парадигми, проєкції, практики / С.Д. Максименко. – К.: Видавництво НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2021. – 468 с.
23. Міхеєва О., Серєда В. Сучасні українські внутрішньо переміщені особи: основні причини, стратегії переселення та проблеми адаптації / О. Міхеєва, В. Серєда // Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні: зб. аналіт. матеріалів. – Львів: Галицька видавничча спілка, 2015. – 461 с.
24. Національне опитування психічного здоров'я 2023. – Київ: МОЗ України, 2023. – 134 с.
25. Панов М. Психокорекційна робота професійної реадаптації внутрішньопереміщених осіб / М. Панов // Topical issues of science and practice: The VII International scientific and practical conference, November 02-06, 2020, London, Great Britain. – London, 2020. – P. 678–682.

26. Панок В., Рудь Г. Психологія життєвого шляху особистості: монографія / В. Панок, Г. Рудь. – К.: Ніка-Центр, 2006.
27. Педоренко В.М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини) / В.М. Педоренко // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2022. – № 5. – С. 5–10.
28. Пілотне впровадження програми РМ+ "Управління проблемами плюс" в Центрах життєстійкості / Городенківська громада. – 2024. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gorodenka-gromada.gov.ua>
29. Пов'якель Н.І., Найдьонова Л.А. Психологічна підтримка постраждалих в умовах воєнного конфлікту: метод. рек. / Н.І. Пов'якель, Л.А. Найдьонова. – Київ: Ін-т соціальної та політичної психології НАПН України, 2015. – 64 с.
30. Психічне здоров'я ключових груп: потреби і можливості отримання відповідних послуг в умовах війни проти України: звіт за результатами дослідження / Карагодіна О., Ковтун О., Недужко О., Філіппович М., Думчев К. – Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2024. – 105 с.
31. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни: третя хвиля дослідження Gradus Research. – 2024. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://bbu.org.ua/tretya-hvilya-doslidzhennya-gradus-research-mentalne-zdorov-ya/>
32. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу: навч. посіб. / за заг. ред. В.В. Огоренка. – Дніпро: ЛІРА, 2023. – 321 с.
33. Статистичний щорічник 2023. – Київ: МОЗ України, 2024. – 256 с.
34. Стигматизація ветеранів і ветеранок: ситуація в Україні та досвід США. – Київ: Український ветеранський фонд, 2024. – 96 с.
35. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року – Режим доступу: [UKR Health Strategy Feb 24.2022.pdf](#)

36. Титаренко Т.М. Психологічні практики конструювання життя в умовах постмодерної соціальності / Т.М. Титаренко. – К.: Міленіум, 2018. – 206 с.
37. Титаренко Т.М., Кочубейник О.М., Черемних К.О. Ресурси вітальності особистості: теоретичне підґрунтя та емпіричне обґрунтування / Т.М. Титаренко, О.М. Кочубейник, К.О. Черемних // Журнал практичного психолога. – 2022. – № 1. – С. 5-32.
38. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, порушення адаптації: затв. наказом МОЗ України від 19.07.2024 № 1265. – Київ: МОЗ України, 2024. – 68 с.
39. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу: монографія / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, В.Ю. Омелянович. – Київ: Видавничий дім Медкнига, 2023. – 232 с.

ІНШОМОВНІ ДЖЕРЕЛА

39. Acierno R., Knapp R., Tuerk P., et al. A non-inferiority trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth / R. Acierno, R. Knapp, P. Tuerk, A.E. Gilmore, C. Lejuez, K. Ruggiero, B.C. Frueh // Behaviour Research and Therapy. – 2016. – Vol. 89. – P. 57-65.
40. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) / American Psychiatric Association. – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p.
41. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR) / American Psychiatric Association. – Washington, DC: APA, 2022. – 1120 p.
42. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct / American Psychological Association. – 2002. [Electronic

- resource]. – Mode of access: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
43. Andreeva V. Over half a million Ukrainians have consulted psychologists and psychiatrists since the beginning of the war – Liashko / V. Andreeva // *Ukrainska Pravda*. – 2022. – 28 October. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://life.pravda.com.ua/health/2022/10/28/251043/>
44. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well* / A. Antonovsky. – San Francisco: Jossey-Bass, 1987. – 218 p.
45. Asanov I., Noha A.-M., Buenstorf G. Mental health and stress level of Ukrainians seeking psychological help online / I. Asanov, A.-M. Noha, G. Buenstorf. – 2022. DOI: 10.1101/2022.08.19.22278660
46. Awa W.L., Plaumann M., Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs / W.L. Awa, M. Plaumann, U. Walter // *Patient Education and Counseling*. – 2010. – Vol. 78(2). – P. 184-190.
47. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control* / A. Bandura. – New York: Freeman, 1997. – 604 p.
48. Beck A.T., Haigh E.A.P. Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model / A.T. Beck, E.A.P. Haigh // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2014. – Vol. 10. – P. 1-24.
49. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II* / A.T. Beck, R.A. Steer, G.K. Brown. – San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
50. Bonanno G.A., Westphal M., Mancini A.D. Resilience to loss and potential trauma / G.A. Bonanno, M. Westphal, A.D. Mancini // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2011. – Vol. 7. – P. 511-535.
51. Bondar O., Karatzias T., Ben-Ezra M., Hyland P., Shevlin M. Prevalence and predictors of ICD-11 adjustment disorder in Ukrainian internally displaced persons / O. Bondar, T. Karatzias, M. Ben-Ezra, P. Hyland, M. Shevlin //

- European Journal of Psychotraumatology. – 2023. – Vol. 14(1). – Article 2167188.
52. Borrell-Carrió F., Suchman A.L., Epstein R.M. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry / F. Borrell-Carrió, A.L. Suchman, R.M. Epstein // *Annals of Family Medicine*. – 2004. – Vol. 2(6). – P. 576-582.
53. Boyd J.E., Lanius R.A., McKinnon M.C. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: A review of the treatment literature and neurobiological evidence / J.E. Boyd, R.A. Lanius, M.C. McKinnon // *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. – 2018. – Vol. 43(1). – P. 7-25.
54. Boyke J., Driemeyer J., Gaser C., Büchel C., May A. Training-induced brain structure changes in the elderly / J. Boyke, J. Driemeyer, C. Gaser, C. Büchel, A. May // *Journal of Neuroscience*. – 2008. – Vol. 28(28). – P. 7031-7035.
55. Breitbart W., Rosenfeld B., Pessin H., et al. Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer / W. Breitbart, B. Rosenfeld, H. Pessin, M. Applebaum, J. Kulikowski, W.E. Lichtenthal // *Journal of Clinical Oncology*. – 2015. – Vol. 33(7). – P. 749-754.
56. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults / C.R. Brewin, B. Andrews, J.D. Valentine // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68(5). – P. 748-766.
57. Brewster L. Medicine for the soul: Bibliotherapy and the public library / L. Brewster // *ASLIB Proceedings*. – 2008. – Vol. 60(6). – P. 569-586.
58. Butler J., Kern M.L. The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing / J. Butler, M.L. Kern // *International Journal of Wellbeing*. – 2016. – Vol. 6(3). – P. 1-48.
59. Chafouleas S.M., Johnson A.H., Overstreet S., Santos N.M. Toward a blueprint for trauma-informed service delivery in schools / S.M. Chafouleas, A.H.

