

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Наталія Коструба, Оксана Фіщук

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ КРИЗИ

Монографія

Луцьк
Вежа-Друк
2023

УДК 159.98:613.86"364"
К 72

Рекомендовано до друку Вченою радою
Волинського національного університету імені Лесі Українки
(протокол № 4 від 30 березня 2023 року)

Рецензенти:

Лазорко О.В. – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Гошовський Я.О. – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри педагогічної та вікової психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

Остапівський О. І. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології Волинського інституту післядипломної педагогічної освіти.

Коструба Наталія, Фіщук Оксана

К-72 Психічне здоров'я в умовах кризи : монографія. Луцьк : Вежа-Друк, 2023. 180 с.
ISBN 978-966-940-461-9

У монографії представлено науково-теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення проблеми психічного здоров'я в умовах кризи пандемії та війни. Представлено програму психологічної підтримки молоді в умовах кризи соціальних обмежень. Розглянуто основні наслідки війни як кризової ситуації для психічного здоров'я військовослужбовців та цивільного населення (ПТСР, моральна травма, бойовий стрес тощо). Узагальнено досвід попередніх досліджень та окреслено провідні напрямки психологічної підтримки в умовах війни.

Для психологів, соціальних працівників, волонтерів, учасникам громадських організацій, що надають психологічну підтримку, а також широкого кола зацікавлених читачів.

УДК 159.98:613.86"364"

Передмова

Сучасний етап розвитку суспільства супроводжується багатьма викликами, серед яких поширення небезпечних захворювань, загострення військових конфліктів, природні катаклізми тощо. Усі ці події є кризовими та впливають на психічне здоров'я особистості.

У нашому дослідженні ситуація вимушеного соціального дистанціювання в пандемію COVID розглядається як кризова, що було підтверджено отриманими емпіричними результатами (Kostruba, 2021). Пандемія COVID-19 та пов'язані із нею заходи соціального дистанціювання, маючи на меті сповільнення швидкості передачі вірусу, призвела до більшої суб'єктивної ізоляції та недовіри в громаді, психологічного дистресу (Bierman, Schieman, 2020). COVID-19 відбувається у всьому світі, і більша частина населення безпосередньо дотична до цих подій. Досвід описує суб'єктивну реакцію людини на несприятливу подію. Дослідженням психічного здоров'я в пандемію здійснювали Т. Allen, L. Barber, R. Cao, J.M. Fegert, G.L. Flett, M.J. Heisel, L. Liang, P.L. Plener, H. Ren, R.R. Sinclair, B. Vitiello та ін.

COVID-19 - це фізична хвороба, яку вчені вивчають з медичної точки зору. Але пандемія та пов'язані з нею стресові фактори також можуть створювати серйозні наслідки для психічного здоров'я. Цілковито нормально відчувати дистрес в результаті хронічного стресу такого масштабу. Втрат, як реальних (близьких, без можливості ритуального похорону), так і символічних (випускні урочистості) достатньо. Для багатьох такі події можуть бути неприємними, а для когось невимовним горем. Люди відрізняються за своєю генетикою, нейророзвитком, загальним станом здоров'я, стійкістю та наявністю інших захисних факторів. Таким чином, люди переживають ту саму пандемію COVID-19 по-різному. Визначення того, хто з цих людей страждає від травми, вимагає виявлення відповідних

наслідків. Для багатьох короткочасні страждання пройдуть і не піднімуться до рівня «травми». Для інших ефекти залишаться протягом життя.

Багато дослідників притримуються спільної думки, яка підтверджена результатами досліджень, що пандемія COVID-19 негативно впливає на психологічний стан людей, викликаючи симптоми депресії, тривоги тощо (Dagnino, Anguita, Escobar, Cifuentes, 2020; Okruszek, Aniszewska-Stan'czuk, Piejka, Wis'niewska, Zurek, 2020; Shuwiekh, Kira, Sous, et al. 2020). Маштабне вивчення психологічного благополуччя у Великобританії дозволило визначити майбутні клінічні та дослідницькі напрямки, один з яких передбачає вивчення соціальної ізоляції та самотності, емоційного регулювання, стратегій подолання тощо (Armour, McGlinchey, Butter, McAloney-Kocaman, McPherson, 2020). Тобто вивчення проявів та психологічних наслідків соціального дистанціювання та ізоляції в пандемію COVID-19 є актуальною темою дослідження у всьому світі.

24 лютого 2022 року вся Україна сколихнулася від неспровокованої військової агресії росії, що проявилася у масованому ракетному обстрілі та порушенням кордонів України військами загарбника. З тієї миті триває війна – російські військові рівняють з землею міста на сході і півдні нашої країни, вбивають і гвалтують мирних мешканців і дітей, багато людей стало вимушеними переселенцями. Тож надзвичайної актуальності набуває тема психологічного супроводу осіб, що постраждали від війни, або понесли втрати (моральні, матеріальні, втрату близької людини тощо). Тож останній розділ цієї праці присвячений теоретичному огляду психологічних наслідків війни та напрямків психологічної підтримки населення.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТА У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ

1.1. Концептуальні підходи до визначення психічного здоров'я та його складових

Здоров'я – це складний, системний за своїм змістом феномен, який має свою специфіку прояву на фізичному, психологічному та соціальному рівнях. Проблема здоров'я носить виражений комплексний характер, вивчення якої здійснюється у руслі багатьох наукових дисциплін: медицини, психології, валеології та ін. Найбільше уваги вивченню зазначеної проблеми приділяє психологія здоров'я, яка на сьогоднішній день є перспективною областю знань, яка тільки розвивається і передбачає спеціальну підготовку психологів для практичної роботи в цьому напрямку.

Сучасні підходи (І.І. Галецька, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич, О. О. Ревякіна, Т. І. Сосновський тощо) розглядають здоров'я людини як складний і багатовимірний феномен, що відображає різні аспекти людського буття. При цьому наукові підходи до розуміння даного феномена відрізняються від буденного його розуміння. В повсякденній свідомості поняття «здоров'я», зазвичай, представлене синкретично, і в побуті людина не завжди розрізняє складні і численні смисли, складові його смислу. На відміну від буденної свідомості, наукові підходи до осмислення поняття «здоров'я» підкреслюють його багатоаспектність і складність (Галецька, Сосновський, 2006; Ложкін та ін., 2011; Ревякіна, 2013).

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), яка створила Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-11 чи DSM-V), визначила психічне здоров'я не просто як відсутність психічних захворювань, а також ототожнюють його з «благополуччям». Відповідно до ВООЗ, основна концепція полягає в тому, що психічне здоров'я можна визначити як «стан

повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або фізичних вад» (World Health Organization, 2004). Визначення стає більш витонченим, припускаючи, що «психічне здоров'я визначається як стан благополуччя, за якого кожна людина реалізує свій власний потенціал, може справлятися зі звичайними життєвими стресами, може продуктивно та плідно працювати та здатна робити внесок у громаду» (World Health Organization, 2004). У цьому контексті справжня природа «психічного здоров'я» полягає в здатності належним чином реагувати та пристосовуватися до загальних соціальних, професійних та особистих проблем, але також має політичні наслідки. Європейська психіатрична асоціація (ЕРА) спробувала визначити психічне здоров'я як «динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє людям використовувати свої здібності в гармонії з загальнолюдськими цінностями суспільства. Базові когнітивні та соціальні навички; здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, а також співпереживати іншим; гнучкість і здатність долати несприятливі життєві події та виконувати соціальні ролі; і гармонійний зв'язок між тілом і розумом є важливими компонентами психічного здоров'я, які різною мірою сприяють стану внутрішньої рівноваги» (Galderisi et al., 2015).

Таке уявлення про психічне здоров'я часто, але не завжди або обов'язково супроводжується позитивними почуттями та благополуччям або професійним успіхом, особливо в певних фазах життя, наприклад у підлітковому віці або під час зустрічі зі складними життєвими обставинами як міграція чи катастрофічні ситуації (Deci, Ryan, 2006). Недоліком цих визначень є те, що вони навантажені як моральними, так і етичними (наприклад, гедонізм) і культурними питаннями. Вони також можуть бути під впливом політичних поглядів, оскільки певною мірою вказують на те, що політична система може впливати на психічне здоров'я. Якщо таке припущення прийняти без обережності, це може призвести до надзвичайно різних інтерпретацій і зловживань психіатрією.

Існують різні підходи до психічного здоров'я та його складових. Один підхід передбачає наявність трьох основних елементів:

- Самореалізація (як здатність індивідів повністю використовувати свій потенціал).
- Почуття панування над своїм оточенням.
- Почуття автономії (посилається на здатність ідентифікувати, протистояти та вирішувати проблеми) (Jahoda, 1958).

Інша теорія припускала наявність трьох складових психічного здоров'я:

- Емоційне благополуччя (що стосується щастя, інтересу до життя та задоволення).
- Психологічне благополуччя (як складова цілісності особистості, вміння справлятися з обов'язками повсякденного життя, будувати хороші стосунки з іншими).
- Соціальне благополуччя (позитивне функціонування, соціальний внесок, соціальна інтеграція, соціальна актуалізація та соціальна узгодженість) (Galderisi et al., 2015; Keyes, 2013).

Науковці також стверджують, що психічне здоров'я є невід'ємною частиною здоров'я та благополуччя та визначається низкою біологічних, соціально-економічних та екологічних факторів (Carod-Artal, 2017).

У науковій літературі існує багато консенсусу щодо основних когнітивних і соціальних навичок, які є важливими складовими психічного здоров'я, оскільки вони визначають функціонування в повсякденному житті, поведінку та здатність справлятися з неочікуваними і постійні виклики (Artero et al., 2001; Gigi et al., 2014; Moritz et al., 1995). Такими когнітивно-емоційними навичками є:

- Здатність до емпатії (здатність переживати і розуміти те, що інші відчувають без плутанини між своїми емоціями та чужими) (Decety et al., 2014).
- Здатність ретельно аналізувати соціальні моделі та події (Heinz,

Kluge, 2010).

- Особливості гнучкості (здатність переглядати курс дій або ідею та пристосовуватися до зміни) (Klanker et al., 2013).

- Додатковим важливим компонентом є здатність до емоційної регуляції, яка визначає соціальну адаптацію та взаємодію з іншими, виступає посередником для подолання та адаптації до стресу (Gross, Muñoz, 1995; McCarthy et al., 2006).

- Гармонійний зв'язок і взаємодія між тілом і розумом і сприйняттям як єдність (Fuchs, Schlimme, 2009).

Однак наведені вище твердження відображають лише один аспект психічного здоров'я. Зазначені когнітивно-емоційні характеристики можуть описувати психічно хвору людину, яка використовує свої емпатичні навички для маніпулювання інших або для адаптації та уникнення виявлення та переслідування або злочинних осіб, які мають відчуття благополуччя та перебувають в повній гармонії з собою під час вбивства інших людей.

Відповідно до такої точки зору люди з хорошим психічним здоров'ям часто можуть відчувати сум, погане самопочуття, бути незадоволеними та нещасними, або їм дуже важко прийняти зміни та адаптуватися до небажаної ситуації, і це слід розглядати як важливу частину внутрішнього досвіду і поведінки людини.

При врахуванні цих важливих винятків, загалом, визначення і концептуалізація психічного здоров'я включає позитивний афективний стан зі значущим почуттям панування над навколишнім середовищем (Lamers et al., 2011). Такий загальний підхід узгоджуються з визначенням відновлення після пережитого психічного розладу; відновлення концептуалізується як досягнення повноцінного та цінного життя шляхом розбудови опитаючись на ті функції, які збережені розладом, незважаючи на те, що інші функції мають постійні порушення (Slade et al., 2014).

Дослідниця Н.М. Савелюк вбачає одним із чинників психічного та

психологічного здоров'я релігійну віру. На фоні численних соціальних проблем, релігійна віра може виступати не лише у якості позитивного, духовно оздоровлювального сенсу, але й негативного (Савелюк, 2012: 216-217).

Узагальнили існуючі критерії психологічного здоров'я особистості Н.В. Підбуцька та О.М. Курявська: позитивне самосприйняття, духовний ріст та самореалізація; адекватність сприйняття реальності та компетентність у подоланні вимог навколишнього світу; інтегрованість особистості, її урівноваженість та гармонійність; креативність та життєтворчість, гнучкість мислення як свобода виходу за традиційні рамки; науковість мислення, акцептація двозначності та непевності, толерантність щодо помилок; розвинуті прогностичні здібності; об'єктивність як свобода від нереалістичних ілюзій, прийняття себе, висока стресостійкість до умов навколишнього світу (Підбуцька, Курявська, 2010: 258-259).

ВООЗ у своїй доповіді за 2001 р. дійшов висновку, що це майже неможливо комплексно визначити психічне здоров'я з міжкультурної точки зору. Однак загалом погоджено, що психічне здоров'я охоплює набагато більше, ніж просто відсутність психічних розладів. Загалом науковці формулюють три сторони психічного благополуччя: емоційну, соціальну та психологічну. Іншими словами, різні суспільства і культури визначають і інтерпретують те, що є психічним здоров'ям та які втручання доречні. Хоча психічне здоров'я є ціннісним і соціально сконструйованим поняттям, сьогодні до нього часто підходять з натуралістичної точки зору, згідно з якою нормальне функціонування мозку можна вивчати за допомогою технологій візуалізації та нейронауки (ten Have, Patrão Neves, 2021).

Основними етичними проблемами, пов'язаними з психічним здоров'ям, є відсутність загального розуміння того, що таке психічний стан і як проблеми з психічним здоров'ям можуть призвести до соціальних наслідків, таких як дискримінація та стереотипи.

Здійснений теоретичний аналіз дає можливість визначити психічне

здоров'я як стан психологічного благополуччя, який має багато чинників (здатність до емоційної регуляції, гнучкість мислення, соціальне благополуччя тощо). Науковці сперечаються щодо ключових чи провідних складових психічного здоров'я.

1.2. Психологічні характеристики студентської молоді

Студентська молодь – це специфічна соціально-демографічна група, в якій проявляються сутнісні властивості і риси різних класів і верств, що займається нагромадженням інформації для професійної діяльності, з певним громадським положенням, роллю і статусом, що бере активну участь в різних формах життєдіяльності, з соціальним досвідом конструювання і реалізації своїх життєвих стратегій.

Студент ВНЗ – це молода людина, що готується до кваліфікованого виконання професійних функцій у певній галузі та характеризується професійною спрямованістю. Студентство характеризують як специфічну соціальну категорію, особливу спільність людей, які організаційно об'єднані інститутом ВНЗ. Студентство складається із людей, які цілеспрямовано, систематично здобувають та застосовують знання і професійні вміння, що характеризуються високим освітнім рівнем, високою пізнавальною мотивацією, найвищою соціальною активністю та гармонійним поєднанням соціальної та інтелектуальної зрілості.

Коли досліджують студентство як окрему соціальну групу, переважно мають на увазі віковий період юності. Це останній етап первинної соціалізації. Провідною діяльністю у цей період є професійна підготовка. Ключовими психологічними новоутвореннями юнацького віку – є самостійність, соціальна зрілість, узагальнені способи пізнавальної і професійної діяльності, соціально-професійна компетентність.

Багатий зміст студентського періоду життя пов'язаний як з

розширенням термінів освіти, професійної підготовки і перепідготовки, необхідних в умовах сучасної цивілізації, так і з особливим ставленням до молодих в сучасному суспільстві. У молодості людина найбільш здатна до творчої діяльності, до формулювання евристичних ідей, максимально працездатна, тому саме з молоддю пов'язані уявлення про прогрес сучасної науки і технології. Інша сторона – більшою мірою психологічна – пов'язана з ідеологією і світоглядом.

Сьогодні багато психологів, обговорюючи особливості юнацького віку, вказують на його онтологічну неоднозначність і неоднозначність ставлення до нього з боку наук про людину. Починаючи з юності, все меншою стає залежність змісту суб'єктивного життя від хронологічного віку, в набагато більшому ступені воно визначається особистими обставинами життя людини – родом занять, установками, системою цінностей, життєвим досвідом і т.д. Юнаки та дівчата досягають першої дорослості з дуже різним набутим досвідом та намірами, влаштовують своє життя за досить різним зразками і сценаріями. Багатовимірні процеси побудови та перестроювання соціальної поведінки і суб'єктивного світу погано вписуються в теорії послідовних стадій.

Для опису психосоціального стану, відповідного підлітково-юнацькому віку, Е. Еріксон ввів оригінальний термін – «психосоціальний мораторій». Мораторій визначається і як психологічний стан, і як часовий відрізок, і як певний соціальний простір. Для інтеграції в доросле життя людині потрібен час, і суспільство дає їй відстрочку, протягом якої можна експериментувати з різними аспектами ідентичності, оцінюючи їх соціальну прийнятність. Одночасно, це і свого роду «рефлексивна пауза», яка дозволяє визначитися з відчуттями і переживаннями свого внутрішнього світу, що не пройти повз граничних екзистенціальних питань (Erikson, 1993).

Е. Еріксон припустив, що зазвичай криза ідентичності дозволяється до 18 – 20 років, але, як показали подальші дослідження, це його подання було неточним. За даними, наведеними Д. Шеффер, лише до віку 21 років

більшість молодих людей досягають тільки самого стану мораторію, а стабільна ідентичність досягається пізніше. «Тільки ... під час навчання в університеті, – пише Д. Шеффер, – багато молодих людей і дівчат переходять від дифузного або незрілого статусів до статусу мораторію, а потім досягають почуття ідентичності ... Але це в жодному разі не означає завершення процесу формування ідентичності. Багато дорослих все ще мучаться проблемами ідентичності або знову задають собі питання про те, хто вони такі, незважаючи на існуючу доти упевненість, що всі відповіді вже отримані» (Shaffer, 1995: 650). Цікаве зауваження Д. Шеффера про вплив навчального середовища на формування ідентичності. Процес отримання вищої освіти сприяє встановленню кар'єрних цілей і більш продуманому вибору професії ..., але студенти часто відстають від своїх працюючих однолітків у встановленні політичної та релігійної ідентичності ... Багато студентів регресують зі стадії досягнення ідентичності до стадії мораторію або навіть, в певних сферах, до стадії дифузної ідентичності ...» (Shaffer, 1995).

Досягнення ідентичності в роботах Е. Еріксона розглядається як соціально прийнятна норма розвитку для юнацького віку. При цьому виникають питання про те, як слід реагувати на прояви інфантилізму або, навпаки, прискореної соціалізації. З аналізу наведених досліджень можна припустити, що саме для студентів, на відміну від так званої «робітничої молоді», характерна регресія до стадії мораторію, а в деяких сферах і до стадії дифузної ідентичності (Erikson, 1993).

Розглянутий нами віковий період у схемі періодизації В.І. Слободчикова отримав назву ступені індивідуалізації. Центральною проблемою молодшої людини на цьому ступені розвитку стає побудова індивідуального, справді власного ставлення до соціальної реальності, до культури і до свого часу. Початок цього процесу пов'язане з рефлексією всіх своїх здібностей як дійсно своїх здібностей. Тут юнаків та дівчат очікує неприємне відкриття: потреба в індивідуальному, неповторному, творчому

відношенні до дійсності входить у суперечність з набором стереотипних здібностей, які довго формувалися при освоєнні загальних для всіх освітніх програм, навичок поведінки і дій в подібних умовах життя. Молоді люди повинні бути не тільки носіями своїх здібностей, не просто актуалізувати їх, але й стати їх суб'єктами. А це передбачає, що вони повинні виявити свою недостатність і обмеженість і подолати їх, самі їх заповнити. На ступені індивідуалізації вперше починається авторство у становленні своїх здібностей, свідомий і цілеспрямований саморозвиток.

Перехід на щабель індивідуалізації багато в чому визначається зміною соціальної ситуації. Очевидна зміна соціальної ситуації представлена в житті випускників школи, що приступають до самостійної трудової діяльності. Процес адаптації першокурсників до вузу, зазвичай супроводжують негативні переживання, пов'язані з виходом вчорашніх учнів зі шкільного колективу з його взаємної допомоги і моральної підтримки; невідповідність до навчання у вузі; невміння здійснювати психологічну саморегуляцію власної поведінки і діяльності; пошуком оптимального режиму праці та відпочинку в нових умовах; налагодженням побуту та самообслуговування, особливо при переході з домашніх умов в гуртожиток і т.п.

Науковці відзначають, що механізм формування життєвих стратегій сучасного студентства включає в себе аналіз, конструювання та реалізацію самих життєвих стратегій за допомогою механізмів ідентифікації, типізації та індивідуалізації. Також обґрунтовано, що ціннісні орієнтації студентства є підставою для конструювання життєвих стратегій, оскільки це ідеальні, символічно опосередковані і виходять за своїм впливом за межі свідомості людини освіти, які реалізуються в практичній життєдіяльності як орієнтири і пріоритетів, виділені моделі життєвих стратегій, засновані на прагматичній, статусно-престижною, соціокультурної та професійної спрямованості (Kostruba et al., 2021).

Професійне становлення особистості під час навчання у вузі, що є

актуальним у юнацькому віці можна розділити на рівні: 1. Адаптивний (адаптація до нових життєвих соціокультурних реалій та прийняття суб'єкт-суб'єктних взаємин). 2. Професійно-репродуктивний (розвиток потреби у професійній реалізації; оволодіння цінностями і смислами професійної діяльності). 3. Особистісно-продуктивний (прийняття особистісного сенсу професійної діяльності; пошук індивідуального стилю професійної діяльності). 4. Суб'єктно-креативно-професійний (суб'єктна реалізація особистісно-професійного становлення фахівця) (Коструба, 2018).

Так, на першому курсі відбувається активне залучення до студентського життя, розпочинається адаптація, яка повністю завершується лише на другому курсі. Далі здійснюється інтенсивне включення студента у всі види навчання і виховання ВНЗ. Уже на третьому курсі розпочинається спеціалізація, розвивається і підтримується професійний інтерес. Наступний курс пов'язується із проходженням практики, тобто реальним зіткненням студентів із професійними завданнями, на цьому етапі необхідно застосовувати отримані вміння на практиці. Також на четвертому курсі відбувається трансформація ціннісно-сміслової сфери особистості. На п'ятому курсі навчання у ВНЗ спостерігається практична спрямованість, це пов'язано із потребою у працевлаштуванні.

Навчання у вузі може бути пов'язане з проходженням особистості криз щодо оволодіння професійною діяльністю (криза адаптації характерна для 1-го курсу, криза очікувань – для 3-го, криза самореалізації – для 5-го). У той же час розвиток уявлень про професію, її змістовний аспект носить нелінійний характер і пов'язаний не стільки з накопиченням професійного досвіду, скільки з його осмисленням. Мотиваційна складова в професійному самосвідомості майбутнього фахівця визначає в цілому ставлення до обраної спеціальності та професійної діяльності.

Л.Г. Подоляк та В.І. Юрченко виокремлюють загальні тенденції професійного становлення студента в умовах навчання у ВНЗ:

1. Соціалізація студента спричинена низкою чинників: ментально-духовна атмосфера сімейно-родинного середовища; особливості довузівського освітньо-виховного простору; організація навчального процесу у ВНЗ.