- Johnson, S. Overstreet, N.M. Santos // *School Mental Health*. – 2016. – Vol. 8(1). – P. 144-162.
60. Chen B., Vansteenkiste M., Beyers W., et al. Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures / B. Chen, M. Vansteenkiste, W. Beyers, L. Boone, E.L. Deci, J. Van der Kaap-Deeder, B. Duriez, W. Lens, B. Matos, A. Mouratidis, R.M. Ryan, K.M. Sheldon, B. Soenens, M.M. Van Petegem, P. Verstuyf // *Motivation and Emotion*. – 2015. – Vol. 39(2). – P. 216-236.
61. Chisholm D., Sweeny K., Sheehan P., et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis / D. Chisholm, K. Sweeny, P. Sheehan, B. Rasmussen, F. Smit, P. Cuijpers, S. Saxena // *The Lancet Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3(5). – P. 415-424.
62. Clear J. *Atomic Habits: An Easy & Proven Way to Build Good Habits & Break Bad Ones* / J. Clear. – New York: Avery, 2018. – 320 p.
63. Cloitre M., Courtois C.A., Ford J.D., et al. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults / M. Cloitre, C.A. Courtois, J.D. Ford, R. Green, P. Alexander, C. Briere, E. Herman // *Journal of Traumatic Stress*. – 2012. – Vol. 25(6). – P. 615-627.
64. Cramer H., Anheyer D., Saha F.J., Dobos G. Yoga for posttraumatic stress disorder – a systematic review and meta-analysis / H. Cramer, D. Anheyer, F.J. Saha, G. Dobos // *BMC Psychiatry*. – 2018. – Vol. 18. – Article 72.
65. Csikszentmihalyi M. *Flow: The Psychology of Optimal Experience* / M. Csikszentmihalyi. – New York: Harper & Row, 1990. – 303 p.
66. Cusack K., Jonas D.E., Forneris C.A., et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis / K. Cusack, D.E. Jonas, C.A. Forneris, C. Wines, J. Sonis, J.C. Middleton, C. Feltner, K.N. Brownley, K.M. Olmsted, A. Greenblatt, A. Weil, N.M. Gaynes // *Clinical Psychology Review*. – 2016. – Vol. 43. – P. 128-141.

67. Danyliuk I., Pliskin R., Hromovych Y., Predko V., Oliynyk O. Optimism as a resilience factor of Ukrainians during the beginning of the Russian-Ukrainian war 2022 / I. Danyliuk, R. Pliskin, Y. Hromovych, V. Predko, O. Oliynyk // *Journal of Positive School Psychology*. – 2022. – Vol. 6(10). – P. 591-599.
68. Deci E.L., Ryan R.M. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior / E.L. Deci, R.M. Ryan // *Psychological Inquiry*. – 2000. – Vol. 11(4). – P. 227-268.
69. Dekel R., Monson C.M. Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions / R. Dekel, C.M. Monson // *Aggression and Violent Behavior*. – 2010. – Vol. 15(4). – P. 303-309.
70. Diener E., Lucas R.E. Personality and subjective well-being / E. Diener, R.E. Lucas // *Well-being: The foundations of hedonic psychology* / Eds. D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz. – New York: Russell Sage Foundation, 1999. – P. 213-229.
71. Diener E., Oishi S., Tay L. Advances in subjective well-being research / E. Diener, S. Oishi, L. Tay // *Nature Human Behaviour*. – 2018. – Vol. 2(4). – P. 253-260.
72. Diener E., Suh E.M., Lucas R.E., Smith H.L. Subjective well-being: Three decades of progress / E. Diener, E.M. Suh, R.E. Lucas, H.L. Smith // *Psychological Bulletin*. – 1999. – Vol. 125(2). – P. 276-302.
73. Dik B.J., Duffy R.D. Calling and vocation at work: Definitions and prospects for research and practice / B.J. Dik, R.D. Duffy // *The Counseling Psychologist*. – 2009. – Vol. 37(3). – P. 424-450.
74. Displacement patterns, protection risks and needs of refugees from Ukraine / UNHCR. – August 2025. – 42 p. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/118280>
75. Donaldson S.I., van Zyl L.E., Donaldson S.I. PERMA+4: A framework for work-related wellbeing, performance and positive organizational psychology

- 2.0 / S.I. Donaldson, L.E. van Zyl, S.I. Donaldson // *Frontiers in Psychology*. – 2019. – Vol. 12. – Article 817244.
76. Duckworth A.L., Steen T.A., Seligman M.E.P. Positive psychology in clinical practice / A.L. Duckworth, T.A. Steen, M.E.P. Seligman // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2005. – Vol. 1. – P. 629-651.
77. Dweck C.S. *Mindset: The New Psychology of Success* / C.S. Dweck. – New York: Random House, 2006. – 276 p.
78. Emmons R.A., McCullough M.E. Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life / R.A. Emmons, M.E. McCullough // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2003. – Vol. 84(2). – P. 377-389.
79. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine / G.L. Engel // *Science*. – 1977. – Vol. 196(4286). – P. 129-136.
80. Foa E.B., Hembree E.A., Rothbaum B.O. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences* / E.B. Foa, E.A. Hembree, B.O. Rothbaum. – New York: Oxford University Press, 2007. – 189 p.
81. Frankl V.E. *Man's Search for Meaning* / V.E. Frankl. – New York: Washington Square Press, 1984. – 184 p.
82. Fredrickson B.L. Positive emotions broaden and build / B.L. Fredrickson // *Advances in Experimental Social Psychology*. – 2013. – Vol. 47. – P. 1-53.
83. Fredrickson B.L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions / B.L. Fredrickson // *American Psychologist*. – 2001. – Vol. 56(3). – P. 218-226.
84. Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L., Fuchs P.N., Turk D.C. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions / R.J. Gatchel, Y.B. Peng, M.L. Peters, P.N. Fuchs, D.C. Turk // *Psychological Bulletin*. – 2007. – Vol. 133(4). – P. 581-624.

85. Gilbert P. *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features* / P. Gilbert. – London: Routledge, 2010. – 184 p.
86. Gross J.J. *Emotion regulation: Current status and future prospects* / J.J. Gross // *Psychological Inquiry*. – 2015. – Vol. 26(1). – P. 1-26.
87. Gross J.J. *The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions* / J.J. Gross // *Psychological Inquiry*. – 2023. – Vol. 34(1). – P. 1-21.
88. Gruber M.J., Gelman B.D., Ranganath C. *States of curiosity modulate hippocampus-dependent learning via the dopaminergic circuit* / M.J. Gruber, B.D. Gelman, C. Ranganath // *Neuron*. – 2014. – Vol. 84(2). – P. 486-496.
89. Handzilevska H., Nikitchuk U., Balashov E. *Psycholinguistic Aspects of Realisation of Acme Potential of Life Scripts of Ukrainian Writers Emigrants* / H. Handzilevska, U. Nikitchuk, E. Balashov // *Psycholinguistics*. – 2019. – Vol. 26(1). – P. 83-104.
90. Harackiewicz J.M., Smith J.L., Priniski S.J. *Interest matters: The importance of promoting interest in education* / J.M. Harackiewicz, J.L. Smith, S.J. Priniski // *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. – 2016. – Vol. 3(2). – P. 220-227.
91. Haslam S.A., Jetten J., Postmes T., Haslam C. *Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology* / S.A. Haslam, J. Jetten, T. Postmes, C. Haslam // *Applied Psychology: An International Review*. – 2009. – Vol. 58(1). – P. 1-23.
92. Hawkins B.L., McGuire F.A., Linder S.M., Britt T.W. *Understanding contextual influences of community reintegration among injured servicemembers* / B.L. Hawkins, F.A. McGuire, S.M. Linder, T.W. Britt // *Journal of Rehabilitation Research and Development*. – 2015. – Vol. 52(5). – P. 235-250.

93. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed.) / S.C. Hayes, K.D. Strosahl, K.G. Wilson. – New York: Guilford Press, 2012. – 402 p.
94. Heo J., Lee Y., McCormick B.P., Pedersen P.M. Daily experience of serious leisure, flow and subjective well-being of older adults / J. Heo, Y. Lee, B.P. McCormick, P.M. Pedersen // *Leisure Studies*. – 2010. – Vol. 29(2). – P. 207-225.
95. Herman J.L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror* / J.L. Herman. – New York: Basic Books, 1992. – 336 p.
96. Hermosilla S., Metzler J., Savage K., et al. "I didn't cry; that's a good thing": A multilevel, mixed-methods study of gender and child mental health in the context of armed conflict / S. Hermosilla, J. Metzler, K. Savage, M. Musa, J. Ager // *Social Science & Medicine*. – 2019. – Vol. 237. – Article 112381.
97. Hobfoll S.E. Social and psychological resources and adaptation / S.E. Hobfoll // *Review of General Psychology*. – 2002. – Vol. 6(4). – P. 307-324.
98. Hobfoll S.E., Mancini A.D., Hall B.J., Canetti D., Bonanno G.A. The limits of resilience: Distress following chronic political violence among Palestinians / S.E. Hobfoll, A.D. Mancini, B.J. Hall, D. Canetti, G.A. Bonanno // *Social Science & Medicine*. – 2011. – Vol. 72(8). – P. 1400-1408.
99. Hobfoll S.E., Watson P., Bell C.C., et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence / S.E. Hobfoll, P. Watson, C.C. Bell, R.A. Bryant, M.J. Brymer, M.J. Friedman, M. Friedman, B.P.R. Gersons, J.T.V.M. de Jong, C.M. Layne, S. Maguen, Y. Neria, A.E. Norwood, R.S. Pynoos, D. Reissman, J.I. Ruzek, A.E. Shalev, Z. Solomon, A.M. Steinberg, R.J. Ursano // *Psychiatry*. – 2007. – Vol. 70(4). – P. 283-315.
100. Hoff K.A., Song Q.C., Einarsdóttir S., Briley D.A., Rounds J. Developmental structure of personality and interests: A four-wave, 8-year longitudinal study / K.A. Hoff, Q.C. Song, S. Einarsdóttir, D.A. Briley, J.

- Rounds // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2020. – Vol. 118(5). – P. 1044-1064.
101. Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M. *Cultures and Organizations: Software of the Mind* (3rd ed.) / G. Hofstede, G.J. Hofstede, M. Minkov. – New York: McGraw-Hill, 2010. – 576 p.
102. Holt-Lunstad J., Robles T.F., Sbarra D.A. Advancing social connection as a public health priority in the United States / J. Holt-Lunstad, T.F. Robles, D.A. Sbarra // *American Psychologist*. – 2017. – Vol. 72(6). – P. 517-530.
103. Holt-Lunstad J., Smith T.B., Baker M., Harris T., Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review / J. Holt-Lunstad, T.B. Smith, M. Baker, T. Harris, D. Stephenson // *Perspectives on Psychological Science*. – 2015. – Vol. 10(2). – P. 227-237.
104. Holt-Lunstad J., Smith T.B., Layton J.B. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review / J. Holt-Lunstad, T.B. Smith, J.B. Layton // *PLoS Medicine*. – 2010. – Vol. 7(7). – Article e1000316.
105. Huppert F.A. Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences / F.A. Huppert // *Applied Psychology: Health and Well-Being*. – 2009. – Vol. 1(2). – P. 137-164.
106. Huppert F.A., So T.T.C. Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being / F.A. Huppert, T.T.C. So // *Social Indicators Research*. – 2013. – Vol. 110(3). – P. 837-861.
107. Huta V., Waterman A.S. Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions / V. Huta, A.S. Waterman // *Journal of Happiness Studies*. – 2014. – Vol. 15(6). – P. 1425-1456.
108. Iasiello M., van Agteren J., Keyes C.L.M., Cochrane E.M. Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness / M. Iasiello, J. van Agteren, C.L.M. Keyes, E.M. Cochrane // *Journal of Affective Disorders*. – 2019. – Vol. 251. – P. 227-230.

109. Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings / Inter-Agency Standing Committee. – Geneva: IASC, 2007. – 116 p.
110. Iwasaki Y. Examining rival models of leisure coping mechanisms / Y. Iwasaki // *Leisure Sciences*. – 2003. – Vol. 25(2-3). – P. 183-206.
111. Janoff-Bulman R. Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma / R. Janoff-Bulman. – New York: Free Press, 1992. – 256 p.
112. Joyce S., Modini M., Christensen H., et al. Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review / S. Joyce, M. Modini, H. Christensen, A. Mykletun, R. Bryant, P.B. Mitchell, S.B. Harvey // *Psychological Medicine*. – 2016. – Vol. 46(4). – P. 683-697.
113. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness / J. Kabat-Zinn. – New York: Delta, 1990. – 635 p.
114. Kalaitzaki A., Goodwin R., Kurapov A., et al. The mental health toll of the Russian-Ukraine war across 11 countries: Cross-sectional data on war-related stressors, PTSD and CPTSD symptoms / A. Kalaitzaki, R. Goodwin, A. Kurapov, M. Vintila, G. Lazarescu, S. Lytvyn, G. Tsouvelas, A. Tamiolaki, I. Danyliuk, J. Ramos-Diaz, A. Gnisci, I. Sergi, F. Mottola, L. Stulnikova, C. Lopez-Calle, G. Salas, M. Helmy, Y.-L. Chen, C.-F. Yen, K. Czepczor-Bernat, A. Samekin, G. Topanova, V.N. Zhamuldinov // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. – 2023. – Vol. 23, No 4. – P. 1–12. DOI: 10.1016/j.ijchp.2023.100385
115. Kalisch R., Baker D.G., Basten U., et al. The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders / R. Kalisch, D.G. Baker, U. Basten, A. Boks, S. Bonanno, E. Brummelman, A. Chmitorz, C. Fernández, C.J. Fiebach, L. Galatzer-Levy, S. Geuze, B. Groppa, A. Helmreich, J.L. Hendler, M. Hermans, M. Jovanovic, Y. Kubiak, S. Lieb, R. Lutz, W. Müller // *Nature Human Behaviour*. – 2017. – Vol. 1. – Article 0152.