2. Завершується процес професійного самовизначення (це відображається в змісті та структурі «Я-концепції»). Відбувається формування «Я-ідеального» майбутнього фахівця.

3. Психічні процеси і стани набувають «професійного характеру», збагачується професійний досвід, розвиваються необхідні професійні здібності.

4. Підвищуються почуття обов'язку й відповідальності, самостійність і самоконтроль, починає формуватись індивідуальний стиль і життєва позиція студента.

5. Зростає рівень домагань студента в сфері майбутньої професії, формуються мотиви професійної самореалізації; підвищується роль самоосвіти й самовиховання в професійному становленні.

6. Показником ефективності навчального процесу у ВНЗ педагогічного спрямування є соціальна, духовна й професійна зрілість особистості студента, цілісність і стійкість його «Я», психологічна готовність випускника до реалізації професійно-педагогічних функцій (Подоляк, Юрченко, 2006).

Так, якщо розглядати студентство як віковий період, то він характеризується найменшою величиною латентного періоду реакцій на прості, комбіновані і словесні сигнали, оптимумом абсолютної чутливості аналізаторів, найбільшою пластичністю в утворенні складних психомоторних та інших навичок. В юнацькому віці спостерігається найвища швидкість оперативної пам'яті і переключення уваги, вирішення вербально-логічних задач і т.д. Тобто, студентський вік характеризується досягненням «пікових», найвищих результатів, що базуються на всіх попередніх процесах біологічного, психологічного, соціального розвитку.

На розвиток особистості студента впливає вся сукупність соціально-психологічних умов: рівень загального інтелектуального розвитку, успішність адаптації до умов вузу, готовність особистості до навчання; наявність здатності вчитися самостійно, успішність в міжособистісних відносинах, наявність сприятливого психологічного клімату в академічній групі, спрямованість, сформованість стійкого інтересу студента до своєї майбутньої професії, тип темпераменту, а також тип характеру і конструкції учня, адекватність самооцінки, сформованість самосвідомості, смисложиттєвих орієнтацій та світогляду (Скнар, 2018; Співак, 2018).

Спілкування у студентському віці має велике значення для розвитку особистості, – а саме значимі якісні характеристики процесу комунікації. Так науковці стверджують, що почавши у підлітковому віці творення своєї особистості, побудову спілкування, юнаки продовжують цей шлях вдосконалення значущих для себе якостей.

Серйозний, глибокий вплив на сприйняття світу юнаками і дівчатами має соціальний простір (микросоціум і макросоціум), в якому вони перебувають. Життєві перспективи (часто професійні) зазвичай вони бговорюють з батьками. З викладачами, дорослими знайомими (чия думка для них є значущою) та один з одним вони спілкуються про життєві плани.

Теоретичний аналіз психологічних особливостей юнацького віку (16-17 - 20-21) дає можливість підсумувати, що основні новоутворення цього періоду є особистісне і професійне самовизначення, що передбачає значні емоційні та поведінкові зміни. Загалом вік характеризується активною діяльністю, пошуком себе та свого місця у суспільстві.

1.3. Особливості психічного здоров'я у період пандемії

Багато наукових досліджень щодо пандемії Covid-19 здійснені у різних країнах світу. Активно здійснюються дослідження впливу пандемії корона вірусу на психічне здоров'я у зв'язку із соціальним дистанціюванням

(Arslan, Yildirim, Tanhan, et al., 2020; Lin, 2020), у різних вікових категоріях (Fegert, Vitiello, Plener, et al., 2020; Flett, Heisel, 2020). Також науковці розглядають медичний аспект досліджуваної проблеми, і стверджують, що інфекційні захворювання, такі як COVID-19, можуть мати величезний вплив на психічне здоров'я (Liang, Ren, Cao, et al., 2020).

Одне з досліджень обґрунтувало думку про те, що оптимізм, песимізм і психологічна ригідність значною мірою опосередковують зв'язок між коронавірусним стресом і психологічними проблемами. Результати свідчать про те, що люди з високим рівнем стресу від коронавірусу повідомляють про більші психологічні проблеми, якщо вони мають високий рівень психологічної ригідності та песимізму та нижчий рівень оптимізму (Arslan, Yildirim, Tanhan, et al., 2020). Теоретична основа цього прогнозу полягає в тому, що стрес може призвести до більшої психологічної ригідності та песимізму, а також до зниження оптимізму, що, у свою чергу, може призвести до більших психологічних проблем (Yildirim and Alanazi, 2018). Високий рівень оптимізму та низький рівень психологічної ригідності та песимізму може допомогти людям впоратися зі стресом, викликаним коронавірусом, і сприяти меншому рівню психологічних проблем.

Науковці попереджають про численні ризики для психічного здоров'я дітей та підлітків, пов'язані з пандемією. Під час гострої фази пандемії основний тягар був пов'язаний із соціальним дистанціюванням, посиленням тиску на сім'ї та зменшенням доступу до послуг підтримки. Після пандемії, економічний спад та наслідки тривоги, стресу та насильства можуть бути переважаючими проблемами, які необхідно вирішувати психологам та психотерапевтам (Fegert, Vitiello, Plener, et al., 2020).

Дослідження впливу пандемії на старше покоління виявило, що значущість для інших людей є важливим чинником у цьому процесі. Бути важливим для інших асоціюється з меншою депресією та кращим самопочуттям, і є серйозні ознаки того, що значущість є основою для кращого здоров'я. Таким чином, літня людина, яка здатна підтримувати та

поширювати почуття важливості на інших, є особистістю, яка має досить добре впоратися з пандемією. Але знову ж таки, ситуація якісно інша для літніх людей, які відчувають, що вони не мають значення для інших. Ці тенденції мають посилюватися, якщо це супроводжується відчуттям нікчемності для спільноти чи суспільства в цілому (Flett, Heisel, 2020).

Загалом, усі науковці сходяться на думці, що карантин через Covid-19 має великий вплив на психологічний стан суспільства. Психологічні наслідки пандемії коронавірусу залежать від індивідуальних відмінностей у реагуванні та сприйнятті ризику, а також практики особистої гігієни у зв'язку із соціальним дистанціюванням (Abdelrahman, 2020). Обмеження, пов'язані з пандемією, що підривають економічну стійкість та добробут, викликають хвилювання, страх, гнів, роздратування, розчарування, беспорядність, самотність та нервозність. Економічний спад, безробіття та бідність сильно пов'язані з серйозними наслідками психологічних супутніх захворювань, наприклад суїцидальної поведінки. Існує одне попереднє дослідження, яке вивчало взаємозв'язок самогубств та коронавірусу в Бангладеші (Bhuiyan, Sakib, Rakpour, et al., 2020).

Також окремі дослідження підкреслюють загострення проблеми домашнього насильства у період самоізоляції (Griffith, 2020). У Туреччині дослідили, що нетерпимість до невизначеності у зв'язку із пандемією істотно впливає на психічне благополуччя (Satici, Saricali, Satici, et al., 2020). Виявлено негативний вплив пандемії на професійне здоров'я (Sinclair, Allen, Barber, et al., 2020).

Українські дослідники також виявили вплив пандемії на психологічне самопочуття людей. Так, аналіз нарративів про пандемію дав можливість виявити психолінгвістичні маркери, які підтверджують травматичність такого досвіду (Kostruba, 2021; Фіщук, 2022).

S. Sahoo з групою дослідників повідомили про деякі психологічні наслідки для Індії, включаючи виявлення шкоди через дезінформацію COVID-19. Більше того, науковці стверджують, що брак точної інформації

може вплинути на психічне здоров'я (наприклад, викликати депресію, тривогу, паніку та травматичний стрес) (Sahoo, Rani, et al., 2020).

Окрема група досліджень стосується впливу страху заразитися Covid-19. Наприклад, вивчення психічного здоров'я сімейних пар, які очікують на дитину (Ahorsu, Imani, Lin, et al., 2020), або посередницької ролі нетерпимості до невизначеності, депресії, тривожності та стресу у зв'язку з страхом COVID-19 та позитивністю (Bakioğlu, Korkmaz, Ergen, 2020). Результати, отримані в цьому дослідженні, важливі для програм втручання та стратегій підтримки, які будуть розроблені під час пандемії COVID-19 для захисту психічного здоров'я та підвищення психологічної стійкості. Ці заходи можуть застосовуватися в основному в групах ризику (наприклад, із хронічними захворюваннями та старшим віком) та в Інтернеті. Крім того, можна вважати, що якщо люди проводять час у середовищі, де вони відчувають себе в безпеці під час пандемії, це допоможе їм зберегти своє психологічне здоров'я. У цьому контексті, замість того, щоб постійно стежити за новинами про пандемію, здається важливим вдатися до заходів для профілактики психічного здоров'я, таких як виконання сімейних обов'язків, виділення часу на відпочинок та заняття хобі (Bakioğlu, Korkmaz, Ergen, 2020).

Отже, здійснений теоретичний огляд наукових досліджень дає можливість стверджувати про значний вплив пандемії на психічне здоров'я особистості. А саме стресовими чинниками є соціальні обмеження, економічні проблеми, відсутність якісного лікування і гарантій щодо видужання від хвороби. Сила негативних психологічних наслідків залежить від багатьох особистісних особливостей від світогляду і мислення до поведінкових стратегій подолання стресу.

РОЗДІЛ 2.

ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ПАНДЕМІЇ ЯК ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ: ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Поняття травми у психології

Психологічна травма, психічна травма або психотравма - це емоційна реакція на тривожну подію або низку подій, таких як нещасні випадки, зґвалтування, війна чи стихійні лиха. Типовими є такі реакції, як психологічний шок і заперечення. Довгострокові реакції включають непередбачувані емоції, спогади, труднощі з міжособистісними стосунками та іноді фізичні симптоми, включаючи головний біль або нудоту. Травма – це не те ж саме, що психічний дистрес або страждання, обидва вони є універсальними людськими переживаннями. Враховуючи те, що суб'єктивний досвід різних людей різний, люди по-різному реагуватимуть на подібні події. Іншими словами, не всі люди, які пережили потенційно травматичну подію, насправді отримають психологічну травму (хоча вони можуть відчувати стрес і страждання). У деяких людей розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) після серйозної травматичної події (або серії подій). Цю розбіжність у рівні ризику можна пояснити захисними факторами, які можуть бути у деяких людей і які дозволяють їм справлятися з важкими подіями, включаючи темпераментні фактори та фактори навколишнього середовища (такі як стійкість і готовність шукати допомоги) (Forman-Hoffman et al., 2016).

Травматичний досвід є сильним прогнозом несприятливих наслідків для психічного здоров'я. Одне дослідження показало, що показники тяжкості депресії були на 71% вищими серед осіб, які пережили принаймні одну травматичну подію за попередній рік, після поправки на тяжкість депресії до травми (Tracy et al., 2014). Інше дослідження показало, що серйозна стресова життєва подія в минулому пов'язана з вищим ризиком

великого депресивного розладу, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів і більшого стресу (McLaughlin et al., 2010). Проте існують значні відмінності в тому, як травма впливає на подальше психічне здоров'я. Наприклад, лише у невеликої кількості осіб, які зазнали впливу травматичних стресорів, пізніше розвивається ПТСР (~10–20%), але у більшості осіб, які зазнали впливу таких стресорів, цього не відбувається (Kessler et al., 1995). Було визначено кілька факторів, які можуть передбачити індивідуальний ризик розвитку посттравматичного стресового розладу після травматичного досвіду (наприклад, стать/гендер, попередні негаразди, уявна загроза життю під час травми) (Bomyea et al., 2012), але нейробиологічні механізми, які пояснюють відмінності в психічному здоров'ї, пов'язаному з травмою, все ще недостатньо вивчені. Попередні експериментальні дослідження свідчать про те, що підвищене системне запалення може підвищити несприйнятливність до стресових або загрозливих подразників (Dantzer et al., 2018). Невідомо, чи природне запалення посилює відразу до травматичних переживань. Тут ми перевіряємо, чи є травматичні події більш шкідливими для подальшого психічного здоров'я серед осіб з вищим рівнем системного запалення до травми.

Запалення є основним компонентом відповіді імунної системи на широкий спектр патологій, включаючи інфекції, вплив токсинів і пошкодження тканин (Kotas, & Medzhitov, 2015). Гостре запалення має вирішальне значення для формування ефективної імунної відповіді на інфекцію та пошкодження, але хронічне запалення передбачає більшу захворюваність і смертність від різноманітних неінфекційних захворювань (наприклад, раку, цереброваскулярних захворювань, серцево-судинних захворювань) (Proctor et al., 2015). Запалення також може бути фактором ризику несприятливих наслідків для психічного здоров'я, таких як депресія та тривога. Деякі дослідження показали, що підвищене системне запалення пов'язане з більшим ризиком депресії або тривоги (Colasanto et al., 2020),

проте не всі науковці погоджуються з цим твердженням.

Національна мережа травматичного стресу (<https://www.nctsn.org/>) намагалася надати визначення типів травматичних подій; диференціюючи їх один від одного на основі події, учасників та тлумачення закону. Нижче наведено короткі визначення, щоб охопити суть кожного типу травми.

1. Сексуальне насильство або насильство: фактичний сексуальний контакт або спроба сексуального контакту, вплив сексуального матеріалу чи середовища, невідповідного віку, сексуальна експлуатація, небажаний або примусовий сексуальний контакт.

2. Фізичне жорстоке поводження або напад: фактичне або спроба заподіяння фізичного болю з використанням або без використання предмета чи зброї, включаючи застосування суворих тілесних покарань.

3. Емоційне насильство/психологічне жорстоке поводження: дії щодо неповнолітньої дитини, крім фізичного чи сексуального насильства, які спричинили або могли спричинити поведінкові, когнітивні, афективні чи інші психічні розлади, такі як словесна образа, емоційне насильство, надмірні вимоги до продуктивності дитини, яка може призвести до негативного самооцінки та порушення поведінки. Дії бездіяльності щодо неповнолітньої дитини, які спричинили або могли спричинити поведінкові, когнітивні, емоційні чи інші психічні розлади, такі як емоційне нехтування чи навмисна соціальна депривація.

4. Зневажливе ставлення: нездатність опікуна(-ів) дитини-жертви надати необхідний догляд, який відповідає її віку, незважаючи на фінансову спроможність зробити це, або запропоновані фінансові чи інші засоби для цього, включаючи фізичне зневажливе ставлення, медичне зневажливе ставлення або нехтування освітою.

5. Серйозний нещасний випадок або хвороба/медична процедура: ненавмисна травма чи нещасний випадок, фізична хвороба або медичні процедури, які є надзвичайно болючими та/або небезпечними для життя.

6. Свідок домашнього насильства: емоційне насильство,

фактичне/спроба фізичного чи сексуального насильства або агресивний контроль, що здійснюється між батьком/опікуном та іншим дорослим у домашньому середовищі дитини-жертви або вчинене підлітком проти одного чи кількох дорослих у сім'ї. домашнє середовище дитини-жертви.

7. Жертва/свідок насильства в суспільстві: екстремальне насильство в суспільстві, включно з груповим насильством.

8. Шкільне насильство: насильство, яке відбувається в шкільному середовищі, включаючи, але не обмежуючись, шкільну стрілянину, знущання, міжособистісне насильство серед однокласників і самогубство однокласників.

9. Стихійні або спричинені людиною катастрофи: велика аварія чи катастрофа, які є ненавмисним результатом техногенної чи природної події.

10. Вимушене переміщення: Вимушене переселення в новий дім через політичні причини, як правило, включаючи політичних притулків або іммігрантів, які тікають від політичних переслідувань.

11. Війна / тероризм / політичне насильство: вплив актів війни / тероризму / політичного насильства, включаючи такі інциденти, як бомбардування, стрілянина, мародерство або нещасні випадки, які є результатом терористичної діяльності, а також дії осіб, які діють ізольовано, якщо вони вважаються політичного характеру.

12. Жертва / свідок екстремального особистого/міжособистісного насильства: включає в себе екстремальне насильство з боку осіб або між ними, включаючи вбивство, самогубство та інші подібні екстремальні події.

13. Травматичне горе/розлука: смерть одного з батьків, опікуна або брата або сестри, раптова та/або несподівана, випадкова чи передчасна смерть або вбивство близького друга, члена сім'ї чи іншого близького родича; раптова, незрозуміла та/або розлука на невизначений термін з одним із батьків, опікуном або братом/сестрою через обставини, які не стосуються дитини-жертви.

14. Травма, викликана системою: травматичне вилучення з дому,

травматичне влаштування в прийомну сім'ю, розлучення з братом або сестрою або багаторазовий переїзд за короткий проміжок часу.

Здійснений теоретичний аналіз дозволив виявити, що більшість науковців розглядають психотравму як емоційну реакцію на тривожну подію. Не усі люди, які пережили потенційно травматичну подію, насправді отримують психологічну травму, але більшість безумовно можуть відчувати стрес. Тому пропонуємо детально розглянути особливості впливу травматичного досвіду на психічне здоров'я особистості.

2.2. Вплив травматичного досвіду на психічне здоров'я особистості

Травматичні події впливають на структури центральної нервової системи, хоча точний механізм цього наразі залишається невідомим. Структури, що лежать в основі когнітивних, емоційних, сенсорних, інтегративних, регуляторних, нейроендокринних і моторних функцій, координуються у відповіді на загрозу життю. Це може призвести до ідентифікації нейронних мереж, збуджених під час небезпечної для життя події, для подальшої потенціації, створюючи основу для постійної реєстрації в пам'яті (Sandberg, 2007).

Травматичні події можуть призвести до хронічних захворювань, що призведе до набутої інвалідності. Особи з обмеженими фізичними можливостями можуть відчувати серйозні порушення свого фізичного та психосоціального благополуччя, але дослідження також показують, що люди можуть відчувати позитивні якісні зміни, що призводять до посттравматичного росту. Область реабілітаційної психології має глибоко вкорінену традицію зосередження на позитивній адаптації, посиленні особистих сильних сторін і активів, враховуючи внутрішні та зовнішні фактори, які можуть впливати на пост травматичний ріст (Tallman, Hoffman, 2017).

Травматичні події завдають значних фізичних, емоційних і економічних витрат тим, хто їх переживає. Пошкодження може виникнути в багатьох різних системах органів, але жодна з них не здається такою загадковою, як неврологічна травма. Забій легенів покращується, велика рвана рана чи зламана кістка загоюються, але травма мозку та хребта може бути непоправною на все життя. Нервова система не має регенеративних можливостей решти тіла. Тим не менш, деякі пацієнти з важким ураженням головного мозку можуть вийти з коми після декількох днів або навіть тижнів лікування і повернутися до дивовижного рівня функцій. Знадобилося багато років, щоб розробити ефективні методи лікування для покращення результатів лікування пацієнтів, але навіть ці величезні зусилля часто призводять до летального результату або серйозного захворювання (Perry et al., 2014).

Травматичні події створюють низку наслідків. Деякі з цих наслідків є складними, але минуцими. G. A. Bonanno стверджував, що здатність людини стійко реагувати після травми може бути недооцінена. Дані, які він узагальнює, продемонстрували, що траєкторії після травми свідчать як про стійкість, так і про відновлення. Проте збільшення частоти травматичних за своїм впливом суспільних подій та ймовірність згубних довготермінових наслідків цих подій підкреслюють важливість збереження фокусу на травмах у клінічній роботі, зокрема, і в службі обслуговування населення загалом (Bonanno, 2004).

Розгляд питань про травму спонукав сучасних дослідників і клініцистів до розробки нових моделей травми, які, у свою чергу, пропонують додаткові фактори для оцінки травматичного фону та індивідуальної реакції (Altmaier, 2019).

Травматичні події за своєю суттю є загрозовими та викликають важкі емоції. Наша природа полягає в тому, щоб автоматично брати участь у стратегіях, щоб пережити травму та керувати цими емоціями. Однак ці стратегії можуть стати звичними способами управління емоціями або

емоційної регуляції, що може мати непередбачені наслідки та проявлятися як симптоми ПТСР. Існує два основних способи регулювання стресу (Schauer & Elbert, 2010):

- По-перше, гіперзбуджені реакції боротьби та втечі (пов'язані з активацією симпатичної нервової системи), що проявляється у таких емоціях як страх, активне уникання, гнів або настороженість.

- По-друге, слабкі реакції (пов'язані з активацією парасимпатичної нервової системи), такі як пасивне уникнення, дисоціативне від'єднання. Дисоціація - процеси, які включають порушення зазвичай інтегрованих когнітивних функцій.

Стратегії виживання та способи управління емоціями можуть виникати на різних рівнях: когнітивному (наприклад, внутрішнє уникнення та дисоціація), поведінковому (наприклад, вживання алкоголю або невихід на вулицю) або міжособистісному (наприклад, уникання стосунків). Стратегії подолання самі по собі можуть призвести до вторинних проблем, наприклад, бути постійно настороженим, що призводить до проблем з концентрацією уваги, дратівливості та напруги. Люди можуть використовувати різні стратегії, що потенційно може призвести до емоційної нестабільності (Hardy et al, 2020).

Травматичні події за своєю природою є несподіваними та неконтрольованими. Тим не менш, зараз широко визнано, що багато чого можна зробити, щоб полегшити страждання дітей, якщо заплановано несподіване (Rynoos, Steinberg, 2006). Поза сім'єю школа є основним джерелом соціальної підтримки для дітей, і ряд авторів (Yule and Gold, 1993) надали вказівки щодо того, як школи можуть планувати, щоб допомогти мінімізувати наслідки травмуючих подій, включаючи стихійні лиха, стрілянину та терористичні атаки та війну. Особлива увага приділяється спільній роботі шкіл і спеціалістів із психічного здоров'я.

Планування травматичних подій не запобігає їх виникненню, але, передбачивши багато необхідних дій, школи можуть зменшити вплив таких

подій. W. Yule, A. Gold рекомендують ряд коротко-, середньо- та довгострокових завдань для шкільного персоналу, про які слід попередити. Співробітники школи повинні бути обізнані про ймовірні психологічні наслідки стихійних лих для дітей, батьків і вчителів до того, як катастрофа станеться, через зв'язок із місцевими службами психічного здоров'я дітей. У разі травматичного інциденту негайні дії мають включати забезпечення того, щоб правильна інформація могла надходити до школи та виходити з неї, забезпечення того, щоб кілька співробітників мали доступ до списків найближчих родичів, встановлення стратегій для вирішення запитів, інформування батьків про що сталося з увагою та чуйністю та воз'єднанням батьків і дітей, призначенням прес-офіцера для роботи зі ЗМІ, інформуванням персоналу та учнів у належний та уважний спосіб, намаганням дотримуватися звичного розпорядку, наскільки це можливо (Yule, Gold, 1993).

Подібно до рекомендацій щодо кризового планування, пропонуються емпірично обґрунтовані, чутливі до розвитку стратегії першої психологічної допомоги для типових реакцій на травму, які школи можуть надати в перші кілька днів або тижнів після травми. Такі стратегії зосереджується на: (1) реагуванні на контакти, ініційовані постраждалими, та/або спілкування з постраждалими ненав'язливим способом із співчуттям; (2) підвищення безпосередньої безпеки постраждалого та забезпечення фізичного/емоційного комфорту; (3) стабілізація (де необхідно) емоційно перевантажених або дезорієнтованих постраждалих; (4) збір інформації про нагальні потреби для адаптації подальших втручань; (5) надання практичної допомоги постраждалим із негайними потребами; (6) допомога потерпілому встановити безпосередній контакт із джерелами соціальної підтримки, включаючи родину та друзів; (7) надання інформації про реакції на стрес і адаптивне подолання; та (8) зв'язок постраждалих зі спільними службами, необхідними на даний момент або в майбутньому (De Young and Kenardy, 2017).

2.3. Вимушені соціальні обмеження у період пандемії як травматичний досвід

COVID-19 - це фізична хвороба, яку вчені вивчають з медичної точки зору. Але пандемія та пов'язані з нею стресові фактори також можуть створювати серйозні наслідки для психічного здоров'я. Цілком нормально відчувати дистрес в результаті хронічного стресу такого масштабу. Втрат, як реальних (близьких, без можливості ритуального похорону), так і символічних (випускні урочистості) достатньо. Для багатьох такі події можуть бути неприємними, а для когось невимовним горем. Соціальні обмеження у багатьох можуть спричинити депресію, а у когось - суїцидальні думки.

Багато дослідників притримуються спільної думки, яка підтверджена результатами досліджень, що пандемія COVID-19 негативно впливає на психологічний стан людей, викликаючи симптоми депресії, тривоги тощо (Dagnino et al., 2020). Масштабне вивчення психологічного благополуччя у Великобританії дозволило визначити майбутні клінічні та дослідницькі напрямки, один з яких передбачає вивчення соціальної ізоляції та самотності, емоційного регулювання, стратегій подолання тощо (Armour et al., 2020). Тобто вивчення проявів та психологічних наслідків соціального дистанціювання та ізоляції в пандемію COVID-19 є актуальною темою дослідження у всьому світі.

Пандемія COVID-19 та пов'язані із нею заходи соціального дистанціювання, маючи на меті сповільнення швидкості передачі вірусу, призвела до більшої суб'єктивної ізоляції та недовіри в громаді, психологічного дистресу (Bierman, Schieman, 2020). COVID-19 відбувається у всьому світі, і більша частина населення безпосередньо дотична до цих подій. Досвід описує суб'єктивну реакцію людини на несприятливу подію. Люди відрізняються за своєю генетикою, нейророзвитком, загальним

станом здоров'я, стійкістю та наявністю інших захисних факторів. Таким чином, люди переживають ту саму пандемію COVID-19 по-різному. Визначення того, хто з цих людей страждає від травми, вимагає виявлення відповідних наслідків. Для багатьох короткочасні страждання пройдуть і не піднімуться до рівня «травми». Для інших ефекти залишаться протягом життя.

Дослідники стверджують, що пандемія значно вплинула на якість соціальних стосунків. Лонгітюдні перспективні дослідження демонструють, що соціальна невключеність переростає у відчуття соціальної ізоляції, яке стимулює негативні когнітивні процеси (Dahlberg et al., 2018). Таке сприйняття соціальної ізоляції науковці пов'язують з психологічним дистресом (Swader, 2019). Згідно з дослідженнями хронічний стрес соціальної ізоляції є вагомим предиктором когнітивної патології, масштаби якої можуть залежати від статі (Krupina et al., 2020).

Пандемію COVID-19 як культурну травму, яка впливає на колективну пам'ять досліджують N. Demertzis та R. Eyerman (Demertzis, Eyerman, 2020). Через призму травматичного стресу розглядають пандемію і американські вчені. Вони виявили, що соціальна ізоляція і занепокоєння, пов'язані із захворюваннями, можуть бути важливими змінними для зменшення пов'язаного з пандемією травматичного стресу. Про спільну травматичну реальність у пандемію COVID-19 та можливості посттравматичного росту говорить S. Bloomberg (Bloomberg, 2021).

Польські вчені виявили, що при описі досвіду соціальної ізоляції під час пандемії у своїх щоденниках люди часто посилались на різні «колективні спогади» та наводили паралелі між пандемією коронавірусу та іншими періодами історії (Łukianow et al., 2020). Посилання на колективні установки щодо коронавірусу - це приклад пост-пам'яті, концепція якої, вперше розроблена М. Гірш (Hirsch, 2012). Навіть якщо щоденник не має особистих спогадів з минулого люди використовують основи, відомі з історичних інтерпретацій таких подій, щоб надати сенс періоду пандемії.

Існують дослідження впливу соціальної ізоляції у пандемію COVID-19 на вагітних. Результати стверджують негативні наслідки щодо емоційного стану не лише матері, але і її потомства. Наслідки самоізоляції у пандемію на старше покоління у межах нейронауки дослідили A. Muntsant, L. Giménez-Llort (Muntsant, Giménez-Llort, 2020). Виявлено, самотність та соціальна ізоляція у перспективі пов'язані із зниженням якості життя серед літніх людей. Також, дослідження стверджують, що діти та підлітки, частіше відчують високий рівень депресії та тривоги під час та після примусової ізоляції під час пандемії (Loades et al., 2020).

Дослідження підтверджують, що необхідно заохочувати віртуальні контакти та фізичну активність, щоб запобігти негативним наслідкам для психічного здоров'я, відповідно до попередніх літературних даних (Stonerock et al., 2015; Yang et al., 2020; Oli'e et al., 2022).

Масштабні дослідження показали, що пандемія COVID-19 значно збільшили поширеність проблем психічного здоров'я (Chang et al., 2021; Chekole and Abate, 2021). Повідомлялося, що середня поширеність депресії, тривоги та стресу серед населення в цілому під час пандемії COVID-19 становила 45%, 47% та 53% відповідно (Lakhan et al., 2020). Враховуючи високі показники поширеності цих проблем психічного здоров'я під час пандемії COVID-19, необхідно вивчити критичні податливі фактори, щоб полегшити ці проблеми психічного здоров'я.

Ряд закордонних авторів стверджує, що негативні наслідки на психічне здоров'я пандемія має через психологічну негнучкість, саме вона статистично пов'язана із депресією, тривогою та значними і тривалими симптоми стресу. Вчені стверджують, що програмах втручання для покращення психічного здоров'я під час пандемії можуть ґрунтуватися на розвитку психологічної гнучкості особистості (Yao, et al., 2023).

Пандемія коронавірусу пов'язана з короткостроковими та довгостроковими проблемами психічного здоров'я, починаючи від незначних і закінчуючи важкими психічними захворюваннями, як показано

в дослідженнях, проведених після першого спалаху коронавірусу в 2002 році в Китаї. Дослідження показали, що психологічний вплив пандемії нового коронавірусу був дуже високим (Guo, 2020; Mak, 2009)

Дослідження, проведене групою дослідників у Китаї серед 4976 лікарів і медсестер для оцінки впливу COVID-19 на психічне здоров'я показали, що поширеність психологічного дистресу, симптомів тривоги та симптомів депресії становила 15,9%, 16,0% та 34,6% відповідно (Zhu, 2020).

Перехресне дослідження, проведене в Китаї групою науковців серед медичних працівників щодо проблем психічного здоров'я та психосоціальних проблем показали, що життя в сільській місцевості, ризик контакту з пацієнтами з COVID-19 були найпоширенішими факторами ризику безсоння, тривоги, obsесивно-компульсивних симптомів і депресії (Zhang, 2020).

Ще одне дослідження, проведене у В'єтнамі групою дослідників серед 3497 учасників для виявлення незалежних предикторів депресії серед пацієнтів з COVID-19 виявили, що депресія частіше зустрічається у пацієнтів старшого віку старше 60 років, з вищим освітнім рівнем, наявністю захворювань, низьким соціальним статусом і низькою фізичною активністю (Nguyen, 2020).

Перехресне дослідження, проведене в Йорданії про стан психічного здоров'я населення в цілому, працівників охорони здоров'я та студентів університетів показало, що проблеми з психічним здоров'ям частіше спостерігалися у розлучених учасників серед загального населення та студентів університетів з історією хронічних захворювань і тих, хто має високий дохід (≥ 1500 JD). мали вищий ризик розвитку тривоги (Naser, 2020).

Здійснений теоретико-методологічний аналіз ситуацій соціальних обмежень у пандемію дає можливість стверджувати, що більшість психологів підкреслюють стресовість та кризовий характер такої ситуації для психіки людини. Подальше дослідження спрямоване на емпіричне дослідженні окресленої проблематики.

РОЗДІЛ 3.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Опис програми емпіричного дослідження

Здійснений теоретичний аналіз особливостей психічного здоров'я студентів у період пандемії став продемонстрував, що вплив соціальних обмежень має різні психологічні наслідки для людей різних вікових груп та професій. Отже, метою нашого дослідження є теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психічного здоров'я студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії, що і було підставою для формування програми емпіричного дослідження.

Для реалізації мети дослідження ми використали 5 методик серед яких: написання наративу, шкала задоволеності життям, опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо (україномовна адаптація О. Сеник), ціннісний опитувальник Шварца, опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (Е. Л. Носенко, А. Г. Четверик-Бурчак), а також пряме запитання до респондентів «Чи хворіли Ви на COVID-19? (так/ні)».

Дослідження проводилось у квітні 2021 року під час другої хвилі жорстких соціальних обмежень. дослідження складалася зі студентів Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Національного університету біоресурсів та природокористування. Кількість учасників дослідження – 60 осіб (16 осіб чоловічої та 44 особи жіночої статі). Вік досліджуваних 17-25 років. Учасники залучалися за добровільною згодою. За запитанням до респондентів «Чи хворіли Ви на COVID-19? (так/ні)» усі учасники були поділені на дві групи: ті, хто перехворіли на COVID-19 (46 осіб) та ті, хто не хворіли на це захворювання (14 осіб).

Шкала задоволеності життям (SWLS 1985) спрямована на виявлення загальної когнітивної оцінки людиною власного благополуччя (не певної сфери) (Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985). Методика складається з 5 тверджень, які пропонується оцінити респондентам використовуючи 7-бальну шкалу (7 – цілком згоден; 6 – згоден; 5 – частково згоден; 4 – складно відповісти; 3 – частково не згоден; 2 – не згоден; 1 – абсолютно не згоден).

За результати оцінювання задоволеності життям усі бали сумуються і визначається рівень основного досліджуваного показника, співставивши отриману оцінку із ключем: 31-35 балів – повністю задоволений життям; 26-30 балів - задоволений життям; 21-25 балів – частково задоволений; 20 балів – нейтральне ставлення до життя; 15-19 балів – більше незадоволений життям, ніж задоволений; 10-14 балів – незадоволений життям; 5-9 балів – абсолютно незадоволений своїм життям.

Опитувальник часової перспективи Зімбардо (ZTPI) – це методика, спрямована на діагностику системи ставлення особистості до часового континууму. Взаємодія з часом – фундаментальна характеристика організації досвіду людини, як об'єктивного (рахуємо годинами), так і суб'єктивного (особисті конструкти часу). Психологічний час особистості є сполучною ланкою між усіма структурами реальності, тому стосується усіх життєвих проявів особистості – і зовнішніх (природних, соціальних та ін.), і внутрішніх (психічних). Опитувальник розроблено Ф. Зімбардо в 1997 році. Ми у своєму дослідженні використовуємо україномовну адаптацію О. Сенік (Сенік, 2012). Методика складається зі 56 тверджень, що передбачають 5 можливих варіантів оцінки від 1 – зовсім не правильно до 5 – абсолютно правильно.

У результаті проведення методики можна оцінити ставлення особистості до часу за допомогою п'яти шкал: сприйняття негативного минулого; сприйняття позитивного минулого; сприйняття гедоністичного

теперішнього; сприйняття фаталістичного теперішнього; міра орієнтації на майбутнє.

Наратив як метод психологічного дослідження та спосіб упорядкування і осмислення власного досвіду ми використали для виявлення рівня суб'єктивного благополуччя особистості. Тема для написання наративу була «Ваше життя під час пандемії Covid-19. Будь ласка, опишіть свій досвід розгорнуто». Отримані наративи аналізувалися з використанням типології наративів, запропонованою та описаною Н. Чепелевою: емоційно-позитивний (2 бали), амбівалентний (1 бал), емоційно-нейтральний (0 балів) та емоційно-негативний (-1 бал). Такі типи наративів розрізняються за наступними критеріями: форма існування та розкриття досвіду; основні події життя, які виділяються тексті; схема інтерпретації власного досвіду; зміст контексту та концепція життя, що розкриваються в наративі; механізми прояву та розкриття особистості в текстах (Чепелева, 2009: 155-156).

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» є адаптований на україномовній вибірці опитувальник К. Кіза, в основу розробки якого покладено підхід до вимірювання «стабільності» (безперервності) психічного здоров'я людини (Keyes, 2009). Адаптацію українською мовою здійснили О. Носенко та А. Четверик-Бурчак (Носенко, Четверик-Бурчак, 2014). Методика побудована через постановку запитання «Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...» і далі запропоновано 14 станів. Респонденти оцінювали кожен стан через призму частоти його переживання: ніколи (0 балів); 1 – 2 рази (1 бал); приблизно 1 раз на тиждень (2 бали); приблизно 2 – 3 рази на тиждень (3 бали); майже кожен день (4 бали); кожен день (5 балів).

Усі отримані бали сумуються і оцінюється загальний рівень стабільності психічного здоров'я. Також здійснюється категоріальна діагностика – шляхом визначення стану процвітання, пригнічення або помірною рівня психічного здоров'я. Процвітання (flourishing)

діагностується, якщо індивід відчуває принаймні один із трьох симптомів гедонічного благополуччя (питання 1 – 3) «Кожен день» або «Майже кожен день» і переживає принаймні 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4 – 14) «Кожен день» або «Майже кожен день» протягом останнього місяця (двох тижнів). Пригнічення (*languishing*) діагностується, якщо індивід зазначає, що «Ніколи» або «1 – 2 рази» протягом останнього місяця (двох тижнів) не переживав жодного з трьох симптомів гедонічного благополуччя (питання 1–3), 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4 – 14, серед яких 4 – 8 твердження є показниками соціального благополуччя, а 9 – 14 – показниками психологічного благополуччя). В індивідів, які не увійшли до жодної з названих категорій, діагностується «помірний» (задовільний) рівень психічного здоров'я (Носенко, Четверик-Бурчак, 2014: 95-96).

Ціннісний опитувальник Шварца спрямований на вивчення домінантних ціннісних орієнтацій особистості. Опитувальник розроблений Ш. Шварцем у 1992 році (Schwartz, 1992) та складається з двох частин.

Перша частина опитувальника призначена для вивчення цінностей, ідеалів і переконань, що впливають на особистість. Список цінностей складається з двох частин: іменників і прикметників, що включають 57 цінностей. Респонденти оцінюють кожен із запропонованих цінностей за шкалою від 7 до -1 балу.

Друга частина опитувальника Шварца – це профіль особистості. Складається зі 40 описів людини, що характеризують 10 типів цінностей. Для оцінки описів використовується шкала від 4 до -1 балів.

Таким чином методика дає кількісне вираження значущості кожного з десяти мотиваційних типів цінностей на двох рівнях: на рівні нормативних ідеалів і на рівні індивідуальних пріоритетів.

Обробка результатів проводиться шляхом співвіднесення відповідей випробуваного з ключем, який розробив автор опитувальника. У результаті

обробки визначається провідний мотиваційний тип особистості відповідно до центральної мети (Schwartz, 1992):

- влада – соціальний статус, домінування над людьми і ресурсами;
 - досягнення – особистий успіх в відповідно до соціальних стандартів;
 - гедонізм – насолода або чуттєве задоволення;
 - стимуляція – хвилювання і новизна;
 - самостійність – самостійність думки і дії;
 - універсалізм – розуміння, терпимість і захист благополуччя всіх людей і природи;
 - доброта – збереження і підвищення добробуту близьких людей;
 - традиція – повага і відповідальність за культурні та релігійні звичаї та ідеї;
 - конформність – стримування дій і мотивів, які можуть зашкодити іншим і не відповідають соціальним очікуванням;
 - безпека – безпека і стабільність суспільства, відносин і самого себе.
- Статистичне опрацювання даних проводилася з використанням процедури знаходження відмінностей у розподілі оцінок (χ^2).

3.2. Аналіз отриманих результатів дослідження особливостей психічного здоров'я молоді в умовах кризи пандемічних обмежень

Здійснений емпіричний аналіз особливостей психічного здоров'я студентів у період пандемії передбачав аналіз сприйняття часу та життєвої перспективи у молоді. Для цього ми використали методіку Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо (україномовна адаптація О. Сенік) (Сенік, 2012). Результати аналізу середніх значень за шкалами часової перспективи зображено на рис. 3.1.

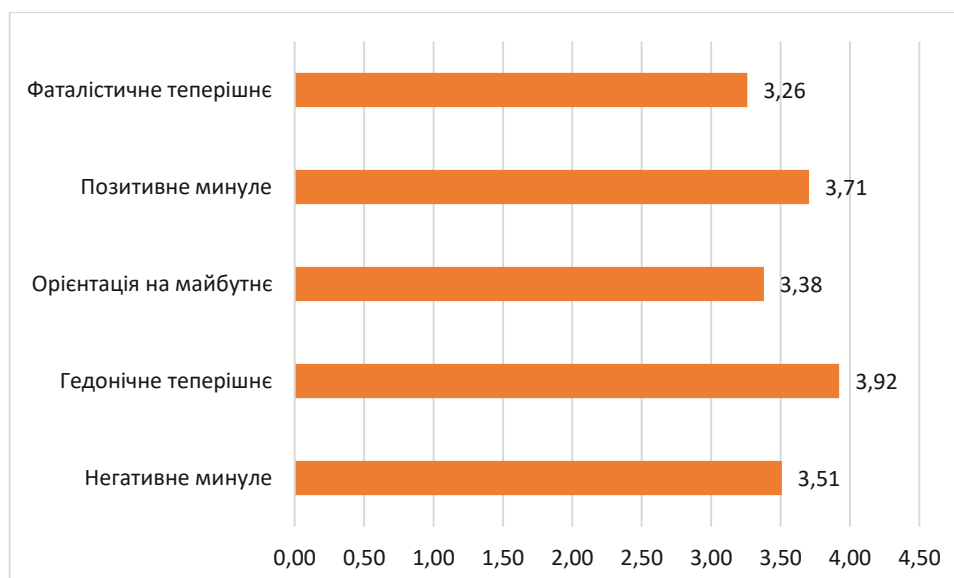


Рис.3.1. Особливості часової перспективи студентів у пандемію, \bar{x}

Згідно з результатами, досліджуваній вибірці найбільш притаманне гедонічне теперішнє ($\bar{x}=3,92$) як орієнтація на сьогодення, з бажанням отримувати задоволення від життя в теперішньому. Домінування такої тенденції в часовій орієнтації передбачає дещо зневажливе ставлення до власного часу та відсутність турботи про майбутні події. Наступними важливими орієнтаціями у відчутті часу респондентів виявились позитивне ($\bar{x}=3,71$) та негативне ($\bar{x}=3,51$) минуле. Домінування тенденції орієнтації на негативне минуле передбачає неприйняття власного досвіду, що викликає розчарування, біль чи відразу. Таке ставлення може функціонувати через наявність реальних неприємних та травматичних подій або через негативну інтерпретацію нейтральних чи навіть хороших життєвих подій, або двома цими шляхами. Позитивне ставлення до свого минулого демонструє прийняття пережитих подій, інтерпретацію свого досвіду як такого, що сприяє розвитку та хорошому сьогоденню.

Передостанньою за рівнем домінування в досліджуваній вибірці є орієнтація на майбутнє ($\bar{x}=3,38$), що передбачає постановку цілей, плануванні як їх реалізувати та досягнути. Найменш актуалізованою для респондентів є фаталістичне теперішнє ($\bar{x}=3,26$) як переконання, що все їхнє життя визначене наперед і особистість не в змозі вплинути на нього своїми

діями. В разі домінування такої часової орієнтації людина вважає себе безпорадною і підкоряється долі (Додаток А).

Здійснений емпіричний аналіз особливостей часової перспективи студентів у період пандемії дає можливість стверджувати, що опитані більшою мірою орієнтовані на гедонічне теперішнє та позитивне минуле. Тобто студентство не зважаючи на всі обставини намагається насолоджуватися життям, жити сьогоднішнім. Про відсутність схильності складати плани на майбутнє свідчать і низькі показники за шкалою орієнтація на майбутнє.

Для дослідження ціннісних орієнтацій респондентів було використано методику Шварца (Schwartz, 1992). Здійснений статистичний аналіз особливостей ціннісної сфери опитаних дав можливість виявити ієрархію цінностей (рис.3.2).

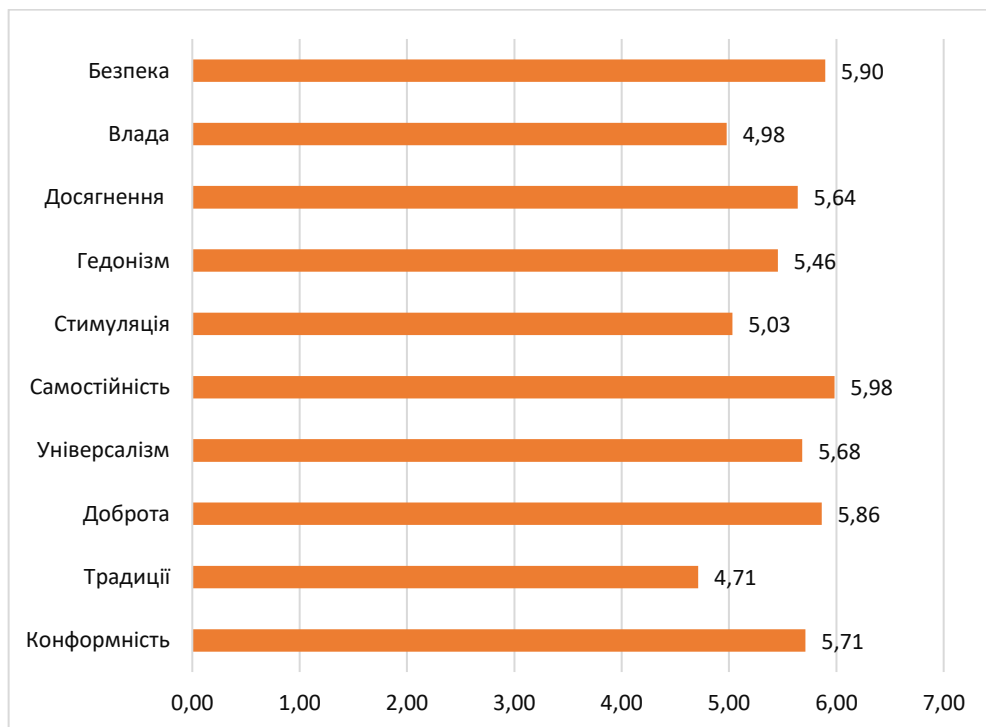


Рис.3.2. Домінуючі ціннісні орієнтації студентів, \bar{x}

Найбільш значимою в ієрархії цінностей досліджуваних виявлено самостійність ($\bar{x} = 5,98$) як прагнення до свободи на рівні думок та вчинків (вільний вибір, творчість, пізнання), що і є мотиваційною метою цієї цінності. Самостійність зумовлена потребою особистості бути автономною

та незалежною. Другою за значимістю виявлено цінність безпеки ($\bar{x}=5,90$) як стабільності, гармонії та безпеки суспільства, сім'ї та самого індивіда. Актуалізація прагнення безпеки та зменшення почуття невизначеності в українців є цілком закономірним явищем, враховуючи, що дослідження проводилось в умовах жорстких соціальних обмежень пандемії.