116. Kalisch R., Cramer A.O.J., Binder H., et al. Deconstructing and reconstructing resilience: A dynamic network approach / R. Kalisch, A.O.J. Cramer, H. Binder, I.M. Fritz, C. Leertouwer, U.M. Lunansky, M.B. Meyer, O. Timmer, S. Veer, S. van Harmelen // *Perspectives on Psychological Science*. – 2019. – Vol. 14(5). – P. 765-777.
117. Kalisch R., Müller M.B., Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience / R. Kalisch, M.B. Müller, O. Tüscher // *Behavioral and Brain Sciences*. – 2015. – Vol. 38. – Article e92.
118. Kashdan T.B., Ciarrochi J. *Mindfulness, Acceptance, and Positive Psychology: The Seven Foundations of Well-Being* / T.B. Kashdan, J. Ciarrochi. – Oakland, CA: Context Press, 2013. – 328 p.
119. Kashdan T.B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health / T.B. Kashdan, J. Rottenberg // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Vol. 30(7). – P. 865-878.
120. Katon W.J., Unützer J. Health reform and the Affordable Care Act: The importance of mental health treatment to achieving the triple aim / W.J. Katon, J. Unützer // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2013. – Vol. 74(6). – P. 533-537.
121. Kendler K.S., Myers J., Keyes C.L.M. The relationship between the genetic and environmental influences on common externalizing psychopathology and mental wellbeing / K.S. Kendler, J. Myers, C.L.M. Keyes // *Twin Research and Human Genetics*. – 2011. – Vol. 14(6). – P. 516-523.
122. Keyes C.L.M. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health / C.L.M. Keyes // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2005. – Vol. 73(3). – P. 539-548.
123. Keyes C.L.M. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health / C.L.M. Keyes // *American Psychologist*. – 2007. – Vol. 62(2). – P. 95-108.

124. Keyes C.L.M. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life / C.L.M. Keyes // *Journal of Health and Social Behavior*. – 2002. – Vol. 43(2). – P. 207-222.
125. Keyes C.L.M., Dhingra S.S., Simoes E.J. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness / C.L.M. Keyes, S.S. Dhingra, E.J. Simoes // *American Journal of Public Health*. – 2010. – Vol. 100(12). – P. 2366-2371.
126. Kirmayer L.J., Ban L. Cultural psychiatry: Research strategies and future directions / L.J. Kirmayer, L. Ban // *Advances in Psychosomatic Medicine*. – 2013. – Vol. 33. – P. 97-114.
127. Kohrt B.A., Asher L., Bhardwaj A., et al. The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: A meta-review of components and competencies / B.A. Kohrt, L. Asher, A. Bhardwaj, S.D. Fazel, J.T.V.M. de Jong, C. Clair-Phillips, G. Breuer, M.J. Jordans, M. Mutamba, M.W. Pedersen, C. Singla, V. Patel // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2014. – Vol. 15(6). – Article 1279.
128. Kohrt B.A., Jordans M.J., Tol W.A., et al. Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal / B.A. Kohrt, M.J. Jordans, W.A. Tol, R.A. Speckman, S.M. Maharjan, C.M. Worthman, I.H. Komproe // *JAMA*. – 2008. – Vol. 300(6). – P. 691-702.
129. Kokun O., Aleshchenko V., Osyodlo V., Pischko I., Lozinska N. Personality and Health in Military Context: A Study of Combatants and Injured Servicemen / O. Kokun, V. Aleshchenko, V. Osyodlo, I. Pischko, N. Lozinska // *Journal of Education, Health and Sport*. – 2023. – Vol. 13, No 2. – P. 156–168. DOI: 10.12775/JEHS.2023.13.02.015
130. Lahad M. Community stress prevention / M. Lahad. – Kiryat Shmona: Community Stress Prevention Centre, 2016. – Vol. 2. – 198 p.

131. Lahad M. From victim to victor: The development of the BASIC Ph model of coping and resiliency / M. Lahad // *Traumatology*. – 1997. – Vol. 3(1). – Article 7.
132. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The BASIC Ph model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application / M. Lahad, M. Shacham, O. Ayalon. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2013. – 256 p.
133. Lamers S.M.A., Westerhof G.J., Bohlmeijer E.T., ten Klooster P.M., Keyes C.L.M. Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) / S.M.A. Lamers, G.J. Westerhof, E.T. Bohlmeijer, P.M. ten Klooster, C.L.M. Keyes // *Journal of Clinical Psychology*. – 2011. – Vol. 67(1). – P. 99-110.
134. Lamers S.M.A., Westerhof G.J., Glas C.A.W., Bohlmeijer E.T. The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study / S.M.A. Lamers, G.J. Westerhof, C.A.W. Glas, E.T. Bohlmeijer // *Journal of Positive Psychology*. – 2015. – Vol. 10(6). – P. 553-560.
135. Leykin Y., DeRubeis R.J. Allegiance in psychotherapy outcome research: Separating association from bias / Y. Leykin, R.J. DeRubeis // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2009. – Vol. 16(1). – P. 54-65.
136. Lighthall N.R., Sakaki M., Vasunilashorn S., Nga L., Somayajula S., Chen E.Y., Samii N., Mather M. Gender differences in reward-related decision processing under stress / N.R. Lighthall, M. Sakaki, S. Vasunilashorn, L. Nga, S. Somayajula, E.Y. Chen, N. Samii, M. Mather // *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. – 2012. – Vol. 7(4). – P. 476-484.
137. Linehan M.M. *DBT Skills Training Manual (2nd ed.)* / M.M. Linehan. – New York: Guilford Press, 2015. – 504 p.
138. Lloyd-Evans B., Mayo-Wilson E., Harrison B., et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness / B. Lloyd-Evans, E. Mayo-Wilson, B. Harrison, H. Istead,

- E. Brown, S. Pilling, S. Johnson, G. Kendall // *BMC Psychiatry*. – 2014. – Vol. 14. – Article 39.
139. Low G., Molzahn A.E., Schopflocher D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries / G. Low, A.E. Molzahn, D. Schopflocher // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2013. – Vol. 11. – Article 146.
140. Lyons R.F., Sullivan M.J.L., Ritvo P.G., Coyne J.C. Relationships in Chronic Illness and Disability / R.F. Lyons, M.J.L. Sullivan, P.G. Ritvo, J.C. Coyne. – Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995. – 280 p.
141. Lyubomirsky S., Layous K. How do simple positive activities increase well-being? / S. Lyubomirsky, K. Layous // *Current Directions in Psychological Science*. – 2013. – Vol. 22(1). – P. 57-62.
142. Malchiodi C.A. Trauma and Expressive Arts Therapy: Brain, Body, and Imagination in the Healing Process / C.A. Malchiodi. – New York: Guilford Press, 2020. – 314 p.
143. Martell C.R., Addis M.E., Jacobson N.S. Depression in Context: Strategies for Guided Action / C.R. Martell, M.E. Addis, N.S. Jacobson. – New York: W.W. Norton, 2001. – 258 p.
144. Martínez-Martí M.L., Ruch W. Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction / M.L. Martínez-Martí, W. Ruch // *Journal of Positive Psychology*. – 2017. – Vol. 12(2). – P. 110-119.
145. Martsenkovskyi D., Shevlin M., Ben-Ezra M., et al. Mental health in Ukraine in 2023 / D. Martsenkovskyi, M. Shevlin, M. Ben-Ezra, K. Bondjers, R. Fox, T. Karatzias, I. Martsenkovska, I. Martsenkovsky, E. Pfeiffer, C. Sachser, F. Vallières, P. Hyland // *European Psychiatry*. – 2024. – Vol. 67, No 1. – P. 1–8. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.27
146. Masten A.S. Ordinary magic: Resilience processes in development / A.S. Masten // *American Psychologist*. – 2001. – Vol. 56(3). – P. 227-238.