Важливими цінностями для опитаних зафіксовано доброзичливість ($\bar{x}=5,86$), конформність ($\bar{x}=5,71$), універсалізм ($\bar{x}=5,68$) та досягнення ($\bar{x}=5,64$). Для опитаних значущим є збереження благополуччя людей, з якими індивід перебуває в особистих контактах, важливість дотримання правил, законів та формальних зобов'язань, досягнення особистого успіху в межах чинних стандартів і норм для отримання соціального схвалення. Посередня значимість цінності гедонізму ($\bar{x}=5,46$) виявлена у опитаних, яка передбачає необхідність задоволення біологічних потреб і власне задоволення, чуттєвої насолоди та радості від життя.

Найменш важливими і відповідно останніми в ієрархії виявлено цінності стимуляції ($\bar{x}=5,03$), влади ($\bar{x}=4,98$) та традиції ($\bar{x}=4,71$). Найменш зацікавлена молодь у прагненні до новизни, змін та конкуренції в житті, домінування, лідерства, підтримці та збереженні культурних, сімейних або релігійних традицій.

Здійснений емпіричний аналіз домінуючих цінностей студентів у період пандемії дає підстави стверджувати, що найбільш значущими для молоді є самостійність та безпека. Цінності найменш важливі для опитаних це стимуляція, влада та традиції.

Подальший аналіз результатів дослідження передбачав виявлення загальної когнітивної оцінки людиною власного благополуччя, що здійснювалось за допомогою шкали задоволеності життям (SWLS). Узагальнені результати отриманих даних відображено на рисунку 3.3.

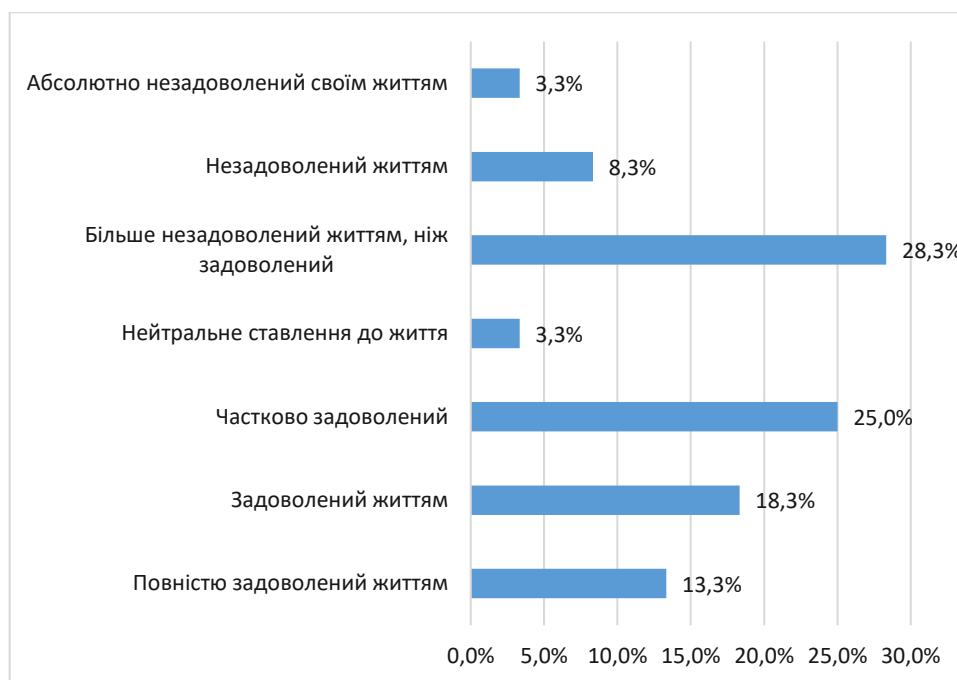


Рис.3.3. Задоволеність життям студентів у пандемію, %

Більшість опитаних студентів, а саме 28,3%, стверджують, що вони швидше незадоволені власним життям, ніж задоволені. Також 25% зазначили, що частково незадоволені умовами і змістом життя. Абсолютно незадоволені (3,3%) та незадоволені (8,3%) незначна кількість опитаних. Значно більше молоді зазначили, що повністю (13,3%) чи просто задоволені життям (18,3%). Нейтральне ставлення виявлено лише у 3,3% опитаних.

Загалом, здійснений аналіз особливостей задоволеності життям молоді у період пандемії дозволив виявити, що більшість респондентів частково чи повністю задоволені умовами і змістом своєї життєдіяльності. Проте, достатньо багато студентів зазначили, що швидше незадоволені власним життям, ніж задоволені, тобто хотіли б змінити деякі його аспекти.

Надалі був здійснений якісний аналіз наративів студентів на тему «Ваше життя під час пандемії Covid-19. Будь ласка, опишіть свій досвід розгорнуто». Результати оцінки наративів зображено на рисунку 3.4.

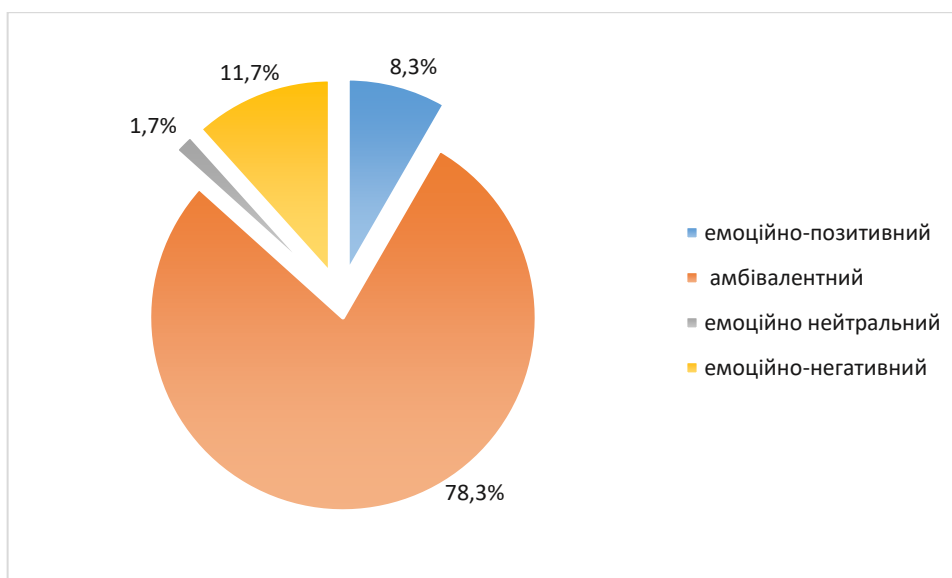


Рис.3.4. Ставлення до власного досвіду у студентів у пандемію, %

Більшість студентів, а саме 78,3% респондентів, описала свій досвід у амбівалентних наративах, тобто демонструють не визначене ставлення до досвіду, який тільки репрезентується в основному на рівні поведінки. Досвід життя у період пандемії подається як «історія емоційно-невизначених етапів життя», як розповідь про створення і подолання перешкод. У емоційно-негативному ракурсі досвід соціальної ізоляції презентує 11,7% молоді. Такі респонденти описують травмуючі події життя з спробою їх осмислення, спостерігається негативне ставлення до свого досвіду, неприйняття свого життя як цілісної історії, неприйняття своєї особистості, витіснення своїх проблем і небажання їх розкривати.

Емоційно-позитивне ставлення до досвіду пандемії продемонстрували лише 8,3% опитаних. Така молодь описує переломні і важливі події в житті, досвід відкритий для нових смислів, розповідають про власні риси і якості, демонструють прагнення до самовизначення і самопізнання, прийняття власної особистості. Лише 1,7% респондентів емоційно-нейтрально репрезентували свій досвід життя у пандемію. Такі опитувані не мають цілісного уявлення про життєвий шлях, формально-логічний опис життєвих подій, своєрідна «втеча від життя» (нейтральне, байдуже ставлення до власного досвіду).

Здійснений аналіз наративів студентів щодо ставлення до життєдіяльності у пандемію продемонстрував, що більшість молоді демонструють не визначене ставлення до досвіду, який тільки репрезентується в основному на рівні поведінки та не осмислюється.

Аналіз результатів отриманих даних з використанням опитувальника «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація українською мовою здійснили О. Носенко та А. Четверик-Бурчак) продемонстровано на рисунку 3.5.

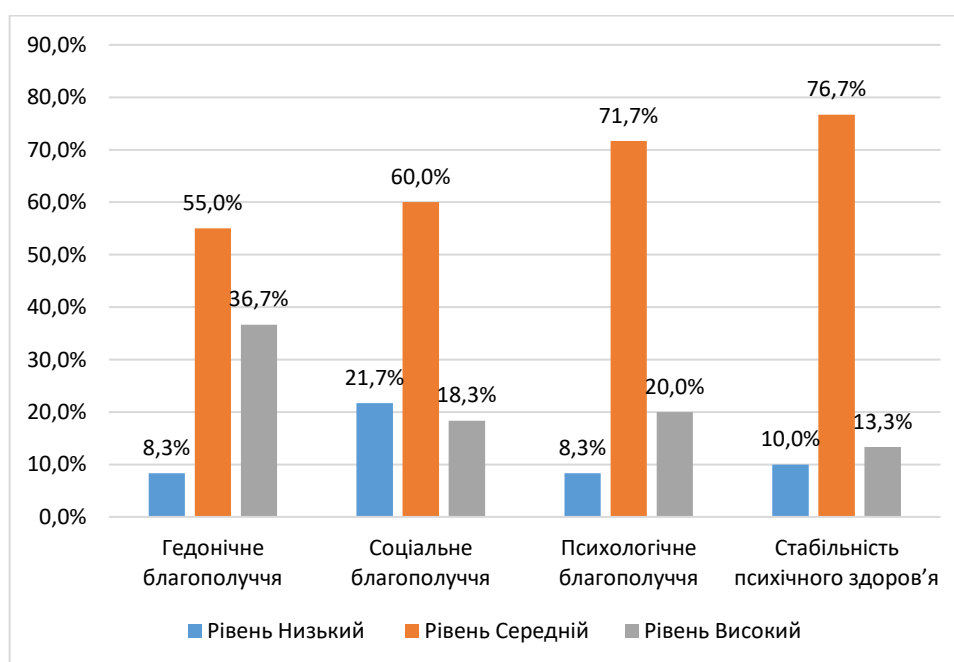


Рис.3.5. Стабільність психічного здоров'я та її шкали у студентів у пандемію, %

Гедонічне благополуччя на високому рівні притаманне для 36,7% досліджуваних, які часто відчують щастя, задоволення та цікавість до життя. Раз чи декілька разів на тиждень такі відчуття притаманні для 55,0% студентів, що свідчить про середній рівень, ніколи або дуже рідко – 8,3% низький рівень гедонічного благополуччя.

Більшість опитаних демонструють середній рівень соціального благополуччя, а саме 60%. Високий рівень виявлено у 21,7% студентів, що передбачає відчуття, що вони можуть зробити важливий внесок для

суспільства, що приналежні до певної соціальної групи. Проте 18,3% респондентів продемонстрували соціальне неблагополуччя.

Психологічне благополуччя як складова стабільності психічного здоров'я притаманна 71,7% досліджуваним на середньому рівні, які відчувають симптоми позитивного функціонування лише раз чи двічі на тиждень. Майже кожного дня задоволені собою та прагнуть до самовдосконалення 20,0% опитаних. Для 8,3% притаманний низький рівень психологічного благополуччя, що проявляються у відсутності віри в успішне виконання повсякденних справ.

Стабільність психічного здоров'я як узагальнюючий показник для попередніх шкал для більшості респондентів (76,7%) характерний на середньому рівні, що можна визначити як помірний чи задовільний рівень. У 13,3% студентів виявлено високий рівень досліджуваного явища, що можна трактувати як процвітання, коли особистість майже кожного дня відчуває симптоми гедонічного, соціального та психологічного благополуччя. Для 10% характерний низький рівень стабільності психічного здоров'я, тобто стан пригнічення, відчуття нещастя, відсутність соціальної підтримки та прагнення розвиватися.

Здійснений емпіричний аналіз особливостей психічного здоров'я студентів у період пандемії продемонстрував, що більшість опитаних орієнтовані на гедонічне теперішнє та позитивне минуле. Молодь навіть в умовах пандемії намагається насолоджуватися життям, жити сьогоденням. Проте соціальна ізоляція та постійна невизначеність стала причиною відсутності схильності складати плани на майбутнє. Домінуючі цінності у студентів у період пандемії це самостійність та безпека, що теж може бути наслідком страху захворіти. Більшість молоді частково чи повністю задоволені умовами і змістом своєї життєдіяльності. Проте, багато студентів демонструють незадоволеність власним життям, тобто хотіли б змінити деякі його аспекти. Ставлення до життєвого досвіду у більшості опитаних не визначене, окремі події тільки репрезентується та не осмислюється.

Більшість молоді демонструють середній рівень стабільності психічного здоров'я, при цьому багато опитаних мають низький рівень соціального благополуччя, що може бути проявом вимушеної соціальної ізоляції та пандемічні обмеження.

3.3. Порівняння особливостей психічного здоров'я у студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії

Подальший аналіз даних спрямований на порівняння двох груп досліджуваних: студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії. Результати порівняння домінуючих цінностей у двох групах продемонстровано на рисунку 3.6.

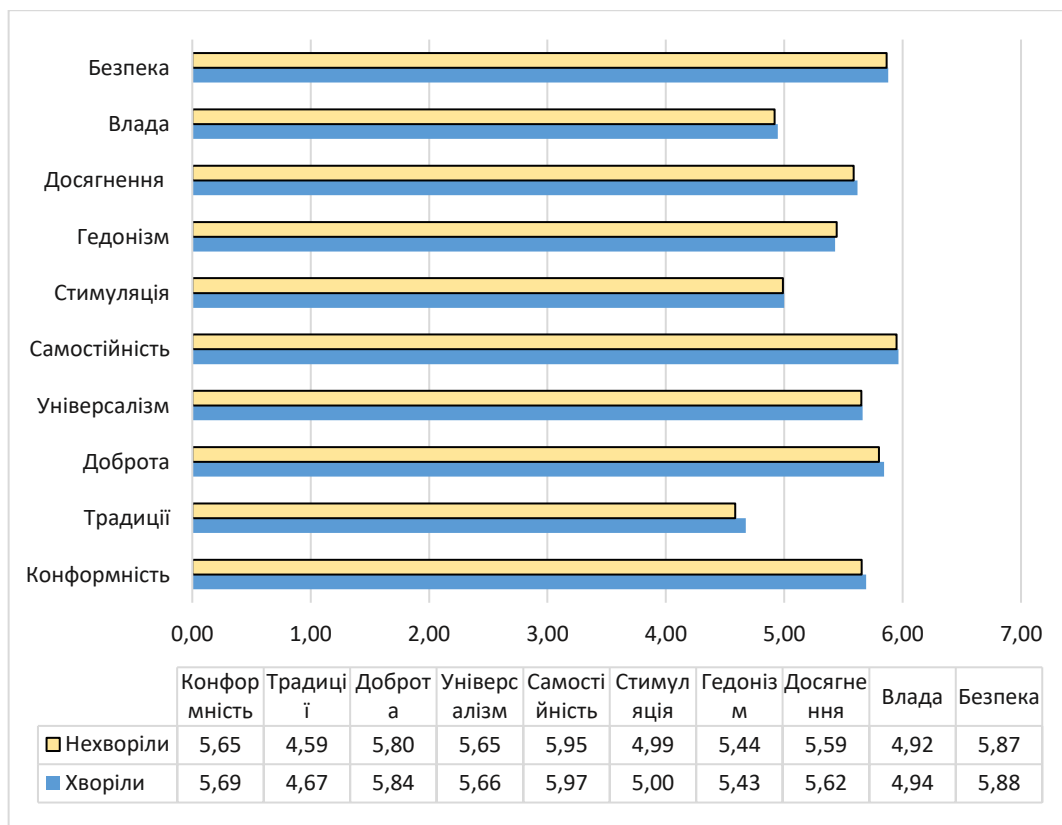


Рис.3.6. Порівняння цінних орієнтацій студентів з досвідом та без досвіду хвороби, \bar{x}

Здійснений порівняльний аналіз продемонстрував, що суттєвих відмінностей у ціннісних орієнтаціях студентів з та без досвіду хвороби у пандемії. Зафіксовані відмінності є незначними, оскільки в двох групах

ієрархія цінностей збігається і домінуючими цінностями є самостійність та безпека.

Результати порівняльного аналізу особливостей часової перспективи у досліджуваних з досвідом та без досвіду хвороби зображено на рис.3.7.

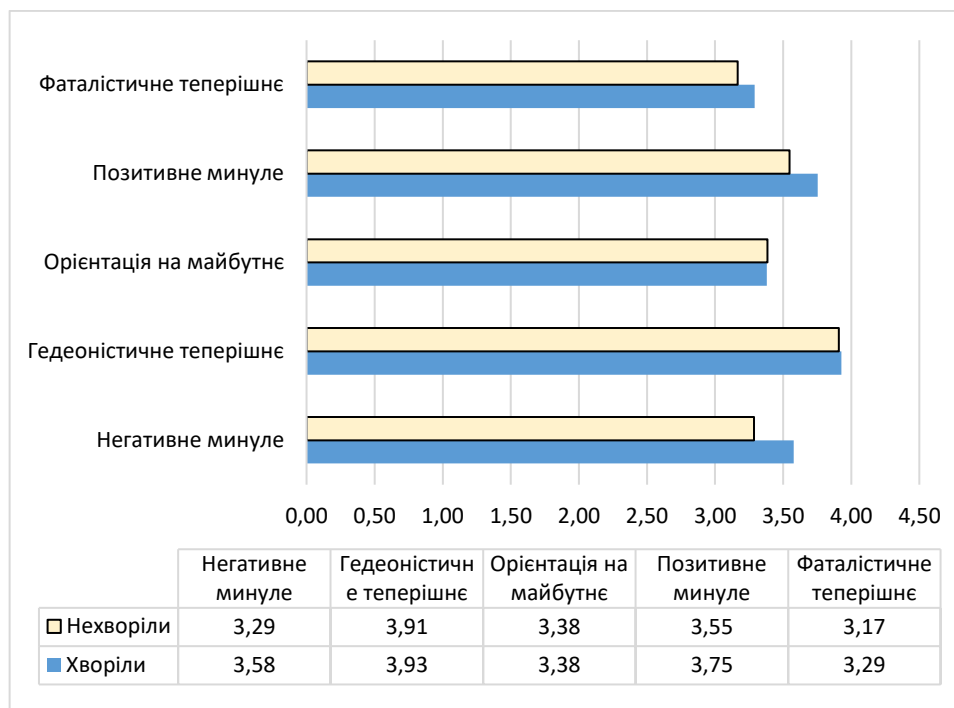


Рис.3.7. Порівняння сприйняття часової перспективи у студентів з досвідом та без досвіду хвороби, \bar{x}

Група досліджуваних, яка перехворіла коронавірусним захворюванням більшою мірою орієнтована на негативне минуле, позитивне минуле та фаталістичне теперішнє, у порівнянні із студентами без досвіду хвороби. Загалом молодь, яка має досвід хвороби у пандемії більшою мірою думає про минуле та теперішнє, проте оцінюючи його частіше негативно. За показниками гедоністичне теперішнє та орієнтація на майбутнє відмінностей не виявлено.

Реалізоване порівняння задоволеності життям у студентів з досвідом та без досвіду хвороби, результати якого зображено на рисунку 3.8.

Група опитаних, що не хворіла у пандемію більшою мірою задоволена життям (50%), ніж студенти із досвідом хвороби (23,9%). Респонденти, які перехворіли коронавірусним захворюванням частіше частково задоволені власною життєдіяльністю(30,4%), ніж молодь без такого досвіду (7,1%).

Нейтральне ставлення (4,3%) або ж абсолютну незадоволеність життям (4,3%) зафіксовано лише у групі студентів, що перехворіли у пандемію. Інших суттєвих відмінностей між означеними групами досліджуваних не виявлено.

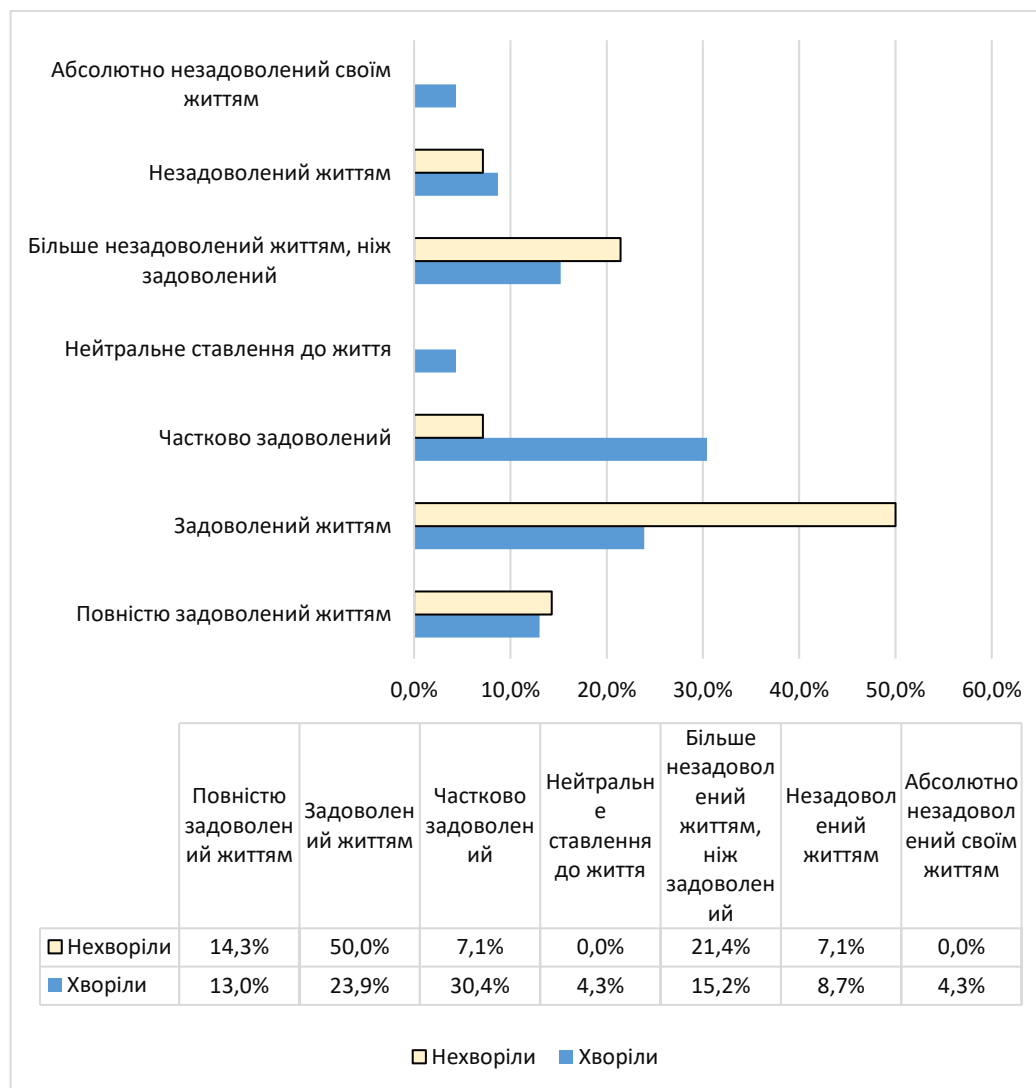


Рис.3.8. Порівняння задоволеності життям у студентів з досвідом та без досвіду хвороби, %

Наступний етап аналізу передбачав порівняння особливості сприйняття свого досвіду у період пандемії у групах студентів, що хворіли та не хворіли коронавірусним захворюванням. Результати такого аналізу відображено на рисунку 3.9.