147. Mazzucchelli T., Kane R., Rees C. Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review / T. Mazzucchelli, R. Kane, C. Rees // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2009. – Vol. 16(4). – P. 383-411.
148. McGillivray D., McPherson G. Playing to get better: Can amateurs acquire expertise through serious leisure? / D. McGillivray, G. McPherson // *Leisure Studies*. – 2012. – Vol. 31(2). – P. 237-252.
149. Mental health and psychosocial support in Ukraine: assessment and response / WHO. – 2023. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/ukraine/publications>
150. Mental health in emergencies / World Health Organization (WHO). – Geneva: WHO, 2022. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
151. Miller K.E., Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress / K.E. Miller, A. Rasmussen // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. – 2017. – Vol. 26(2). – P. 129-138.
152. Neff K.D. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself / K.D. Neff // *Self and Identity*. – 2003. – Vol. 2(2). – P. 85-101.
153. Newman D.B., Tay L., Diener E. Leisure and subjective well-being: A model of psychological mechanisms as mediating factors / D.B. Newman, L. Tay, E. Diener // *Journal of Happiness Studies*. – 2014. – Vol. 15(3). – P. 555-578.
154. Norcross J.C., Wampold B.E. Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices / J.C. Norcross, B.E. Wampold // *Psychotherapy*. – 2011. – Vol. 48(1). – P. 98-102.

155. Nye C.D., Su R., Rounds J., Drasgow F. Vocational interests and performance: A quantitative summary of over 60 years of research / C.D. Nye, R. Su, J. Rounds, F. Drasgow // *Perspectives on Psychological Science*. – 2012. – Vol. 7(4). – P. 384-403.
156. Operational Data Portal: Ukraine Refugee Situation / UNHCR. – 2025. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>
157. Pargament K.I., Feuille M., Burdzy D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping / K.I. Pargament, M. Feuille, D. Burdzy // *Religions*. – 2011. – Vol. 2(1). – P. 51-76.
158. Park C.L. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events / C.L. Park // *Psychological Bulletin*. – 2010. – Vol. 136(2). – P. 257-301.
159. Parks A.C., Biswas-Diener R. Positive Interventions: Past, Present, and Future / A.C. Parks, R. Biswas-Diener // *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* / Eds. T.B. Kashdan, J. Ciarrochi. – Oakland, CA: Context Press, 2013. – P. 140-165.
160. Peterson C., Seligman M.E.P. Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification / C. Peterson, M.E.P. Seligman. – Washington, DC: American Psychological Association, 2004. – 800 p.
161. Plomin R., DeFries J.C., Knopik V.S., Neiderhiser J.M. Top 10 replicated findings from behavioral genetics / R. Plomin, J.C. DeFries, V.S. Knopik, J.M. Neiderhiser // *Perspectives on Psychological Science*. – 2016. – Vol. 11(1). – P. 3-23.
162. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1983. – Vol. 51(3). – P. 390-395.

163. Proctor E., Silmere H., Raghavan R., et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda / E. Proctor, H. Silmere, R. Raghavan, P. Hovmand, G. Aarons, A. Bunger, R. Griffey, M. Hensley // *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. – 2009. – Vol. 36(1). – P. 24-39.
164. Quirke E., Klymchuk V., Suvalo O., Bakolis I., Thornicroft G. Mental health stigma in Ukraine: cross-sectional survey / E. Quirke, V. Klymchuk, O. Suvalo, I. Bakolis, G. Thornicroft // *Global Mental Health (Cambridge)*. – 2021. – Vol. 8. – Article e26. DOI: 10.1017/gmh.2021.9
165. Reivich K., Shatté A. *The Resilience Factor: 7 Keys to Finding Your Inner Strength and Overcoming Life's Hurdles* / K. Reivich, A. Shatté. – New York: Broadway Books, 2002. – 342 p.
166. Renninger K.A., Hidi S. *The Power of Interest for Motivation and Engagement* / K.A. Renninger, S. Hidi. – New York: Routledge, 2016. – 188 p.
167. Resick P.A., Monson C.M., Chard K.M. *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual* / P.A. Resick, C.M. Monson, K.M. Chard. – New York: Guilford Press, 2017. – 296 p.
168. Reznik A., Pavlenko V., Kurapov A., et al. War impact on mental health and well-being among Ukrainian and Israeli women: A cross-national comparison / A. Reznik, V. Pavlenko, A. Kurapov, L. Zavatska, N. Korchakova, I. Pavlova, S. Romem-Porat, R. Isralowitz // *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. – 2024. – Vol. 11. – Article e18. – P. 1–9. DOI: 10.1017/gmh.2024.13
169. Rook K.S., August K.J., Sorkin D.H. Social network functions and health / K.S. Rook, K.J. August, D.H. Sorkin // *Behavioral Medicine and Health Psychology* / Eds. R.J. Contrada, A. Baum. – New York: Springer, 2011. – P. 123-135.
170. Rounds J., Su R. The nature and power of interests / J. Rounds, R. Su // *Current Directions in Psychological Science*. – 2014. – Vol. 23(2). – P. 98-103.

171. Rubin J.A. *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique* (3rd ed.) / J.A. Rubin. – New York: Routledge, 2016. – 456 p.
172. Ruzek J.I., Brymer M.J., Jacobs A.K., et al. Psychological first aid / J.I. Ruzek, M.J. Brymer, A.K. Jacobs, C.M. Layne, E.M. Vernberg, P.J. Watson // *Journal of Mental Health Counseling*. – 2007. – Vol. 29(1). – P. 17-49.
173. Ryan R.M., Deci E.L. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions / R.M. Ryan, E.L. Deci // *Contemporary Educational Psychology*. – 2020. – Vol. 61. – Article 101860.
174. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being / R.M. Ryan, E.L. Deci // *American Psychologist*. – 2000. – Vol. 55(1). – P. 68-78.
175. Ryan R.M., Deci E.L. *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness* / R.M. Ryan, E.L. Deci. – New York: Guilford Press, 2017. – 756 p.
176. Ryff C.D. Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization / C.D. Ryff // *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia* / Ed. A.S. Waterman. – Washington, DC: American Psychological Association, 2013. – P. 77-98.
177. Ryff C.D. Eudaimonic well-being: Highlights from 25 years of inquiry / C.D. Ryff // *Diversity in harmony – Insights from psychology: Proceedings of the 31st International Congress of Psychology* / Eds. K. Shigemasu, S. Kuwano, T. Sato, T. Matsuzawa. – Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2019. – P. 375-395.
178. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being / C.D. Ryff // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1989. – Vol. 57(6). – P. 1069-1081.
179. Ryff C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia / C.D. Ryff // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2014. – Vol. 83(1). – P. 10-28.

180. Ryff C.D., Boylan J.M., Kirsch J.A. Eudaimonic and hedonic well-being: An integrative perspective with linkages to sociodemographic factors and health / C.D. Ryff, J.M. Boylan, J.A. Kirsch // *Measuring well-being: Interdisciplinary perspectives from the social sciences and the humanities* / Eds. M.T. Lee, L.D. Kubzansky, T.J. VanderWeele. – Oxford: Oxford University Press, 2021. – P. 92-135.
181. Ryff C.D., Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited / C.D. Ryff, C.L.M. Keyes // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1995. – Vol. 69(4). – P. 719-727.
182. Saleebey D. *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (6th ed.) / D. Saleebey. – Boston: Pearson, 2013. – 320 p.
183. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* / SAMHSA. – Rockville, MD: SAMHSA, 2014. – HHS Publication No. (SMA) 14-4884. – 27 p.
184. Schore A.N. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development* / A.N. Schore. – Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994. – 572 p.
185. Scrignaro M., Barni S., Magrin M.E. The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: A longitudinal study on cancer patients / M. Scrignaro, S. Barni, M.E. Magrin // *Psycho-Oncology*. – 2011. – Vol. 20(8). – P. 823-831.
186. Seleznova V., Pinchuk I., Feldman I., Virchenko V., Wang B., Skokauskas N. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime / V. Seleznova, I. Pinchuk, I. Feldman, V. Virchenko, B. Wang, N. Skokauskas // *International Journal of Mental Health Systems*. – 2023. – Vol. 17. – Article 43. – P. 1–11. DOI: 10.1186/s13033-023-00598-3

187. Seligman M.E.P. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being* / M.E.P. Seligman. – New York: Free Press, 2011. – 349 p.
188. Seligman M.E.P. PERMA and the building blocks of well-being / M.E.P. Seligman // *Journal of Positive Psychology*. – 2018. – Vol. 13(4). – P. 333-335.
189. Seligman M.E.P., Rashid T., Parks A.C. Positive psychotherapy / M.E.P. Seligman, T. Rashid, A.C. Parks // *American Psychologist*. – 2006. – Vol. 61(8). – P. 774-788.
190. Seligman M.E.P., Steen T.A., Park N., Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions / M.E.P. Seligman, T.A. Steen, N. Park, C. Peterson // *American Psychologist*. – 2005. – Vol. 60(5). – P. 410-421.
191. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures (3rd ed.)* / F. Shapiro. – New York: Guilford Press, 2018. – 570 p.
192. Shear M.K., Reynolds C.F., Simon N.M., et al. Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial / M.K. Shear, C.F. Reynolds, N.M. Simon, E.C. Zisook, Y. Wang, N. Mauro, A. Duan, C. Lebowitz, N. Skritskaya // *JAMA Psychiatry*. – 2016. – Vol. 73(7). – P. 685-694.
193. Siegel D.J. *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are (3rd ed.)* / D.J. Siegel. – New York: Guilford Press, 2020. – 568 p.
194. Silvia P.J. *Exploring the Psychology of Interest* / P.J. Silvia. – New York: Oxford University Press, 2006. – 256 p.
195. Sin N.L., Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis / N.L. Sin, S. Lyubomirsky // *Journal of Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 65(5). – P. 467-487.
196. Sloan D.M., Unger W., Lee D.J., Beck J.G. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral treatment for veterans diagnosed with chronic

- posttraumatic stress disorder / D.M. Sloan, W. Unger, D.J. Lee, J.G. Beck // *Journal of Traumatic Stress*. – 2018. – Vol. 31(6). – P. 886-898.
197. Snyder C.R., Lopez S.J. *Handbook of Positive Psychology* / C.R. Snyder, S.J. Lopez. – New York: Oxford University Press, 2002. – 829 p.
198. Southwick S.M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives / S.M. Southwick, G.A. Bonanno, A.S. Masten, C. Panter-Brick, R. Yehuda // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2014. – Vol. 5(1). – Article 25338.
199. Stebbins R.A. *Serious Leisure: A Perspective for Our Time* / R.A. Stebbins. – New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2007. – 180 p.
200. Steel Z., Chey T., Silove D., et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis / Z. Steel, T. Chey, D. Silove, C. Marnane, R.A. Bryant, M. van Ommeren // *JAMA*. – 2009. – Vol. 302(5). – P. 537-549.
201. Steger M.F. Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality / M.F. Steger // *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (2nd ed.) / Ed. P.T.P. Wong. – New York: Routledge, 2012. – P. 165-184.
202. Steger M.F., Kashdan T.B., Oishi S. Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being / M.F. Steger, T.B. Kashdan, S. Oishi // *Journal of Research in Personality*. – 2008. – Vol. 42(1). – P. 22-42.
203. Steger M.F., Shin J.Y., Shim Y., Fitch-Martin A. Is meaning in life a flagship indicator of well-being? / M.F. Steger, J.Y. Shin, Y. Shim, A. Fitch-Martin // *Meaning in positive and existential psychology* / Eds. A. Batthyany, P. Russo-Netzer. – New York: Springer, 2014. – P. 159-182.
204. Steptoe A., Wardle J., Marmot M. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes / A. Steptoe, J.

- Wardle, M. Marmot // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2005. – Vol. 102(18). – P. 6508-6512.
205. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57* / SAMHSA. – Rockville, MD: SAMHSA, 2014. – 296 p.
206. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence / R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun // *Psychological Inquiry*. – 2004. – Vol. 15(1). – P. 1-18.
207. Thornicroft G., Mehta N., Clement S., et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination / G. Thornicroft, N. Mehta, S. Clement, S. Evans-Lacko, M. Doherty, D. Rose, M. Koschorke, R. Shidhaye, C. O'Reilly, C. Henderson // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387(10023). – P. 1123-1132.
208. Tol W.A., Barbui C., Galappatti A., et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research / W.A. Tol, C. Barbui, A. Galappatti, D. Silove, T.R. Betancourt, R. Souza, A. Golaz, M. van Ommeren // *The Lancet*. – 2011. – Vol. 378(9802). – P. 1581-1591.
209. Tol W.A., Leku M.R., Lakin D.P., et al. Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: A cluster randomised trial / W.A. Tol, M.R. Leku, D.P. Lakin, L. Carswell, S.M. Augustinavicius, E. Adaku, C.C.H. Au, D. Brown, R.A. Bryant, M. García-Moreno, R.K. Musci, E. Ventevogel, S.D. White, M. van Ommeren // *The Lancet Global Health*. – 2020. – Vol. 8(2). – P. e254-e263.
210. Tol W.A., Patel V., Tomlinson M., et al. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings / W.A. Tol, V. Patel, M. Tomlinson, F. Baingana, A. Galappatti, R. Panter-Brick, D. Silove, I. Sondorp, M. Wessells, M. van Ommeren // *PLoS Medicine*. – 2011. – Vol. 8(9). – Article e1001096.

211. Tol W.A., Stavrou V., Greene M.C., et al. Sexual and gender-based violence in areas of armed conflict: A systematic review of mental health and psychosocial support interventions / W.A. Tol, V. Stavrou, M.C. Greene, M. Mergenthaler, M. van Ommeren, M.P. García Moreno // *Conflict and Health*. – 2013. – Vol. 7. – Article 16.
212. Troy A.S., Ford B.Q., McRae K., Zorolia P., Mauss I.B. Change the things you can: Emotion regulation is more beneficial for people from lower than from higher socioeconomic status / A.S. Troy, B.Q. Ford, K. McRae, P. Zorolia, I.B. Mauss // *Emotion*. – 2017. – Vol. 17(1). – P. 141-154.
213. Troy A.S., Saquib S., Thal J., Ciuk D.J., Mauss I.B. The regulation of negative and positive affect in response to daily stressors / A.S. Troy, S. Saquib, J. Thal, D.J. Ciuk, I.B. Mauss // *Emotion*. – 2018. – Vol. 20(6). – P. 35-47.
214. Troy A.S., Shallcross A.J., Mauss I.B. A person-by-situation approach to emotion regulation: Cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context / A.S. Troy, A.J. Shallcross, I.B. Mauss // *Psychological Science*. – 2013. – Vol. 24(12). – P. 2505-2514.
215. Uchino B.N., Bowen K., Carlisle M., Birmingham W. Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the "ghosts" of research past, present, and future / B.N. Uchino, K. Bowen, M. Carlisle, W. Birmingham // *Social Science & Medicine*. – 2012. – Vol. 74(7). – P. 949-957.
216. Ukraine Emergency: Three Years On / UNHCR. – 2025. – 15 February. – 24 p.
217. Ukraine Situation: Flash Update #56 / United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). – Geneva: UNHCR, 2024. – 8 p.
218. Ukraine Situation: Voice of Ukrainians – Mental Health / UNHCR. – 2024. – 36 p. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/105847>
219. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma / B. van der Kolk. – New York: Viking, 2014. – 464 p.