Група опитаних, що перехворіла у пандемію більшою мірою схильна амбівалентно оцінювати свій досвід (82,6%), ніж група, що не хворіла (64,3%). Тобто вони частіше демонструють не визначене ставлення до

досвіду, який тільки репрезентується в основному на рівні поведінки, не переживається і не інтерпретується. Група респондентів, що не хворіли у період пандемії частіше демонструють позитивну чи негативну інтерпретацію та опис життєвих подій, ніж група з досвідом хвороби.

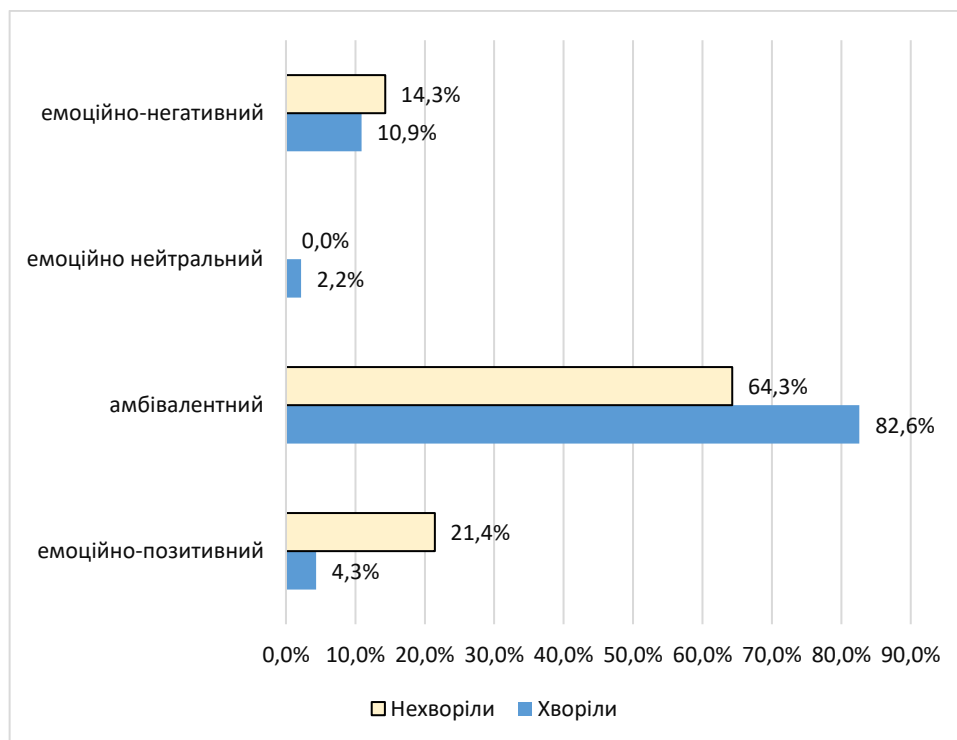


Рис. 3.9. Порівняння типу нарративу в студентів з досвідом та без досвіду хвороби, %

Результати здійсненого порівняння стабільності психічного здоров'я та його показників у студентів з досвідом та без досвіду хвороби продемонстровано на рис.3.10.

Група респондентів, що не хворіла у пандемію демонструє вищі показники стабільності психічного здоров'я ($\bar{x}=49,29$), ніж досліджувані із досвідом хвороби ($\bar{x}=45,59$). Така ж тенденція проявляється при аналізі шкал соціального та психологічного благополуччя.

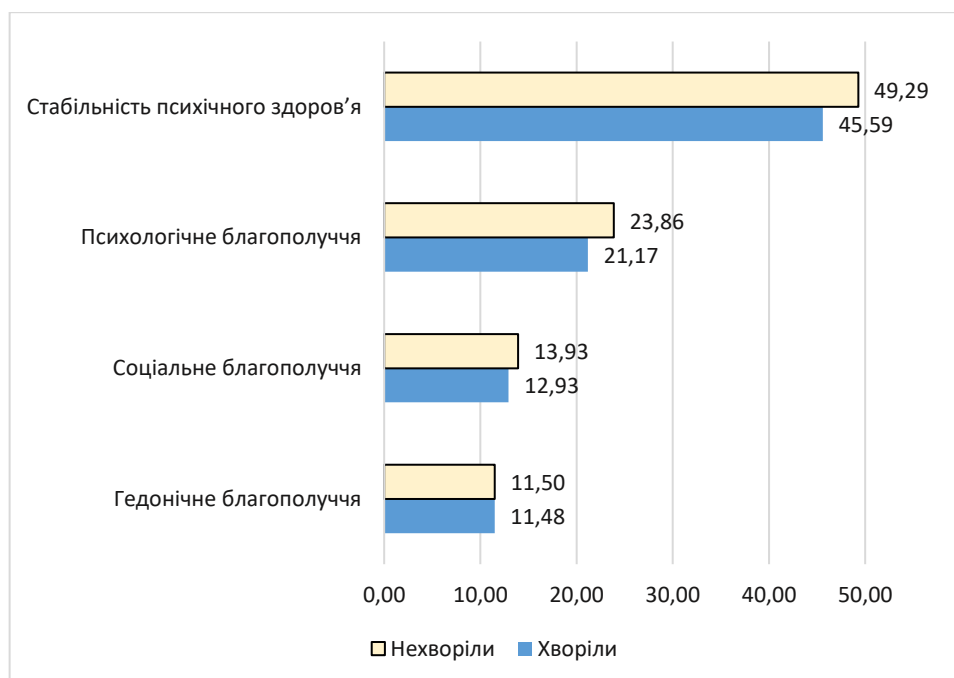


Рис.3.10. Порівняння стабільності психічного здоров'я та його показників у студентів з досвідом та без досвіду хвороби, \bar{x}

Для виявлення статистично значимих відмінностей у показниках психічного здоров'я між двома групами студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії було використано процедуру знаходження відмінностей у розподілі оцінок (χ^2). Результати статистичного опрацювання даних відображені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Статистично значущі відмінності в розподілі показників психічного здоров'я студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії

	Досвід хвороби
Вид автонаратива	64,133*
Психологічне благополуччя	120,184*

Примітка: * – статистично значущі відмінності на рівні 0,05.

За результатами статистичного порівняння було виявлено значущі відмінності в показниках оцінки досвіду респондентами в наративах ($\chi^2=64,1$; $p<0,05$). Такі дані свідчать, що особистості без досвіду хвороби у пандемію схильні описувати свій досвід емоційно-позитивно, осмислювати

його, надавати йому нових сенсів, вони приймають і описують свою історію та життєві зміни. Тоді як опитані, які хворіли у пандемію, частіше описують свій досвід негативно, не приймаючи його, витісняючи свої проблеми.

Виявлено відмінності в показниках психологічного благополуччя як складової стабільності психічного здоров'я респондентів ($\chi^2=120,2$; $p<0,05$). Так, особистості без досвіду хвороби характеризуються психологічним благополуччям, стійкістю психічного здоров'я, що проявляється у відчутті щастя, цікавості та задоволенні від життя. Натомість респонденти з досвідом хвороби у пандемію демонструють низький рівень стабільності психічного здоров'я, психологічного благополуччя, відчують пригнічення.

РОЗДІЛ 4.

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ ЯК ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ

4.1 Опис вибірки та обґрунтування методів дослідження

Здійснений теоретичний аналіз особливостей психічної травматизації у період пандемії продемонстрував, що вплив соціальних обмежень може бути травматичним і викликати довгострокові негативні психологічні наслідки. Отже, метою нашого дослідження є теоретично вивчити та емпірично обґрунтувати особливості досвіду та психологічних наслідків коронавірусного захворювання у період пандемії.

Для реалізації мети дослідження ми використали 5 методик серед яких: написання наративу, Опитувальник посттравматичного зростання, Опитувальник посттравматичних когніцій, Шкала диференціальних емоцій (К. Ізарда), Методика психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Неім), пряме запитання «Чи хворіли Ви на COVID-19? (так/ні)».

Дослідження проводилось у квітні 2021 року під час другої хвилі жорстких соціальних обмежень. Вибірка дослідження складалася зі студентів Одеський державний університет внутрішніх справ. Кількість учасників дослідження – 60 осіб. Вік досліджуваних 17-23 роки. Учасники залучалися на благодійній основі за добровільною згодою. Учасники залучалися за добровільною згодою. За запитанням до респондентів «Чи хворіли Ви на COVID-19? (так/ні)» усі учасники були поділені на дві групи: ті, хто перехворіли на COVID-19 (41 осіб) та ті, хто не хворіли на це захворювання (19 осіб).

Наратив як метод психологічного дослідження та спосіб упорядкування і осмислення власного досвіду ми використали для виявлення рівня суб'єктивного благополуччя особистості. Тема для написання наративу була «Ваше життя під час пандемії Covid-19». Отримані

наративи аналізувалися з використанням типології наративів, запропонованою та описаною Н. Чепелевою: емоційно-позитивний (2 бали), амбівалентний (1 бал), емоційно-нейтральний (0 балів) та емоційно-негативний (-1 бал). Такі типи наративів розрізняються за наступними критеріями: форма існування та розкриття досвіду; основні події життя, які виділяються в тексті; схема інтерпретації власного досвіду; зміст контексту та концепція життя, що розкриваються в наративі; механізми прояву та розкриття особистості в текстах (Чепелева, 2009: 155-156).

Опитувальник посттравматичних когніцій розроблений Е. Фoa, А. Ехлерс, Д. Кларком, Д. Толін та С. Орсіло (Foa et al., 1999). Методика складається із 33 тверджень. Респондентам пропонувалось відреагувати на кожне із тверджень використовуючи таку шкалу: 1 – абсолютно не згодний; 2 – переважно не згодний; 3 – частково не згодний; 4 – ставлюсь нейтрально; 5 – більше згодний; 6 – переважно згодний; 7 – абсолютно згодний. За результатами підраховується загальний бал (33-231 бал), який відображає наявність чи відсутність травми з посттравматичним стресовим розладом та підсумкові оцінки за шкалами: 1) негативних думок про себе (21 твердження); 2) негативних думок про оточуючий світ (7 тверджень); 3) самоїдства (самозвинувачення) (5 тверджень). Для співставлення отриманих балів із нормативними даними, оцінки за кожною шкалою та загальний показник ділиться на кількість тверджень (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

Опитувальник посттравматичного зростання розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун (Tedeschi, Calhoun, 1996). Складається з 21 твердження. Досліджуваним пропонується зреагувати на твердження за допомогою таких варіантів: жодних змін (0 балів), дуже незначні зміни (1 бал), невеликі зміни (2 бали), помірні зміни (3 бали), великі зміни (4 бали), дуже суттєві зміни (5 балів). За результатами опитування підраховується шість шкал, одна з яких загальна: ставлення до інших, нові можливості, сила

особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя та індекс посттравматичного зростання (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

Диференціальна шкала емоцій – методика створена для оцінки індивідом власних фундаментальних емоцій або їхніх комплексів. Методика базується на теорії диференціальних емоцій К. Ізарда, згідно з якою окремі емоції є мотиваційними процесами, які по-різному переживає особистість. Методика – це набір емоційних термінів, згрупованих на основі факторного аналізу в дев'ять факторів, які К. Ізард інтерпретував як основні емоції: інтерес, радість, подив, сум, гнів, відраза, сором, страх і подив (Izard et al., 1993).

Методика складається з 30 пунктів-емоцій, які запропоновано оцінити респондентам з точки зору їхнього самопочуття на момент опитування. Оцінювання здійснюється за 4-бальною шкалою (1 – зовсім мені не підходить, 2 – мабуть що так, 3 – так, 4 – абсолютно підходить мені).

У результаті проведення методики підраховується сума балів за кожною з основних емоцій (1 – інтерес, 2 – радість, 3 – подив, 4 – горе, 5 – гнів, 6 – відраза, 7 – презирство, 8 – страх, 9 – сором, 10 – подив) і таким чином визначаються домінуючі емоційні стани. Також визначається загальний коефіцієнт самопочуття за формулою:

$$K = (C1 + C2 + C3 + C9 + C10) / (C4 + C5 + C6 + C7 + C8)$$

де К - самопочуття,

C1, C2, C3 ... - емоція під №1, №2, №3, № ... відповідно.

Якщо показник К більше 1, то самопочуття загалом позитивне, нерідко відповідає гіпертимному типу акцентуації, якщо К менше 1 – самопочуття можна охарактеризувати як негативне або таке, що відповідає дистимному (зі зниженим настроєм) типу акцентуації.

Наступний етап аналізу результатів методики передбачав підрахунок узагальнених показників за укрупненими групами емоцій.

Індекс позитивних емоцій (ІПЕ) – характеризує рівень позитивного емоційного ставлення суб'єкта до наявної ситуації. Підраховується як сума балів за трьома першими блоками базових емоцій:

$$\text{ІПЕ} = \sum (\text{цікавість} + \text{радість} + \text{подив}).$$

Значення ІПЕ можуть коливатися у діапазоні від 9 до 45 балів.

Індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ) – відображає загальний рівень негативного емоційного ставлення суб'єкта до готівкової ситуації. Підраховується як сума балів за чотирма наступними блоками базових емоцій:

$$\text{ІГНЕ} = \sum (\text{горе} + \text{гнів} + \text{огида} + \text{зневага}).$$

Значення ІГНЕ можуть коливатися у діапазоні від 12 до 60 балів.

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ІТДЕ) відображає рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу емоцій, що опосередковують суб'єктивне ставлення до наявної ситуації. Підраховується як сума балів за трьома останніми блоками базових емоцій:

$$\text{ІТДЕ} = \sum (\text{страх} + \text{сором} + \text{вина}).$$

Бали ІТДЕ можуть коливатися у діапазоні від 9 до 45.

Методика психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Нейм) дає можливість дослідити ситуаційно-специфічні варіанти поведінки як реакції на складні ситуації та боротьбу зі стресом (копінгу). Методика складається із 26 тверджень, що відображають копінг-механізми з трьох основних сфер психічної діяльності – когнітивні, емоційні і поведінкові (Нейм, 1988). Досліджуваним пропонується обрати варіант, який відображає часто повторювану поведінкову реакцію у стресових чи емоційних ситуаціях. У кожному з трьох розділів пропонується обрати лише один варіант.

За результатами методики оцінюється рівень адаптивності притаманних особистості копінг-механізмів у континіумі: адаптивні – відносно адаптивні -неадаптивні (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

Узагальнені результати представлено у додатку Б. Статистичне опрацювання даних проводилася з використанням процедури знаходження відмінностей у розподілі оцінок (χ^2).

4.2. Аналіз отриманих результатів дослідження

Здійснений емпіричний аналіз особливостей психологічних наслідків хвороби у період пандемії передбачав аналіз особливостей домінуючих емоційних станів. Для цього ми використали методику «Диференціальна шкала емоцій» К. Ізгарда. Домінуючі емоції за середніми показниками узагальнені для усієї вибірки відображені у рисунку 4.1.

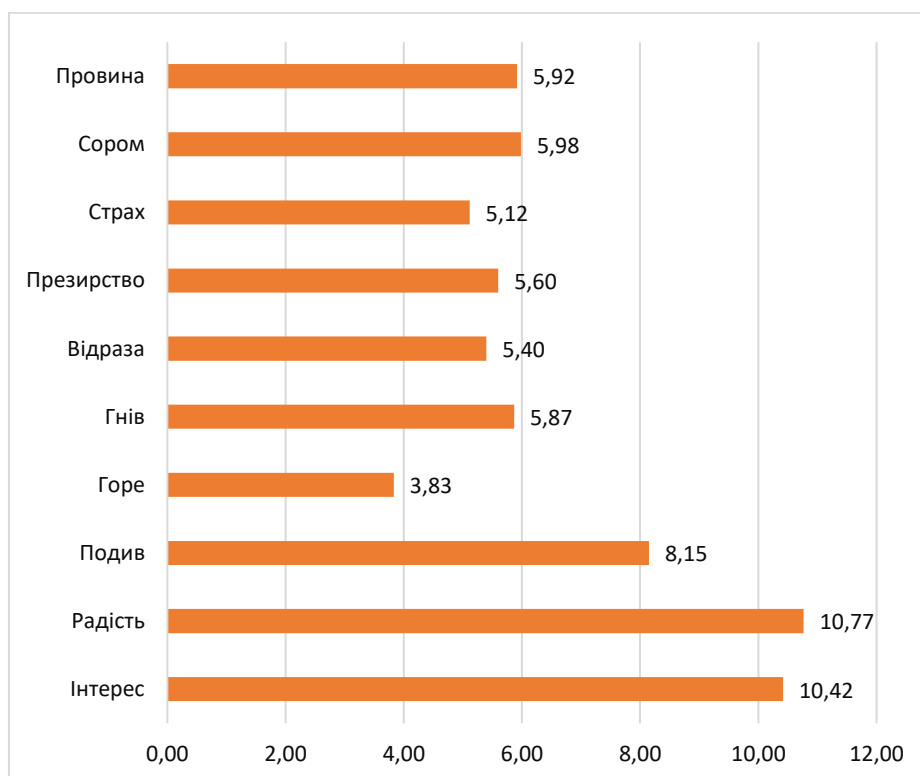
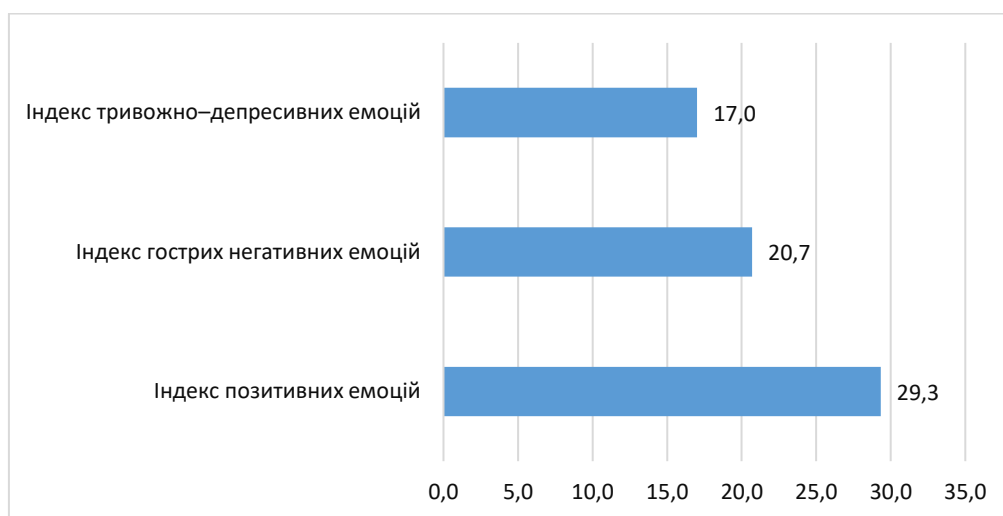


Рис.4.1. Домінуючі емоції у досліджуваній вибірці, \bar{x}

Домінантними емоціями для опитаних виявилися емоції радості ($\bar{x}=10,77$) та інтересу ($\bar{x}=10,42$). Респонденти часто зазначали, що вони уважні, сконцентровані, щасливі та насолоджуються життям. Серед емоцій також переважав подив ($\bar{x}=8,15$), що характеризує досліджуваних як приголомшених і вражених від життєвих подій і ситуацій. Серед емоцій, що

не є домінуючими, але відносно часто переживаються досліджуваними, зафіксовано провину ($\bar{x}=5,92$), сором ($\bar{x}=5,98$), гнів ($\bar{x}=5,87$), відраза ($\bar{x}=5,40$), презирство ($\bar{x}=5,60$) та страх ($\bar{x}=5,12$). Найменш притаманними опитуваним є горе ($\bar{x}=3,83$)

Наступний аналіз результатів домінуючих емоцій досліджуваних полягав у вирахуванні узагальнених індексів тривожно-депресивних, гострих негативних та позитивних емоцій, результати яких продемонстровано на рисунку 4.2.



4.2. Узагальнені показники різних груп емоцій, \bar{x}

Для усієї вибірки найбільшим за значенням є індекс позитивних емоцій ($\bar{x}=29,3$), що передбачає помірний рівень позитивних емоційних переживань опитаних до наявної життєвої ситуації. Індеси гострих негативних ($\bar{x}=20,07$) та тривожно-депресивних емоцій ($\bar{x}=17,0$) теж виражені на помірному рівні.

Здійснений емпіричний аналіз домінуючих емоційних станів у досліджуваних вибірці продемонстрував переважання позитивного самопочуття у опитаних, що проявляється у таких емоціях як радість та інтерес. Проте, варто врахувати контекст, у якому реалізовувалось дослідження, а саме – друга хвиля жорстких соціальних обмежень через пандемію COVID. Ці умови можуть проявлятися у помірному вираженні

гострих негативних (горе, гнів, відроза та презирство) та тривожно-депресивних емоцій (страх, сором, провина).

Аналіз результатів емпіричного дослідження наративів опитаних дав змогу виокремити в межах вибірки чотири групи опитаних, які вирізняються за особливостями ставлення до свого життєвого досвіду (рис. 4.3).

Отримані дані дають змогу стверджувати: в 56,7% досліджуваних зафіксовано амбівалентні наративи, що проявляється у відсутності ставлення до власного досвіду, точніше, це ставлення ще не визначене, події репрезентуються на рівні поведінки та дій опитаних. Ці респонденти у якості так званої концепції життя обирають спочатку створення труднощів, а потім героїчне подолання цих перешкод.

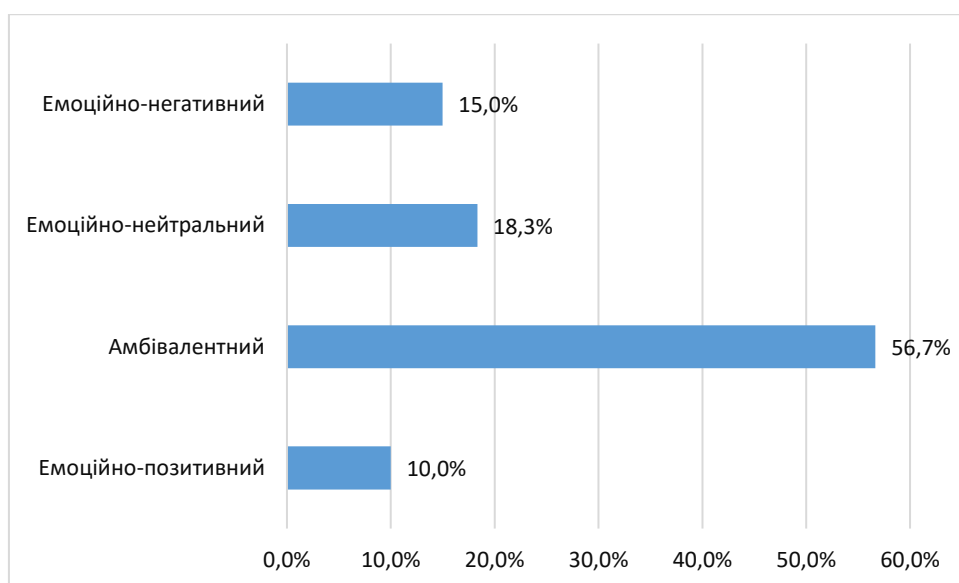


Рис.4.3. Розподіл досліджуваних за типами наративів та ставленням до власного досвіду, %

Емоційно-нейтральні наративи виявлено у 18,3% респондентів, які формально і логічно просто наводили перелік життєвих подій, не демонструючи цілісне уявлення і процес власної життєдіяльності. У цих респондентів концепція життя передбачає «втечу від життя», як це називає Н. Чепелева (Чепелева, 2013) або нейтральне, байдуже ставлення до свого досвіду. У 15,0% досліджуваних зафіксовано емоційно-негативний наратив, який описує травмуючі випадки зі спробою інтерпретації власних

переживань та пошуку сенсу подій. Емоційно-позитивні наративи як історії змін, опис важливих життєвих подій у яких віднаходяться нові смисли та привабливі наслідки притаманні лише для 10% респондентів.

Результати досліджень особливостей думок респондентів щодо соціальних та інших обмежень в пандемію коронавірусного захворювання відображено на рисунку 4.4.

Отримані результати демонструють, що для багатьох респондентів досвід пандемії має ознаки травматичної події. Грунтуючись на теорії Е. Фоа та його колег ми оцінювали три види посттравматичних когніцій: 1) негативні думки про себе; 2) негативні думки про оточуючий світ, 3) самоїдство (самозвинувачення) (Foa et al., 1999).

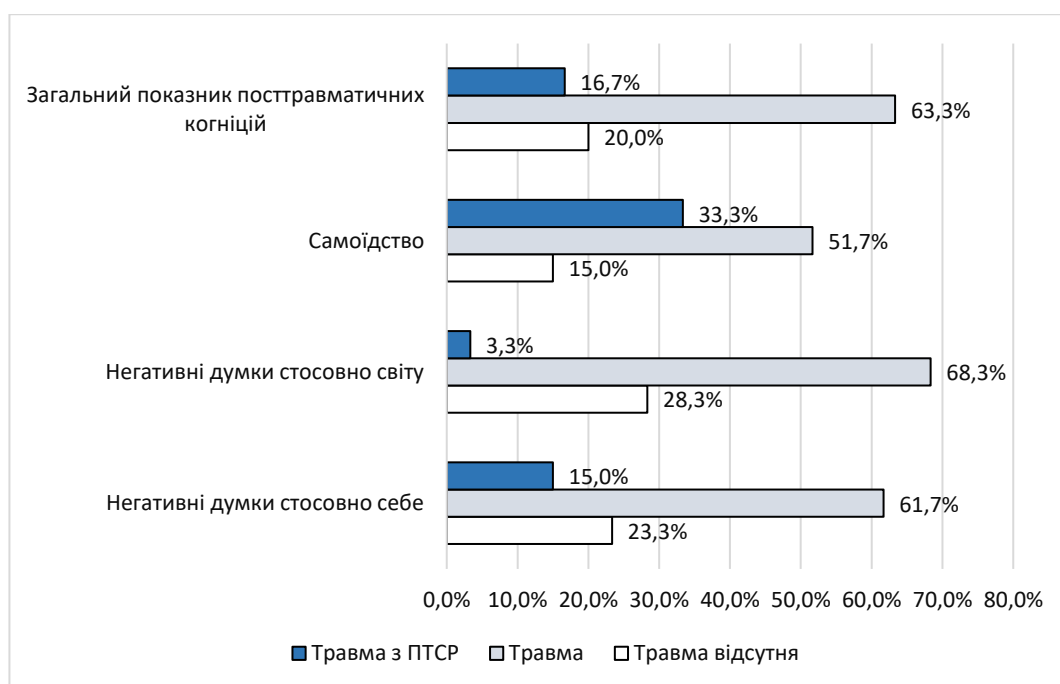


Рис.4.4. Домінуючі когніції у респондентів у зв'язку із пандемією, %

Негативні думки про себе зафіксовані на рівні травми у 61,7% респондентів, у 15,0% – на рівні серйозної травми з можливими посттравматичними наслідками. Лише 23,3% досліджуваних продемонстрували позитивні думки про себе як особистість.

Погані думки про світ і переконання, що він повний загроз і небезпек мають на травматичному рівні 68,3% респондентів, а 3,3% – настільки ненавидять світ, що це демонструє ознаки посттравматичного стресового розладу. Проте 28,3% досліджуваних підтверджує позитивні думки про навколишній світ.

Для 51,7% респондентів притаманне самозвинувачення, що може відобразитись на рівні психічної травми. У 33,3% досліджуваних самоїдство домінує в думках і переконаннях; вони відчують почуття провини за складні стресові події в житті, переносячи усю відповідальність на себе. Звичка формувати свої думки у сталі стереотипні конструкції («Я мав (мала) би...», «Якби я... то цього б не сталося», «Я заслужив(-ла) це», «Я дозволив(-ла) цьому статися» тощо) може бути причиною ретравматизації та розвитку симптомів ПТСР. Лише 15,0% респондентів не мають звички спрямовувати свої думки в напрямку самозвинувачення.

Оцінка загальної шкали наявності посттравматичних когніцій у пандемію Covid-19 демонструє, що у 63,3%, тобто в більшості респондентів, такі думки присутні в повсякденному житті. Для 16,7% опитаних характерні сильні негативні думки про себе та світ, постійне звинувачення себе у всіх бідах і складних ситуаціях. Лише 20,0% досліджуваних продемонстрували відсутність посттравматичних думок у своїй щоденній когнітивній діяльності.

Результати відсоткового розподілу опитаних за рівнем посттравматичного зростання та його проявами відображено на рис. 4. 5.

Зміни у ставленні до інших у зв'язку із пандемічними обмеженнями на високому рівні відбулися в 45,0% опитаних, які стали більше розраховувати на інших людей, схильні відчувати більшу близькість з оточуючими, легше виражають свої емоції та співчуття до інших. Досліджувані цієї групи більшою мірою спрямовані і докладають зусиль для встановлення взаємин з людьми, здатні попросити допомоги та підтримки, а також більшою мірою цінувати інших людей. На середньому рівні такі

зміни властиві для 43,3% респондентів, які частково змінили своє ставлення до оточуючих. Відсутність змін за цією шкалою виявлено у 11,7%.

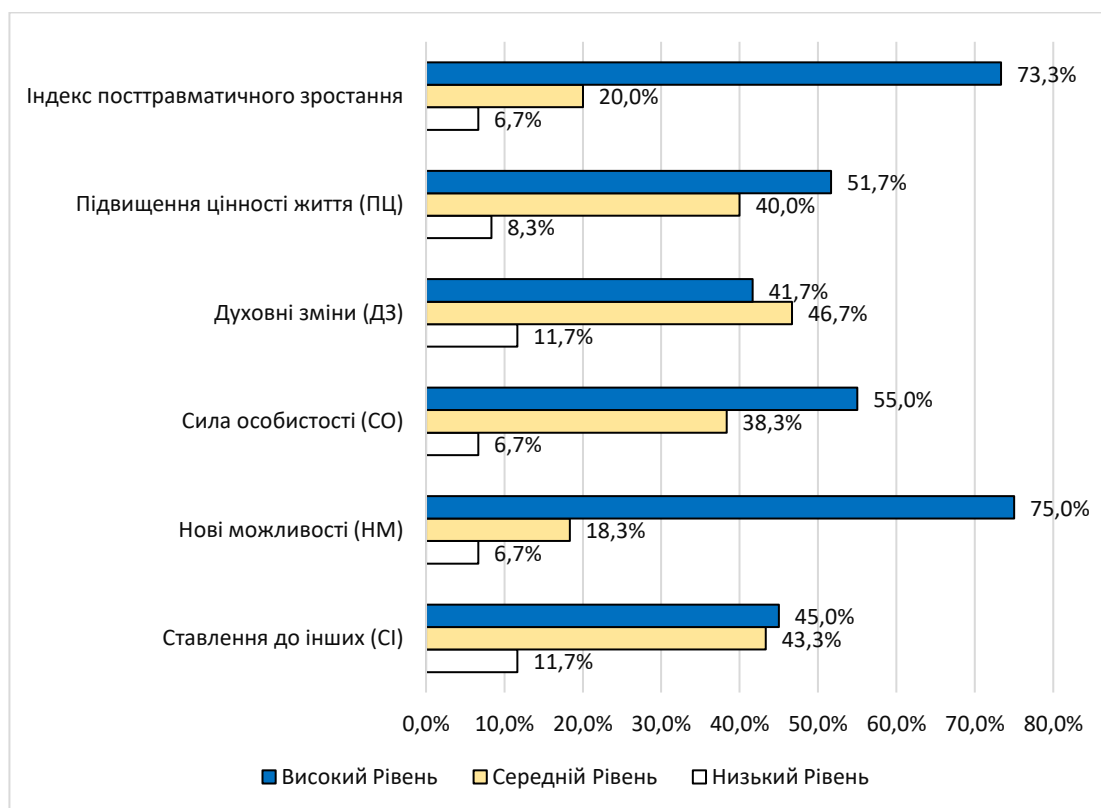


Рис.4.5. Посттравматичне зростання та особистісні зміни в респондентів у зв'язку із пандемією, %

Перспективу нових можливостей як реакцію на довготривалі пандемічні обмеження розглядає 75% досліджуваних, які віднайшли нові інтереси, через зміни стали впевненішими у власній здатності позитивно впливати на своє життя, змінювати його на краще. У 18,3% опитаних такі зміни відбулися частково, а у 6,7% – не відбулися взагалі.

Високий рівень за шкалою сила особистості продемонструвало 55% респондентів, які відчули власні можливості, стали розуміти, що здатні додати життєві негаразди та знають, що значно сильніші, ніж вважали досі. Частково на середньому рівні переконались у своїй стійкості і особистісних здатностях 38,3% досліджуваних, тоді як 6,7% – не відчули позитивних змін у цьому напрямку.

Духовні зміни через досвід пандемії помітили у собі 41,7% респондентів, які стали більше звертати увагу на свої духовні проблеми, звернулися до віри та релігії. Частково почали думати про своє духовне життя 46,7% досліджуваних, тоді як 11,7% – не зафіксували змін у цій сфері.

Пройшовши через досвід пандемічних обмежень, збільшилось розуміння цінності життя у 51,7% досліджуваних, які змінили життєві пріоритети, стали цінувати кожен прожитий день, намагаючись зробити його більш змістовним. Відсутність змін у цій сфері продемонструвало 8,3% опитаних, тоді як 40% зазначили, що частково таки стали більше цінувати своє життя.

Узагальнюючою шкалою для усіх вище перерахованих характеристик є індекс посттравматичного зростання. Цей інтегральний показник на високому рівні виявлено в 73,3% опитаних, які характеризуються відкритістю в спілкуванні з іншими, емпатійністю, позитивним ставленням до життя, легкістю адаптації до змін, впевненістю у власних можливостях вирішувати життєві проблеми та труднощі. Частково схожі зміни після пандемії відчули 20% досліджуваних, тоді як 6,7% – ніяких змін у напрямку особистісного росту і розвитку не зафіксували.

Загалом, можна підсумувати, що умови пандемії стали підґрунтям для кращого пізнання себе для молоді та можливість віднайти нові можливості, по новому оцінити своє життя, визначити його як цінність, а також відчути силу своєї особистості як здатності долати труднощі.

Результати розподілу досліджуваних за особливостями вибору стратегій подолання зображено на рисунку 4.6.

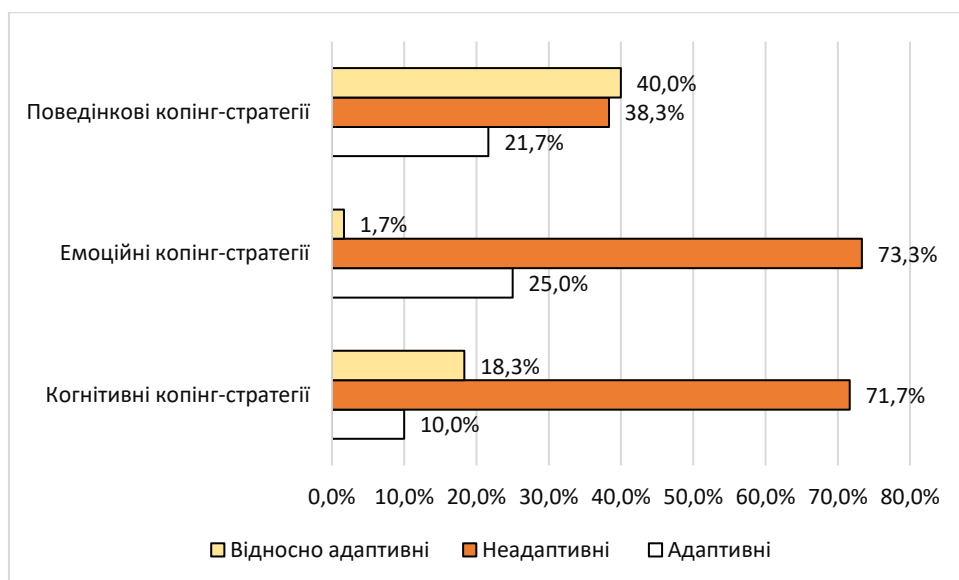


Рис.4.6. Розподіл опитаних за особливостями використання копінг-стратегій, %

При виборі когнітивних копінг-механізмів опитані найчастіше (71,7%) обирають неадаптивні способи подолання, серед яких покора, ігнорування або розгубленість. Більшість респондентів схильна використовувати пасивні форми поведінки, які відмовляються вирішувати труднощі, оскільки не вірять у свої сили й інтелектуальні здібності, через що часто навмисне недооцінюють власні неприємності. Відносно адаптивні когнітивні стратегії подолання обирають 18,3% респондентів, серед яких релігійність та надання особливого сенсу подіям. Адаптивні когнітивні копінг-стратегії використовують 10% досліджуваних: зберігають самовладання, аналізують проблему та визначають свої цінності для подальшого вибору рішення.

Адаптивні емоційні копінг-стратегії використовують 25% опитаних: вони протестують або намагаються позитивно оцінити ситуацію. Лише 1,7% респондентів у своєму житті послуговуються відносно адаптивними емоційними способами подолання, серед яких пасивна кооперація та емоційна розрядка. Неадаптивні емоційні копінг-стратегії притаманні для 73,3%, які передбачають придушення емоцій, покірність, самозвинувачення та агресивність.

Відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії притаманні для 40% опитаних, а саме відволікання, компенсація та конструктивна активність. Для 38,3% досліджуваних характерні неадаптивні стратегії подолання (активне уникнення чи відступ). Альтруїзм, співпраця та звернення як адаптивні поведінкові копінг-стратегії притаманні для 21,7% респондентів.

Здійснений емпіричний аналіз особливостей психологічних наслідків пандемії дає можливість стверджувати, що переважання позитивного самопочуття у опитаних, що проявляється у таких емоціях як радість та інтерес, проте на когнітивному рівні домінують негативні думки про себе. Досліджувані частіше репрезентують свій досвід життя у пандемію амбівалентно, розповідаючи про позитивні і негативні події, проте дуже незначна кількість опитаних описує свій досвід емоційно-позитивно. Більшість опитаної молоді схильна використовувати неадаптивні когнітивні та емоційні копінг-стратегії, що проявляється у пригніченому емоційному стані, проявах злості і звинуваченням себе та інших, а також у відмові долати труднощі через невіру у свої сили і інтелектуальні здатності. Також, більшість опитаних продемонстрували схильність до використання відносно адаптивних поведінкових копінг-стратегій тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань тощо.

4.3. Порівняння особливостей психологічних наслідків у студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії

Подальший аналіз даних спрямований на порівняння двох груп досліджуваних: студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії. Результати порівняння домінуючих емоційних станів у двох групах продемонстровано на рисунку 4.7.

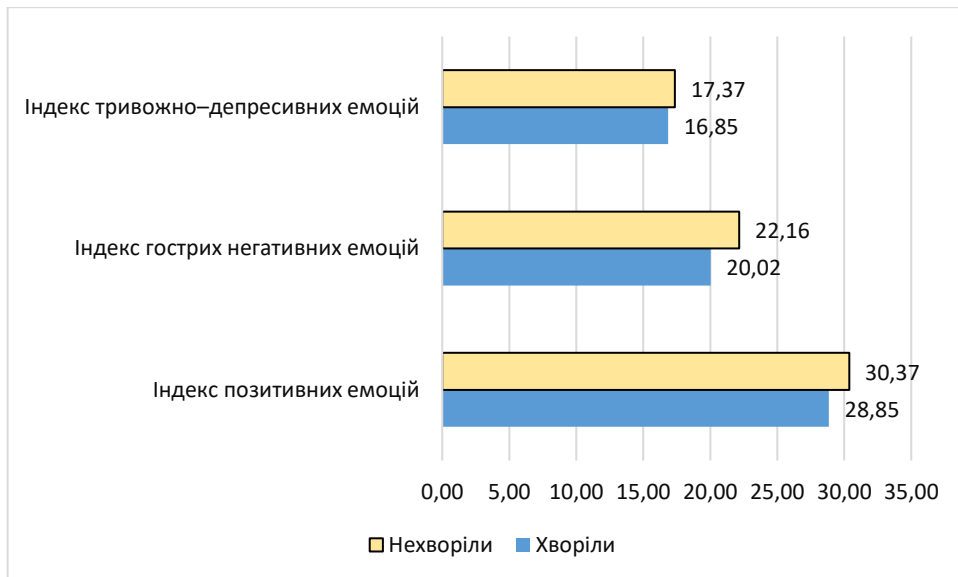


Рис.4.7. Порівняння домінуючих емоційних станів студентів з досвідом та без досвіду хвороби, \bar{x}

Здійснений порівняльний аналіз продемонстрував, що суттєвих відмінностей у емоційних станах студентів з та без досвіду хвороби у пандемії. Зафіксовані відмінності є незначними, оскільки в двох групах домінуючим є позитивний емоційний стан, а саме емоції радості та інтересу.

Результати порівняльного аналізу особливостей типу нарративу у досліджуваних з досвідом та без досвіду хвороби зображено на рис.4.8.

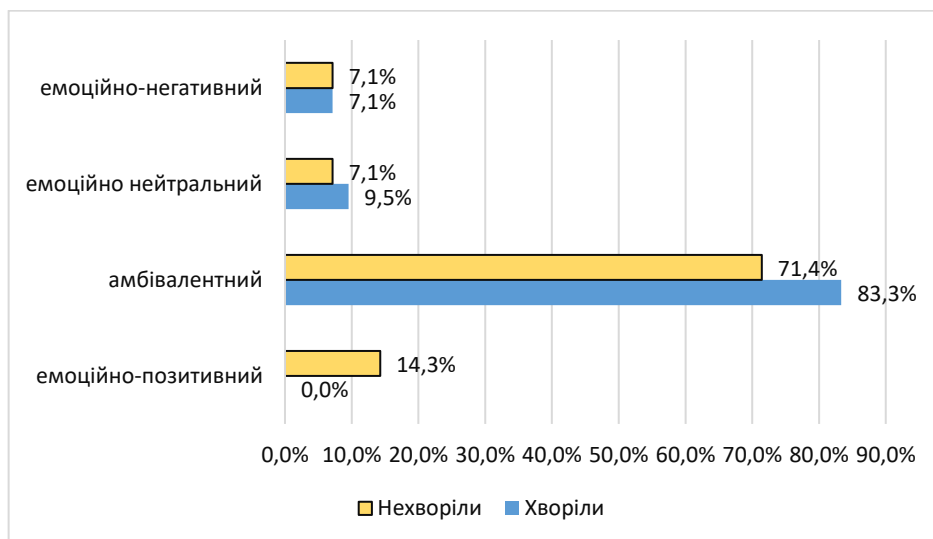


Рис.4.8. Порівняння типу нарративу в студентів з досвідом та без досвіду хвороби, %

Група опитаних, що перехворіла у пандемію більшою мірою схильна амбівалентно оцінювати свій досвід (83,3%), ніж група, що не хворіла

(71,4%). Тобто вони частіше демонструють не визначене ставлення до досвіду, який тільки репрезентується в основному на рівні поведінки, не переживається і не інтерпретується. Група респондентів, що не хворіли у період пандемії демонструють позитивну інтерпретацію та опис життєвих подій, тоді як у групі з досвідом хвороби таких наративів і такого підходу до життя не виявлено взагалі.

Реалізоване порівняння рівня посттравматичних когніцій у студентів з досвідом та без досвіду хвороби, результати якого зображено на рисунку 4.9.

Група опитаних, що не хворіла у пандемію більшою мірою демонструє відсутність психотравмуючих наслідків вимушених обмежень (42,9%), ніж студенти із досвідом хвороби (8,7%). Респонденти, які перехворіли коронавірусним захворюванням частіше демонструють посттравматичні когніції на рівні травми (76,1%), ніж молодь без такого досвіду (50,0%). Травма на рівні посттравматичного стресового розладу притаманна більшою мірою у групі студентів, що перехворіли у пандемію (10,9%), ніж у студентів без досвіду хвороби (7,1%). Інших суттєвих відмінностей між означеними групами досліджуваних не виявлено.