220. van Ginneken N., Tharyan P., Lewin S., et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries / N. van Ginneken, P. Tharyan, S. Lewin, G.N. Rao, S.M. Meera, J. Pian, S. Chandrashekar, V. Patel // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2013. – Vol. 11. – Article CD009149.
221. VanderWeele T.J. On the promotion of human flourishing / T.J. VanderWeele // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2017. – Vol. 114(31). – P. 8148-8156.
222. Waterman A.S. Eudaimonic identity theory: Identity as self-discovery / A.S. Waterman // *Handbook of Identity Theory and Research* / Eds. S.J. Schwartz, K. Luyckx, V.L. Vignoles. – New York: Springer, 2011. – P. 357-379.
223. Wells A., Reeves D., Capobianco L., et al. Metacognitive therapy for moderate to severe depression: A randomized clinical trial / A. Wells, D. Reeves, L. Capobianco, P. Heal, M. Davies, A. Heagerty, R. Emsley // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2021. – Vol. 89(5). – P. 424-439.
224. Westerhof G.J., Keyes C.L.M. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan / G.J. Westerhof, C.L.M. Keyes // *Journal of Adult Development*. – 2010. – Vol. 17(2). – P. 110-119.
225. White M., Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends* / M. White, D. Epston. – New York: W.W. Norton, 1990. – 229 p.
226. Wille B., Tracey T.J.G., Feys M., De Fruyt F. A longitudinal and multi-method examination of interest-occupation congruence within and across time / B. Wille, T.J.G. Tracey, M. Feys, F. De Fruyt // *Journal of Vocational Behavior*. – 2014. – Vol. 84(1). – P. 59-73.
227. Williams M., Penman D. *Mindfulness: An Eight-Week Plan for Finding Peace in a Frantic World* / M. Williams, D. Penman. – New York: Rodale, 2011. – 288 p.

228. Wood A.M., Froh J.J., Geraghty A.W.A. Gratitude and well-being: A review and theoretical integration / A.M. Wood, J.J. Froh, A.W.A. Geraghty // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Vol. 30(7). – P. 890-905.
229. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision) / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2018. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://icd.who.int/browse11>
230. World Health Organization (WHO). Mental Health Action Plan 2013-2020 / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2013. – 48 p.
231. World Health Organization (WHO). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2022. – 24 p.
232. World Health Organization (WHO). Mental health in Ukraine: WHO responds to urgent needs / World Health Organization. – 2023. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/ukraine/emergencies/mental-health>
233. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2001. – 178 p.
234. Yalom I.D., Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy (6th ed.) / I.D. Yalom, M. Leszcz. – New York: Basic Books, 2020. – 688 p.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Таблиця 3.1. Демографічні характеристики вибірки дослідження (N=152)

Характеристика	Категорія	Кількість	Відсоток
Стать	Жінки	112	73,7%
	Чоловіки	40	26,3%
Вік	18-25 років	18	11,8%
	26-35 років	52	34,2%
	36-45 років	48	31,6%
	46-55 років	28	18,4%
	56-65 років	6	3,9%
	Освіта	Середня	12
	Середня спеціальна	28	18,4%
	Неповна вища	22	14,5%
	Вища (бакалавр)	48	31,6%
	Вища (магістр/спеціаліст)	42	27,6%
Місце проживання	Київ і Київська область	58	38,2%
	Харківська область	24	15,8%
	Дніпропетровська область	18	11,8%
	Львівська область	16	10,5%
	Одеська область	14	9,2%
	Інші області	22	14,5%
Тип населеного пункту	Великі міста (понад 500 тис.)	94	61,8%
	Середні міста (100-500 тис.)	36	23,7%
	Малі міста (до 100 тис.)	16	10,5%
	Сільська місцевість	6	3,9%
Сімейний статус	Одружені/у партнерстві	86	56,6%
	Неодружені	42	27,6%
	Розлучені	18	11,8%
	Вдові/вдівці	6	3,9%
Зайнятість	Повна зайнятість	94	61,8%
	Часткова зайнятість	28	18,4%
	Фріланс/самозайнятість	16	10,5%
	Безробітні	10	6,6%
	Студенти	4	2,6%
Статус переміщення	Внутрішньо переміщені особи	48	31,6%
	Не переміщені	104	68,4%

Таблиця 3.2. Характеристики воєнної травматичної експозиції (N=152)

Тип травматичної події	Пережив особисто	Був свідком	Дізнався про близьких
Обстріли, бомбардування	56 (36,8%)	42 (27,6%)	82 (53,9%)
Примусове переміщення	48 (31,6%)	-	38 (25,0%)
Втрата житла/майна	32 (21,1%)	28 (18,4%)	44 (28,9%)
Окупація населеного пункту	24 (15,8%)	18 (11,8%)	52 (34,2%)
Насильство або загроза насильства	12 (7,9%)	18 (11,8%)	28 (18,4%)
Поранення, травмування	8 (5,3%)	32 (21,1%)	64 (42,1%)
Смерть близьких через війну	6 (3,9%)	22 (14,5%)	86 (56,6%)
Зникнення близьких	4 (2,6%)	8 (5,3%)	24 (15,8%)
Участь у евакуації під загрозою	38 (25,0%)	28 (18,4%)	56 (36,8%)
Тривале перебування в укриттях	72 (47,4%)	-	-

Таблиця 3.3. Описова статистика показників психічного здоров'я за BDI-II та BAI (N=152)

Показник	M	SD	Min	Max	Skewness	Kurtosis
Депресія (BDI-II)	18,6	10,2	0	52	0,42	-0,58
Тривожність (BAI)	19,4	11,8	0	58	0,38	-0,64

Таблиця 3.4. Описова статистика характеристик інтересів (N=152)

Показник	M	SD	Min	Max	Skewness	Kurtosis
Кількість названих інтересів	4,2	1,8	1	9	0,24	-0,48
Середня інтенсивність реалізації (1-5)	2,8	0,9	1,0	4,8	0,16	-0,52
Середня глибина залучення (1-5)	3,4	0,8	1,2	5,0	-0,18	-0,38
Середня тривалість інтересу (років)	8,6	6,4	0,5	35	1,12	1,24
Відсоток збережених інтересів (%)	58,2	28,4	0	100	-0,32	-0,64
Відсоток втрачених інтересів (%)	41,8	28,4	0	100	0,32	-0,64

Таблиця 3.5. Описова статистика інтенсивності травматичної експозиції (N=152)

Показник	M	SD	Min	Max	Skewness	Kurtosis
Інтенсивність травматичної експозиції (3-11)	6,8	2,4	3	11	0,18	-0,82

Розподіл за рівнями інтенсивності:

Рівень	Діапазон балів	Кількість	Відсоток
Низька інтенсивність	3-5	42	27,6%
Помірна інтенсивність	6-8	68	44,7%
Висока інтенсивність	9-11	42	27,6%