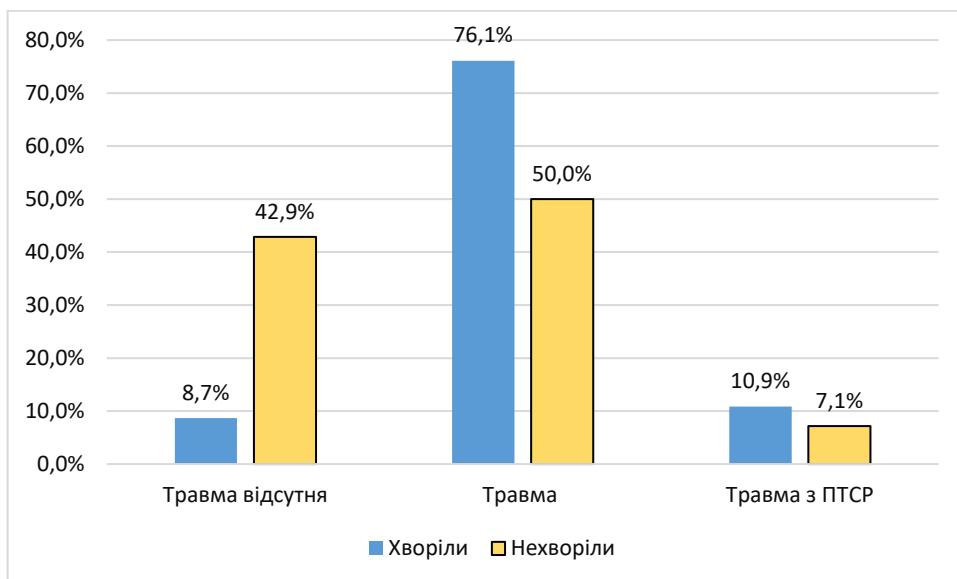


Рис.4.9. Порівняння рівня посттравматичних когніцій у студентів з досвідом та без досвіду хвороби, %

Наступний етап аналізу передбачав порівняння індексу посттравматичного зростання у групах студентів, що хворіли та не хворіли коронавірусним захворюванням. Результати такого аналізу відображено на рисунку 4.10.

Вищі показники здатності до посттравматичного зростання виявлено у групі, які не перехворіли у пандемію (50%), ніж у групі з досвідом хвороби (43,5%). Це може бути пов'язаним з тим, що у молоді без досвду хвороби зберігся більший психологічний ресурс, що характеризуються відкритістю в спілкуванні з іншими, емпатійністю, позитивним ставленням до життя, легкістю адаптації до змін, впевненістю у власних можливостях вирішувати життєві проблеми та труднощі. Загалом, для студентів, які хворіли коронавірусним захворюванням більшою мірою притаманний середній і низький рівні посттравматичного зростання, ніж у групі студентів, що не хворіли.

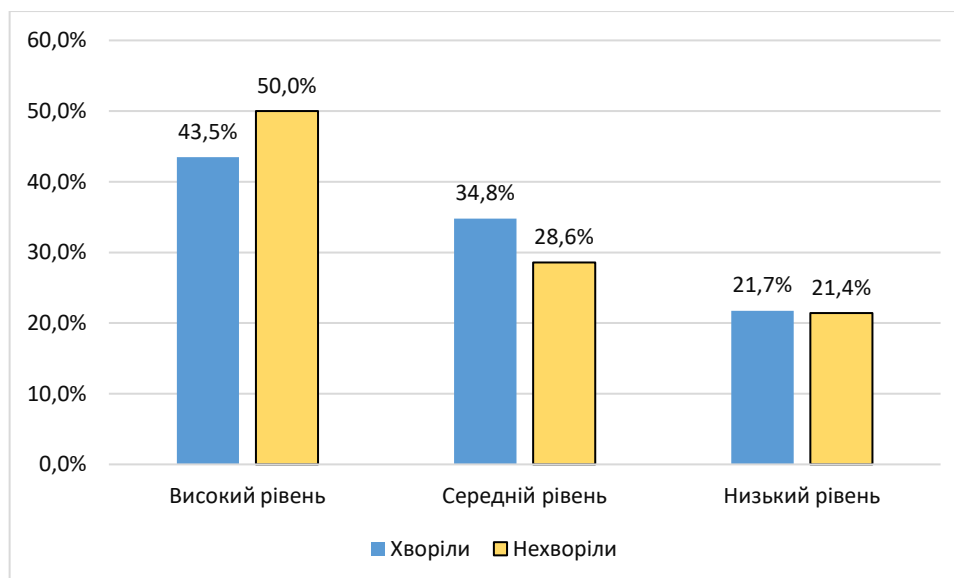


Рис. 4.10. Порівняння індексу посттравматичного зростання у студентів з досвідом та без досвіду хвороби, %

Результати здійсненого порівняння адаптивності стратегій подолання у студентів з досвідом та без досвіду хвороби продемонстровано на рис.4.11.

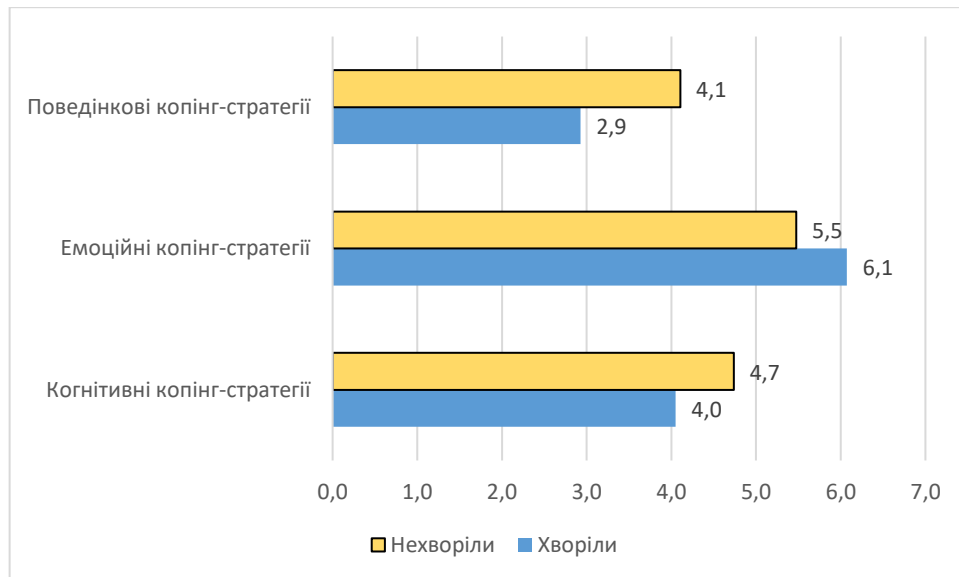


Рис.4.11. Порівняння адаптивності стратегій подолання у студентів з досвідом та без досвіду хвороби, \bar{x}

Група респондентів, що не хворіла у пандемію демонструє вищі показники адаптивності когнітивних копінг-стратегій ($\bar{x}=4,7$), ніж досліджувані із досвідом хвороби ($\bar{x}=4,0$). Така ж тенденція проявляється при аналізі адаптивності поведінкових стратегій подолання. Студенти, без досвіду хвороби у пандемію частіше використовують дезадаптивні емоційні копінг-стратегії ($\bar{x}=5,5$) у порівнянні з опитаними, що хворіли на коронавірус ($\bar{x}=6,1$).

Для виявлення статистично значимих відмінностей у показниках психологічних наслідків пандемічних обмежень між двома групами студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії було використано процедуру знаходження відмінностей у розподілі оцінок (χ^2). Результати статистичного опрацювання даних відображені у таблиці 4.1.

За результатами статистичного порівняння було виявлено значущі відмінності в показниках оцінки досвіду респондентами в наративах ($\chi^2=62,9$; $p<0,05$). Такі дані свідчать, що особистості без досвіду хвороби у пандемію схильні описувати свій досвід емоційно-позитивно, осмислювати його, надавати йому нових сенсів, вони приймають і описують свою історію та життєві зміни. Тоді як опитані, які хворіли у пандемію, частіше описують свій досвід негативно, не приймаючи його, витісняючи свої проблеми.

Таблиця 4.1

Статистично значущі відмінності в розподілі показників психологічних наслідків пандемічних обмежень студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії

	Досвід хвороби
Вид автонаратива	62,93*
Поведінкові копінг-стратегії	110,76*
Негативні думки стосовно себе	79,29*

Примітка: * – статистично значущі відмінності на рівні 0,05.

Виявлено відмінності в показниках адаптивності поведінкових стратегій подолання ($\chi^2=110,8$; $p<0,05$). Так, особистості без досвіду хвороби характеризуються використанням більш адаптивних копінг-стратегій як прагнення до співпраці зі значимими (більш досвідченими) людьми, пошук підтримки в найближчому соціальному оточенні, а також сама пропонує допомогу близьким для подолання труднощів. Натомість респонденти з досвідом хвороби у пандемію демонструють неадаптивні поведінкові копінг-стратегії як поведінка, яка передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від вирішення проблем.

Статистично значущі відмінності виявлено в показниках рівня негативних думок про себе ($\chi^2=79,3$; $p<0,05$). Особистості без досвіду хвороби у пандемію схильні меншою мірою до румінування негативних думок про себе. Тоді, як опитані, що перехворіли у пандемію частіше не довіряють собі та своїм рішенням, відчувають себе ізольованими тощо.

Отже, здійснений емпіричний аналіз відмінностей психологічних наслідків у студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії дав можливість виявити ряд статистично значимих відмінностей, серед яких найсуттєвіші стосуються типів опису досвіду, негативні думки про себе та адаптивність поведінкових копінг-стратегій.

РОЗДІЛ 5. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В УМОВАХ КРИЗИ СОЦІАЛЬНИХ ОБМЕЖЕНЬ

5.1. Основні напрями збереження психічного здоров'я молоді в умовах пандемії

Здійснений теоретичний та емпіричний аналіз продемонстрував, що молодь, яка перехворіла у період пандемії має нижчі показники стабільності психічного здоров'я та не схильні до прийняття та інтерпретації свого досвіду. Такі результати демонструють необхідність розробки програми підтримки психічного здоров'я молоді в умовах кризи та вимушених пандемічних обмежень.

У результаті теоретичного аналізу ми виявили, що немає чітко виокремлених складових психічного здоров'я особистості. Проте, синтез думок науковців щодо основних складових цього явища дає підстави виокремити такі напрями підтримки психічного здоров'я молоді:

1. Мотиваційний. Необхідно завжди спрямовувати свою діяльність у напрямку до задоволення власних потреб та бажань. Для цього потрібно чітко знати чого людина хоче, тобто оформити свої бажання у конкретні цілі. Чим більш точно будуть описані цілі, тим зрозумілішими є дії людини для їх реалізації і більшою буде мотивація до успіху.

2. Афективний. Ця складова психічного здоров'я передбачає зменшення тривожності та розвиток емоційної стійкості як здатності до самоконтролю для підтримання продуктивного рівня функціонування особистості. Емоційна стійкість залежить від вміння свідомо керувати своєю діяльністю, створювати оптимальний режим роботи, вміння дозувати і підтримувати психічне навантаження на тому рівні, який забезпечував оптимальну працездатність, характер діяльності і успішність її виконання,

вміння правильно оцінювати свої сили і знаходити ресурси для впевненої поведінки, свідомо керувати емоційним станом (Дзвоник, 2016).

3. Раціональний. У межах цього напрямку необхідно слідкувати за своїми думками, повертати їх у конструктивне мислення, перевіряти їх на реальність. Намагатись знайти переваги у будь якій життєвій ситуації. У межах цього компоненту психічного здоров'я здійснюється робота з негативними автоматичними думками та глибинними переконаннями (Коструба, 2018).

4. Соціальний. Цей компонент передбачає розвиток навичок міжособистісної взаємодії, впевненості в її побудові та підтримці.

5. Духовний. Складова психічного здоров'я, що передбачає віру в свої сили, розвиток самоповаги та самооцінки (Коструба, 2021).

Усі ці складові психічного здоров'я стали основою для підготовки програми підтримки психічного здоров'я для студентів в умовах пандемії.

Також є кілька побутових способів, які можуть люди застосовувати щоденно, щоб підтримати своє психічне здоров'я:

- Говоріть про свої почуття. Лише те, що вас вислуховують, може допомогти вам відчувати підтримку та бути менш самотнім у будь-яких проблемах, через які ви проходите.
- Добре висипайтеся. Сон і психічне здоров'я тісно пов'язані: психічне захворювання може вплинути на ваш сон, а поганий сон може вплинути на ваше психічне благополуччя.
- Добре харчуватися. Збалансоване харчування може покращити ваше самопочуття та настрій.
- Залишайтеся активними. Фізична активність корисна не тільки для тіла, але й для розуму.
- Практикуйте уважність, спосіб бути повністю залученим і присутнім у даному моменті.
- Підтримувати зв'язок. Друзі, які підтримують вас, можуть

допомогти вам впоратися зі стресами життя, змусити вас відчувати турботу та запропонувати інший погляд на те, що відбувається у вашій голові.

- Піклуйтеся про інших та стосунки з родиною, не тримайте старих образ або займайтеся волонтерство.

5.2. Підтримка психічного здоров'я засобами духовного розвитку

У вузькому значенні терміном «духовність» визначають психічну реальність безпосереднього переживання надособистісних смислів та породження відповідної життєвої активності. Духовність як категорія означає індивідуальну вираженість у системі мотивів особистості двох фундаментальних потреб: потреби пізнання дійсності та потреби життя і дії для інших. Основна функція духовності – забезпечення гармонійних стосунків людей в соціумі. Важливість психологічного аспекту духовності полягає в поєднанні універсального, загальнолюдського з творчо-індивідуальним, яке свідчить про те, що універсальне, вічне, загальнолюдське притаманне кожній людині, потенційно живе в ній (Колісник, 2015).

У психології точаться дискусії щодо можливостей розгляду духовності не лише як абстрактного ідеалу, а як реального феномену людського життя. Науковці виділяють три основні контексти у межах яких використовується поняття «духовність»: 1. проблема особистісних цінностей і життєвих пріоритетів: переважання духовних, моральних цінностей (безкорисливість, альтруїзм тощо) на противагу матеріальним. 2. духовна творчість в культурі: створення духовних цінностей, ідей, смислів, творів мистецтва. 3. трансценденція до чогось вищого, вихід за межі індивідуальної особистості. Найчастіше духовність в цьому контексті ототожнюється з релігійністю, сходженням до Бога. Більшість науковців стверджують, що не слід окремо ототожнювати духовність з безкорисливістю, творчістю, моральністю або релігійністю. Тільки

комплексний огляд духовності у всіх контекстах має сенс (Колісник, 2015).

Релігійність – складне, багатокомпонентне психологічне утворення, що характеризується як міра здійснення суб'єктом у навколишній дійсності трансцендентних, теїстичних – релігійних інтенцій, спрямованих на здійснення зв'язку суб'єкта з Богом і виражених вірою в надприродне, а також у специфічних переживаннях, культових діях, вчинках і поведінці в цілому. Як зазначає Н. М. Савелюк, релігійність є чинником індивідуального функціонування та соціальних взаємин людини. Релігійність «відіграє одну із провідних ролей у формуванні мотивації досягнення успіху, вона допомагає підтримувати інтерес до діяльності, бути послідовним і наполегливим у досягненні мети» (Савелюк, 2011). Науковці розглядають релігійність як одну з форм духовності, а саме вираження людяності, провідної діючої сили у її становленні. При цьому духовність виступає не атрибутом віри, а атрибутом моралі як суспільної, так і релігійної.

«Духовному становленню студента сприяє включення його до процесу здійснення творчої активності» (Романовський, 2013: 9). Дослідження творчості часто здійснюється із позицій двох аспектів: діяльнісного – створення якісно нового, неповторного, оригінального та суспільно-історично унікального; процесуального – як розвиток особистості, її самореалізація у процес створення матеріальних і духовних цінностей. Одне з найпоширеніших визначень творчості – здійснюється за продуктами або результатами. Творчістю в цьому випадку визнається все, що призводить до створення нового. Так, І. Д. Пасічник визначає творчість як «діяльність людини, спрямовану на створення нових матеріальних та духовних цінностей, в якій суттєве значення належить уяві, інтуїції, неусвідомленим компонентам розумової активності, а також потребі особистості в самоактуалізації» (Пасічник, 2013: 3). Продукт творчості, на думку автора, є результатом «найвищої концентрації духовних сил». Ми розглядаємо творчість з позицій діяльнісного підходу як здатність до

створення нових цінностей, ідей, смислів та творів мистецтва.

Розуміння духовності як інтегрального утворення стало основою для розробки програми підтримки психічного здоров'я шляхом розвитку духовності.

5.3. Програма підтримки психічного здоров'я для студентів в умовах соціальних обмежень

Програма спрямована на підтримку психічного здоров'я та психологічного благополуччя шляхом інформування та розвитку усіх її складників (вимірів):

1. мотиваційного (мотивація до успіху та цілепокладання);
2. афективного (зменшення тривожності та емоційна стійкість);
3. раціонального (позитивне та конструктивне мислення);
4. соціального (впевненість у міжособистісній взаємодії);
5. духовного (самоповага та самооцінка).

Мета тренінгу: підтримка психічного здоров'я та благополуччя молоді.

Обладнання: кімната, де передбачається наявність м'яких зручних стільців (за кількістю учасників) розташованих по замкнутому колу та двох великих столів у різних кутках для групової роботи.

Режим роботи: 5 занять по 2:00-2:30 години.

Тренінгова група:

- Тренінг розрахований на підлітків.
- Кількість 8-10 чоловік.
- Рівень підготовки – зручний одяг та взуття.

Заняття 1. «Мотивація до успіху та цілепокладання»

«Правила групи»(5 хвилин)

Мета: ознайомлення.

Обладнання: ватман з уже написаними правилами.

1. Проявляти активність.
2. Слухати один одного, не перебиваючи.
3. Говорити тільки від свого обличчя.
4. Якщо інформація адресована комусь конкретно, то звертатися безпосередньо до цієї людини, а не говорити про нього в третій особі.
5. Не поширювати і не обговорювати за межами тренінгу те, що відбувається на заняттях.
6. Уникати критики при виконанні вправ, якщо виникає потреба щось покритикувати - дочекатися обговорення.
7. У разі небажання виконувати будь-яке вправу учасник має право відмовитися, не пояснюючи причину цього, але він повинен публічно заявити про свою відмову.

Вправа 1. «Це моє ім'я» (15 хвилин)

Мета: допомогти учасникам дізнатися один про одного, скоротити дистанцію у спілкуванні, знизити відчуття напруженості завдяки включенню в ігрову ситуацію «тут і тепер».

Процедура проведення: По колу кожен по черзі називає своє ім'я. Потім він повідомляє про своє ім'я що-небудь. Наприклад він може спробувати відповісти на такі питання:

- Чи знаю я, хто його для мене вибрав?
- Чи знаю я, що означає моє ім'я?
- Хто ще в родині носив це ім'я?

Рефлексія (5 хвилин)

- Чи легко вам було розповідати про своє ім'я?
- Якщо ні, чому?

Вправа 2. Розминка «Веселий м'ячик» (5 хвилин)

Мета: розминка, вироблення вміння говорити і вислуховувати компліменти.

Обладнання: легкий невеликий м'яч.

Процедура проведення: Кидаючи по черзі, один одному цей м'яч, будемо говорити про безумовних перевагах, сильних сторонах того, кому кидає м'яч. Будемо уважні, щоб м'яч побував у кожного.

Рефлексія (5 хвилин)

- Як ви зараз себе почуваєте?
- Що змінилося у вашому стані?
- Важко було виконувати вправу?

Вправа 3. «Черевики»(15 хвилин)

Мета: згуртування.

Процедура проведення: Всі сідають в коло, знімають взуття і складають її в центр. Перемішати і розкидати в різні кінці класу. Всі встають, беруться за руки. Кожен повинен взутися, не розжимаючи рук. Якщо коло рветься, все починається спочатку.

Рефлексія (5 хвилин)

- Чи задоволені ви тим, як виконали вправу?
- Хто вам допомагав?
- Що ви відчули, виконуючи завдання?

Вправа 4. «Стрибок» (10 хвилин)

Мета: показати роль цілей в життєвих досягненнях людини.

Процедура проведення: Вибирається один учасник, він підходить до стінки. Йому дають крейду і інструкцію: «Підстрибни, будь ласка». Ведучий відзначає на стінці крейдою висоту, до якої доскочив підліток. Після цього, йому дають крейду іншого кольору і таку інструкцію: «Стрибни, будь ласка, як можна вище. Постарайся дострибнути до стелі. І відзнач крейдою місце, до якого дострибнеш».

Рефлексія (5 хвилин)

- Чи відрізняється висота, на якій поставлені позначки?
- Яка відмітка вища, перша або друга?

- Що вплинуло на висоту позначки?
- Поставлена мета поліпшила результат або погіршила?
- Як ви думаєте, в житті так само відбувається?

Вправа 5. «Успішні цілі» (25 хвилин)

Мета: формування мотивації та навичок постановки «правильних» цілей, що відповідають певним вимогам.

Процедура проведення: Ведучий розповідає учасникам, що від того, як сформульована мета, залежить – як швидко людина її досягне, і чи досягне взагалі. Він описує вимоги до постановки цілей, коротко їх характеризує, записує на дошці (можна заздалегідь підготувати плакат з написаними вимогами).

Вимоги до постановки цілей

1. Мета повинна бути масштабною – чим ширшою, вищою, масштабнішою є мета, тим вищі будуть досягнення людини.
2. Мета повинна бути конкретною – щодо того якої форми, якого кольору, якого запаху, якого віку, і т.д.
3. Термін – обов'язково вказується передбачуваний термін, до якого необхідно досягти мети.
4. Має бути сформульовано критерій досягнення мети, – за якими ознаками ти дізнаєшся, що мета досягнута, що зміниться, що з'явиться?
5. Позитивність – мету необхідно формулювати в стверджувальній формі, виключити частку «не» – наприклад, неправильно: «не хочу бути бідною», правильно: «хочу бути багатію».
6. Залежність досягнення мети від самої людини – в формулюванні мети не повинні фігурувати інші люди, тому що у них є свої цілі і бажання, і вони не зобов'язані виконувати бажання іншої людини. Навіть якщо це благі наміри.

7. Екологічність – досягнення поставленої мети не повинно принести нікому шкоди.

Ведучий дає групі завдання: «Напишіть в зошиті 20 реальних ваших цілей, які ви перед собою ставите. Постарайтеся прописати всі цілі у відповідності з тими вимогами, які ми щойно розглянули».

Після того, як діти написали, кожен учасник (по колу або по бажанню) читає одну будь-яку свою мету. Група коригує ціль, спираючись на вимоги до цілей.

Група ділиться на трійки. У цих міні-групах коригуються всі написані цілі відповідно до вимог.

Рефлексія (5 хвилин)

- Що ви отримали від вправи?
- Які зміни відбулися з вашими цілями і з вами?

Вправа 6. «Результат» (25 хвилин)

Мета: усвідомлення своїх прагнень. Підвищення впевненості у своїх силах. Сформуванню поняття «критерій досягнення мети».

Обладнання: ватман на кожного, клей, олівці кольорові, безліч журналів з картинками.

Процедура проведення: Ведучий просить групу виділити одну ідеальну мету і одну матеріальну мету.

1. Робота з ідеальними цілями.