Таблиця 3.6. Найбільш поширені конкретні інтереси у вибірці

Ранг	Інтерес	Частота згадувань	% від учасників
1	Читання	96	63,2%
2	Прогулянки/ходьба	78	51,3%
3	Перегляд фільмів/серіалів	72	47,4%
4	Спорт/фітнес	64	42,1%
5	Музика (слухання)	58	38,2%
6	Волонтерство	52	34,2%
7	Кулінарія	48	31,6%
8	Догляд за рослинами/садівництво	42	27,6%
9	Соціальні мережі	38	25,0%
10	Йога/медитація	36	23,7%
11	Фотографія	34	22,4%
12	Рукоділья (в'язання, вишивання)	32	21,1%
13	Навчання (курси, мови)	30	19,7%
14	Малювання/живопис	28	18,4%
15	Догляд за тваринами	26	17,1%
16	Письмо (щоденник, блог)	24	15,8%
17	Настільні ігри	22	14,5%
18	Подорожі	20	13,2%
19	Танці	18	11,8%
20	Гра на музичних інструментах	16	10,5%

Таблиця 3.7. Розподіл інтересів за типами

Тип інтересу	Кількість згадувань	% від усіх інтересів	Середня кількість на особу (SD)
Інтелектуальні/пізнавальні	184	28,8%	1,21 (0,94)
Фізичні/спортивні	142	22,3%	0,93 (0,86)
Розважальні	118	18,5%	0,78 (0,72)
Творчі	102	16,0%	0,67 (0,81)
Соціальні/волонтерські	58	9,1%	0,38 (0,58)
Природні	34	5,3%	0,22 (0,48)
Всього	638	100%	4,20 (1,82)

Таблиця 3.8. Розподіл учасників за домінуючим типом інтересу

Домінуючий тип	Кількість учасників	%
Інтелектуальні	52	34,2%
Фізичні	38	25,0%
Розважальні	22	14,5%
Творчі	18	11,8%
Соціальні	8	5,3%
Природні	4	2,6%
Змішаний профіль	10	6,6%

Таблиця 3.9. Зміни у можливості реалізації інтересів через війну

Характер змін	Кількість інтересів	% від усіх інтересів
Значно збільшилася	38	6,0%
Трохи збільшилася	42	6,6%
Не змінилася	192	30,1%
Трохи зменшилася	158	24,8%
Значно зменшилася	142	22,3%
Повністю втрачена	66	10,3%

Таблиця 3.10. Відсоток інтересів, які значно зменшилися або повністю втрапилися, за типами

Тип інтересу	% інтересів, що значно зменшилися або втрапилися
Природні	64,7%
Розважальні (пов'язані з пересуванням)	55,2%
Фізичні (групові, у залах)	49,3%
Творчі (що потребують ресурсів/місця)	42,2%
Інтелектуальні	28,8%
Соціальні/волонтерські	15,5%

Додаток 11

Таблиця 3.11. Кореляції між характеристиками інтересів та депресією (BDI-II) (N=152)

Характеристика інтересів	Депресія (BDI-II)	p-value
Кількість інтересів	-0,34	<0,001***
Середня інтенсивність реалізації	-0,48	<0,001***
Середня глибина залучення	-0,42	<0,001***
Відсоток збережених інтересів	-0,38	<0,001***

Примітки: Негативні кореляції означають: більше інтересів/вища реалізація → нижча депресія. *** $p < 0,001$ (високо значущий зв'язок).

Додаток 12

Таблиця 3.12. Порівняння груп за рівнем інтенсивності реалізації інтересів щодо депресії

Група	N	Депресія (BDI-II) M (SD)	F	p	η^2
Низька інтенсивність	48	24,8 (9,4) ^a	21,46	<0,001	0,22
Помірна інтенсивність	62	17,2 (9,6) ^b			
Висока інтенсивність	42	13,4 (9,8) ^b			

Примітки: Різні літерні індекси (a, b) позначають статистично значущі відмінності між групами за пост-хок тестом Tukey ($p < 0,05$). η^2 – показник величини ефекту (0,14 або більше = великий ефект).

Таблиця 3.13. Рівень депресії за домінуючим типом інтересу**Домінуючий тип інтересу N Депресія (BDI-II) M (SD)**

Інтелектуальні	52	17,2 (10,4)
Фізичні	38	15,8 (9,6)
Творчі	18	16,4 (11,2)
Розважальні	22	20,6 (10,8)
Соціальні	8	14,2 (8,4)
Природні	4	19,0 (12,6)
Змішаний профіль	10	18,8 (9,8)

Примітка: Через нерівність груп та малий розмір деяких категорій (соціальні N=8, природні N=4), статистичне порівняння має обмежену потужність.

Таблиця 3.14. Порівняння рівня тривоги в групах з наявністю та відсутністю захоплень

Група	n	M (медіана)	SD	U	Z	p	r
З захопленнями	35	18,5	8,2	167,5	-2,87	0,004**	0,41
Без захоплень	15	26,0	9,1				

Примітка: M – медіана балів за шкалою Бека; SD – стандартне відхилення; U – значення U-критерію Манна-Вітні; Z – стандартизований показник; p – рівень статистичної значущості; r – розмір ефекту; ** p < 0,01.

Таблиця 3.15. Кореляційні зв'язки між рівнем депресії та характеристиками захоплень (n = 35)

Характеристика захоплення	ρ Спірмена	p	95% ДІ
Тривалість (місяці)	-0,48	0,003**	[-0,69; -0,19]
Інтенсивність (1-5 балів)	-0,52	0,001**	[-0,72; -0,24]
Різноманітність (кількість)	-0,31	0,067	[-0,56; 0,02]
Соціальна включеність	-0,44	0,008**	[-0,66; -0,14]

Примітка: ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена; p – рівень статистичної значущості; 95% ДІ – 95% довірчий інтервал для коефіцієнта кореляції; ** p < 0,0125 (з поправкою Бонферроні). Кореляційний аналіз виявив статистично значущі помірні негативні зв'язки між рівнем депресії та ключовими характеристиками захоплень. Найсильніший зв'язок спостерігається з інтенсивністю захоплень ($\rho = -0,52$, p = 0,001), що свідчить про те, що регулярна й активна залученість до захоплень асоціюється з нижчими показниками депресії. Тривалість захоплень також демонструє помірний негативний зв'язок ($\rho = -0,48$, p = 0,003), підтверджуючи гіпотезу про накопичувальний протективний ефект довготривалої практики. Соціальна включеність у захоплення (наявність спільноти, спільної діяльності) корелює з нижчим рівнем депресії ($\rho = -0,44$, p = 0,008), що узгоджується з концепцією соціальної підтримки як чинника психологічної стійкості. Різноманітність захоплень показала слабкий негативний зв'язок ($\rho = -0,31$, p = 0,067), що не досяг статистичної значущості після поправки Бонферроні, однак тенденція вказує на потенційну протективну роль диверсифікації інтересів.

Таблиця 3.16. Показники депресії та тривоги за типами захоплень

Тип захоплення	n	Депресія (Md, IQR)	Тривога (Md, IQR)	Комбінований ранг
Творчі	12	14,5 (10-19)	16,0 (12-21)	18,2
Фізичні	8	12,0 (8-16)	14,5 (10-18)	15,6
Інтелектуальні	9	16,0 (12-22)	18,0 (14-24)	21,4
Соціальні	4	11,0 (7-14)	13,0 (9-16)	12,8
Рекреаційні	2	17,5 (15-20)	19,5 (17-22)	23,0
Н-критерій	-	8,42	7,89	-
p-value	-	0,077	0,096	-

Примітка: Md – медіана; IQR – інтерквартильний розмах (25-75 перцентилі); Н-критерій – критерій Краскела-Воліса; комбінований ранг – середній ранг для обох показників.