Інструкція (для кожного учасника): «Пропишіть якомога більше конкретного, яким ви хочете бути (сміливим, впевненим, щасливим і т.д.). Продумайте, як ви будете виглядати: як йти, рухати руками і ногами, який буде вираз обличчя, поза. Яка у вас буде атрибутика, які люди будуть вас оточувати, розмови, і т.д. Ваше завдання – показати групі «Момент досягнення мети». Причому показати так, щоб група вгадала, якої мети ви досягли». На обдумування дається 5 хвилин.

Учасники по черзі зображають «момент досягнення мети». Група намагається вгадати, що це за ідеальна мета, і оцінює, наскільки

«зображення» відповідає дійсності.

Рефлексія (5 хвилин)

- Що ви отримали від вправи?
- Чи змінилася у вас в процесі вправи мета?
- Чи стали ви чіткіше розуміти, що ви хочете?

2. Робота з матеріальними цілями.

Інструкція: Скласти колаж однієї мети (можна дати як домашнє завдання). Якщо це робота – зобразіть офіс, себе в діловому одязі в колі колег; якщо це будинок – покажіть фасад, кімнати і т.п. Продемонструйте групі свою мету – покажіть і опишіть її.

Рефлексія (5 хвилин)

- Що вам дало виконання вправи?
- Чи змінилися цілі, і якщо так – то як?

Домашнє завдання: Повісити колаж цілей у себе дома біля ліжка.

Вправа 7. Малюнок «Я такий, який я є» та «Я в майбутньому» (25 хвилин)

Мета: сприяти виробленню в учасників більш об'єктивної самооцінки та визначитись у своїх бажаннях.

Обладнання: листки А4, кольорові олівці.

Процедура проведення: Учасники ділять листок на дві частини. З одного боку малюють себе теперішнього, а з іншого – себе в майбутньому. Малюють себе так, щоб ніхто не бачив. Після цього малюнки збираються і змішуються. Після чого група вгадує хто це і ця людина має прокоментувати чи пояснити свій малюнок «Я в майбутньому».

Вправа 8. «Руки, що говорять» (5 хвилин)

Мета: емоційно-психологічний зближення учасників.

Процедура проведення: Учасники утворюють два кола: внутрішній і зовнішній, стоячи обличчям один до одного. Ведучий дає команди, які учасники виконують мовчки в парі, що утворилася. Після цього по команді ведучого зовнішнє коло рухається вправо на крок.

Варіанти інструкцій утворюється пар:

1. Привітатися з допомогою рук.
2. Поборотися руками.
3. Помиритися руками.
4. Висловити підтримку за допомогою рук.
5. Пошкодувати руками.
6. Висловити радість.
7. Побажати успіху.
8. Попрощатися руками.

Рефлексія (10 хвилин)

- Що було легко, що складно?
- Кому було складно мовчки передавати інформацію? Кому легко?
- Чи звертали увагу на інформацію від партнера або більше думали, як передати інформацію самим?

Рефлексія результатів заняття (асиміляція досвіду). Обговорення підсумків: коло «Нове і важливе для мене». Виробляється короткий ритуал завершення занять.

Заняття 2. «Емоційна стійкість»

Ритуал вітання. Вироблення короткого ритуалу вітання.

Вправа 9. «Перерахуйте правила» (5 хвилин)

Мета: закріпити правила і прийняти відповідальність за їх дотримання.

Процедура проведення: Це, по суті, варіант гри «Снігова куля», спрямований на згадування правил. Перший учасник називає одне правило, наступний повторює перше і називає друге і т.п. Якщо учасник не може згадати нового правила, або правила закінчилися, учасник просто повторює названі. На завершення вправи правила вивішуються на стіну. В правила можуть бути внесені зміни. Надалі дотримання правил чітко відстежується.

Вправа 10. «Фігурні побудови» (15 хвилин)

Мета: Вправа згуртовує групу, сприяє формуванню взаєморозуміння, навчає упевненій поведінці в умовах необхідності приймати рішення при обмеженості доступної інформації, брати на себе відповідальність за свою частину в спільній роботі.

Процедура проведення: Учасники хаотично переміщуються по приміщенню. По команді ведучого вони закривають очі і намагаються побудуватися, утворивши ту геометричну фігуру, яка названа ведучим (коло, трикутник, квадрат, «змійка» і т.п.). Якщо хтось підглядає - він вибуває з гри. Коли побудова закінчено, учасники по команді ведучого відкривають очі і дивляться, що в підсумку вийшло.

Рефлексія (5 хвилин)

- Наскільки успішним учасники вважають побудову різних фігур?
- Що потрібно від учасників, щоб впоратися з таким завданням?
- Що ж забезпечує можливість порозуміння в таких ситуаціях, та ще, якщо в учасників закриті очі?

Вправа 11. «Якщо б ..., то я став би ...» (20 хвилин)

Мета: вироблення навичок швидкого реагування на конфліктну ситуацію.

Процедура проведення: Вправа відбувається по колу: один учасник ставить умову, в якому обумовлена деяка конфліктна ситуація. Наприклад: «Якщо б мене обрахували в магазині ...». Наступний, поруч сидить, продовжує (закінчує) пропозицію. Наприклад: «... я став би вимагати книгу скарг». Доцільно провести цю вправу в кілька етапів, в кожному з яких беруть участь всі присутні.

Вправа 12. «Зате ...» (20 хвилин)

Мета: зниження рівня фрустрації чи стресу. Пошук можливих шляхів її вирішення.

Обладнання: папір, ручки.

Процедура проведення: Тренер пропонує кожному учаснику гри коротенько описати на аркуші паперу будь-яке нездійснене бажання, будь-яку актуальну стресову чи конфліктну ситуацію, незавершену на даний момент або ту, яка запам'яталася бо важко вирішувалась (допускається анонімність авторства). Потім всі листки тренер збирає, перемішує і пропонує учасникам наступну процедуру обговорення. Кожна написана ситуація зачитується на групі і учасники повинні привести якомога більше доказів того, що дана ситуація зовсім не складно вирішувана, а проста, смішна або навіть вигідна з допомогою зв'язок типу: «зате ...», «могло б бути і гірше!», «не дуже-то і хотілося, тому що...» або «здорово, адже тепер...».

Рефлексія (5 хвилин)

- Чи отримали ви реальну допомогу?

Вправа 13. «Емоції»(15 хвилин)

Мета: розвантаження.

Процедура проведення: Учасники групи розподіляються на команди. Представники кожної групи витягують картки з написаними на них назвами емоційних станів – «гнів», «розгубленість», «радість», «роздратування», «печаль». Завдання: користуючись невербальними засобами, показати емоцію, а інші команди повинні вгадати її .

Рефлексія (5 хвилин)

- Що легше показувати чи вгадувати емоції?

Вправа 14. «Емоційна стійкість» (20 хвилин)

Мета: вироблення навичок самоконтролю, емоційної стійкості.

Процедура проведення: Учасники розбиваються на пари і сідають обличчям один до одного, як можна ближче. Вправа виконується в три етапи: Учасники закривають очі. Їм дається обмеження: забороняються будь-які рухи тілом і навіть обличчям. Ведучий: «Налаштуйтеся на тишу і спокій у вашій душі і в вашому тілі».

Після того, як емоційна стійкість на попередньому етапі сформувалася, завдання ускладнюється: «Тепер ви будете нерухомо сидіти,

але з відкритими очима. При цьому ви дивитеся на очі свого партнера і намагаєтеся зберігати свій спокій».

Після цих підготовчих вправ в кожній парі один з учасників вибирає собі роль тренера. Завдання тренера – розсмішити або якимось ще похитнути емоційну рівновагу. Якщо йому це вдається, він замовкає і чекає, поки партнер не відновить втрачену рівновагу. Потім вправа триває, при цьому важливо, щоб тренер знову повторив те, що вивело його партнера з рівноваги. Багаторазове повторення формує стійкість до цього подразника. Потім учасники міняються ролями, і так – кілька разів.

Рефлексія (5 хвилин)

- Чи вийшло у Вас не піддатись на провокації?
- Порівняйте програні ситуації із ситуаціями у реальному житті.

Вправа 15. «Дюжина» (15 хвилин)

Мета: «Інтелектуальна розминка», тренування навичок впевненої поведінки в ситуаціях, коли потрібно оперативно реагувати на мінливу ситуацію.

Процедура проведення: Учасники розташовані у колі. Ведучий показує на будь-якого з них і називає число від 2 до 12. Той, на кого показав ведучий, демонструє на пальцях назване число (якщо воно більше 10, то в два прийоми). Той, хто стоїть праворуч від нього, демонструє на пальцях число на одиницю менше, наступний правий сусід – ще на одиницю менше і т.д., поки не буде досягнутий нуль. Хто помилиться або затримається – вибуває з гри.

Вправа 16. «20 бажань» (10 хвилин)

Мета: дати можливість учасникам відпочити, набратися оптимізму.

Обладнання: листки та ручки для кожного учасника.

Процедура проведення: учасникам пропонується 20 разів закінчити речення, яке починається словами «Я хочу...». Записують усі бажання, які спадають на думку.

Рефлексія (5 хвилин)

- Ваші враженнями від заняття?

Заняття 3. «Позитивне мислення»

Вправа 17. «Привіт» (5 хвилин)

Мета: зближення учасників групи один з одним.

Процедура проведення: Почніть, будь ласка, ходити по кімнаті. Я пропоную вам привітатися з кожним з групи за руку і сказати при цьому: «Привіт! Як твої справи?» Говоріть тільки ці прості слова і більше нічого. Але в цій грі є одне важливе правило: вітаючись з будь-ким з учасників, ви можете звільнити свою руку тільки після того, як іншою рукою ви почнете вітатися ще з кимсь. Іншими словами, ви повинні безперервно бути в контакті з ким-небудь з групи. (Коли всі привіталися один з одним, і група звикла до цього ритуалу, можна запустити другий круг – з іншим привітанням, наприклад: «Як добре, що ти тут!»)

Рефлексія (5 хвилин)

- Сподобалось таке привітання?
- Як Ваш настрій?

Вправа 18. «Оцінка своїх думок» (20 хвилин)

Мета: оцінити стан своїх думок, а також створити ґрунт для плекання позитивного ставлення до життя.

Процедура проведення: Учасникам пропонується відповісти на питання: чи приводять ваші думки до позитивних результатів? Коли ви відчуваєте себе комфортно? Що викликає стрес? Спілкування з якими людьми приносять позитивні, а з якими негативні емоції? Чи відповідають ваші думки вашій реальності?

Запишіть програму, якою для отримання результату краще слідувати щодня:

1. Виділіть 10 хвилин на розслаблення, попередньо освоївши техніки релаксації.
2. Виділіть 2 хвилини на тренування м'язів обличчя.

3. Вранці під час чищення зубів вам належить трохи усміхнулася своєму відображенню. Це подарує заряд позитивної енергії. Його вистачить на весь день.

4. Намагайтеся щодня хоча б 20 хвилин витратити на фізичні вправи. Заняття спортом принесуть не лише гарну фізичну форму, впевненість у собі, а й сплеск ендорфіну (гормону щастя).

5. Кожен день 30 хвилин присвячуйте улюбленому заняттю.

Проводьте ці вправи з тренінгу позитивного мислення щодня протягом 21 дня. Так вони стануть першими позитивними звичками.

Вправа 19. «Генерація позитивних думок» (15 хвилин)

Мета: навчити вас керувати своїми думками.

Процедура проведення: Озирніться, а потім засічіть одну хвилину. Протягом хвилини проговорюйте все, що викликає позитивні емоції. Наприклад, «у мене є надійні друзі», «я працюю на улюбленій роботі», «я цілеспрямована людина, тому досягну бажаного» і т. д.

Якщо робити цю вправу під час поганого настрою, то воно покращиться. Візьміть цю практику на озброєння.

Рефлексія (5 хвилин)

- Чи покращився у Вас після цього настрій?
- Будете використовувати ці техніки у повсякденному житті?

Вправа 20. «Позитивні переконання» (10 хвилин)

Мета: навчитися усвідомлювати свої думки, використовувати раціональні переконання, позитивні; навчитися переструктурувати погляди людини на своє життя.

Процедура проведення: Уявлення людини завжди мають дві сторони: розумові (раціональну) та емоційну (ірраціональну).

- Раціональні (розумові) переконання – ті, що мають сенс, не суперечать логіці, не викликають негативних емоцій;
- Ірраціональні (емоційні) переконання – як правило, не мають сенсу, нелогічні.

Поділіться, будь-ласка, на 3 групи і спробуйте у процесі групового обговорення змінити ірраціональні переконання, надані у таблиці на раціональні. Поясніть, до яких змін у житті людини можуть призвести змінені переконання:

Ірраціональні переконання	Раціональні переконання
1. Кожний повинен любити мене!	
2. Я повинен зробити все добре.	
3. Деякі люди погані і мають бути покарані.	
4. Люди і події мають бути такими, якими я їх уявляю.	
5. У моїх неприємностях винуваті Ви!	
6. Зі мною має статися щось жахливе!	
7. Краще не намагатися щось змінити.	
8. Я такий слабкий і потребую допомоги.	
9. Я не можу йти іншим шляхом. Я не можу змінитися.	
10. Ваші проблеми є моїми проблемами.	
11. Є тільки один правильний шлях.	

Рефлексія (15 хвилин)

- Як змінюється емоційне забарвлення тверджень при їх зміні?
- Яку роль у житті людини відіграють переконання?

Аргументуйте свою думку прикладами.

Вправа 21. «Заряд мотивації» (20 хвилин)

Мета: навчитися надихати себе на досягнення задуманого.

Процедура проведення: Закрийте очі, постарайтеся повністю розслабитися, а потім уявіть себе майбутнього. Наприклад, себе через п'ять років. Якщо у вас є мета, то напевно перед вами буде людина, яка її вже досягла. Уявіть, наскільки вона щаслива, що досягла задуманого, як змінилося її життя, зовнішній вигляд. Зверніть увагу, як ви в майбутньому одягаєтеся, які емоції переважають на вашому обличчі.

Уявіть, що ваша особистість з майбутнього стоїть навпроти вас справжнього. А тепер уявіть, що ви справжній входите в себе майбутнього, немов привид вселяєтеся в його тіло. Відчуйте ту гамму емоцій, яку відчуває

ваша майбутня особистість. Відчуйте, що не вона, а ви володієте бажаним, досягли своєї мети, виконали мрію. Вийдіть із неї. Сконцентруйтеся на тому, що ваша особистість майбутнього стоїть навпроти вас. Попросіть кілька порад, які допоможуть вам стати такою ж.

Після цього вийдіть з візуалізації, запишіть ці поради на папері і виконуйте їх. Це дійсно дуже цінні рекомендації, оскільки їх дала ваша підсвідомість, а їй завжди відомо, як буде краще для вас.

Рефлексія (5 хвилин)

- Як ви почуваетесь?
- Які поради ви отримали?

Вправа 22. «Подаруй посмішку»(5 хвилин)

Мета: створення атмосфери єдності, підвищення позитивного настрою, розвиток вміння висловлювати свій емоційний стан.

Процедура проведення: Учасники стають у коло, беруться за руки. Кожен по черзі дарує усмішку своїм сусідам ліворуч і праворуч, важливо при цьому дивитися один одному в очі.

Рефлексія (5 хвилин)

- Що відчували?
- Який зараз настрій?
- Що нового ви дізналися?
- Який досвід ви отримали для себе на даному тренінгу сьогодні?

Заняття 4. «Впевненість у міжособистісній взаємодії»

Вправа 23. «Одне і теж по-різному» (15 хвилин)

Мета: привітання, розвиток впевненості та навичок правильного виразу емоції.

Процедура проведення: Учасникам пропонується по черзі по-різному з різними інтонаціями, відтінками голосу привітатися, відмовити, звинуватити тощо. Відповідати потрібно:

- невпевнено в собі,
- агресивно,
- стримано,
- самовпевнено.

Рефлексія (5 хвилин)

- Які емоції було легко передавати, а які тяжко?

Вправа 24. «Контакт» (20 хвилин)

Мета: розвиток впевненої поведінки у ситуаціях знайомства.

Процедура проведення: Рано вранці на зупинці автобуса (час, місце) ви бачите хлопця (дівчину) вашого віку, якого вже не раз там зустрічали. Потрібного вам автобуса довго немає, і ви звертаєтеся до партнера з чим-небудь і вимовляєте коротке (2 хвилини) повідомлення на будь-яку з підготовлених вами тем (ваші дії). Інструкція звучить приблизно так: «Виберіть з нашого списку відповідну для встановлення контакту фразу, а потім зробіть коротке повідомлення на цікаву тему. Слідкуйте за тим, щоб не порушувати особистий простір партнера, посміхайтесь і тримайтеся максимально дружньо. Якщо ваш партнер захоче щось сказати, замовкайте і уважно слухайте».

Ситуації до вправи:

1. У магазині ви бачите людину, яка вас зацікавила, оскільки переглядає книгу, яка вам теж дуже подобається.
2. На пляжі симпатичний незнайомець (незнайомка) явно нудьгує на самоті.
3. По набережній прогулюється молода людина, і їй явно нічим зайнятися.
4. У кафетерії театру дівчина задумливо допиває каву.
5. На науковій конференції учасник (учасниця) уважно читає вашу стендова доповідь.
6. В універмазі незнайомець (незнайомка) прискіпливо вибирає сир.
7. У черзі до зубного лікаря ви бачите симпатичного незнайомця

(незнайомку).

8. У ощадкасі незнайомиць (незнайомка) старанно заповнює квитанцію оплати комунальних послуг.

9. До вас направили вчитися новачка.

10. У літаку вам дісталася місце поруч із людиною, що вас зацікавила.

Рефлексія (5-10 хвилин)

- Як поводить ся партнер по вправі. Чи будуть моменти, коли він чимось зацікавиться, захоче щось сказати або уточнити?
- Чи достатньо дружелюбно поведився протагоніст?
- Що в його повідомленні викликало інтерес?
- Чи вдалося йому замовкнути в той момент, коли партнеру вже захотілося втрутитися в розмову? »

Вправа 25. Гра - розминка «Австралійський дощ» (5 хвилин)

Мета: забезпечити психологічне розвантаження учасників.

Процедура проведення: Учасники стають в коло. «Чи знаєте ви що таке австралійський дощ? Ні? Тоді давайте разом послухаємо, який він. Зараз по колу ланцюжком ви будете передавати мої рухи. Як тільки вони повернуться до мене, я передам наступні. Слідкуйте уважно!»

- В Австралії піднявся вітер. (Ведучий потирає долоні).
- Починає капати дощ. (Клацання пальцями).
- Дощ посилюється. (Почергові хлопки долонями по грудях).
- Починається справжня злива. (Хлопки по стегнах).
- А ось і град - справжня буря. (Тупіт ногами).
- Але що це? Буря стихає. (Хлопки по стегнах).
- Дощ вщухає. (Хлопки долонями по грудях).
- Рідкісні краплі падають на землю. (Клацання пальцями).
- Тихий шелест вітру. (Потирання долонь).
- Сонце! (Руки вгору).

Рефлексія (5 хвилин)

- Чи легко вам було виконувати цю вправу?
- Чи не заплутувалися ви в ході виконання завдань?
- Ваші враження з проведеного вправі?

Вправа 26. «Компліменти» (10 хвилин)

Мета: навчитись робити компліменти: конкретні та загальні; підняття самооцінки.

Процедура проведення: «Подивіться на інших учасників групи, виберіть когось і дайте йому, його зовнішності або манері поводитися загальну позитивну оцінку. А потім похваліть за якусь конкретну якість».

Рефлексія (5 хвилин)

- Чому ви довіряєте більше: конкретної оцінці поведінки чи загальній похвалі?
- Що особисто вам було приємніше слухати? Як ви думаєте, чому?

Вправа 27. «Вузький місток» (15 хвилин).

Мета: навчитись розв'язанню конфлікту конструктивним чином.

Процедура проведення: Двоє учасників стають на проведеній на підлозі лінії обличчям один до одного на відстані близько трьох метрів. Ведучий пояснює ситуацію: «Ви йдете назустріч один одному по дуже вузькому містку, перекинутому над водою. У центрі містка ви зустрілися, і вам треба розійтися. Місток - це лінія. хто поставить ногу за її межами - впаде у воду. Постарайтеся розійтися на містку так, щоб не впасти». Пари учасників підбираються випадковим чином.

Обговорення. Таким чином, в конфліктній ситуації можливі наступні варіанти поведінки:

1. Суперництво: прагнення домогтися своїх інтересів на шкоду іншому.
2. Пристосування: на противагу суперництву принесення в жертву власних інтересів заради інтересу іншої людини.

3. Компроміс - враховуються інтереси обох сторін, але наполовину.
4. Уникнення - не виграла жодна зі сторін. Відхід від конфлікту.
5. Співробітництво - так враховуються інтереси обох сторін.

Рефлексія (5 хвилин)

- Які стратегії виходу з конфлікту ми побачили?
- Які ефективні?

Вправа 28. «Спина до спини» (15 хвилин)

Мета: отримати досвід спілкування недоступний у повсякденному житті.

Процедура проведення: Двоє учасників групи сідають спиною до спини один до одного і намагаються в такому положенні протягом 3-5 хвилин підтримувати розмову. Після закінчення вони діляться своїми відчуттями.

Рефлексія (5 хвилин)

Чи було це схоже на знайомі життєві ситуації, наприклад, телефонна розмова, у чому відмінності:

Чи легко було вести розмову;

Якою виходить бесіда - більш відвертою чи ні.

Вправа 29. «Крокодил» (20 хвилин)

Мета: позбавитися відчуття невпевненості та побороти страх здатися іншим людям смішним.

Процедура проведення: Група розбивається на дві команди. Перша команда загадує деяке слово або словосполучення (можна - назви предметів, що часто зустрічаються в побуті), друга - делегує свого учасника (краще, якщо добровільно), якому повідомляється загадане слово. Останній повинен зобразити це слово тільки за допомогою жестів і міміки, а його команда спробувати зрозуміти, що були загадане. Команди учасників групи загадують слова по черзі.

Рефлексія (5 хвилин)

- Було важко показувати?
- Як себе почували?
- Які почуття викликала у вас ця гра?

Вправа 30. «Побажання по колу» (5 хвилин)

Мета: підняти загальний емоційний настрій і акцентувати доброзичливе ставлення один до одного.

Процедура проведення: Ведучий пропонує членам групи побажати своєму сусідові чого-небудь.

Рефлексія (10 хвилин)

- Чи змінилося ваше уявлення про себе?
- Який досвід ви отримали для себе на даному тренінгу сьогодні?
- Що нового ви дізналися про себе?
- Які висновки ви зробили для себе?

Заняття 5. «Самоповага та самооцінка»

Вправа 31. «Я такий, як ти, тому що...»(5 хвилин)

Мета: зближення учасників.

Процедура проведення: Учасники створюють коло. Кожний каже наступному: «Я такий, як ти, тому що... Проговорюється по колу тричі. Потім вони кажуть: «Я не такий, як ти, тому що...».

Рефлексія (5 хвилин)

- Що давалось краще, знаходження спільного чи відмінного?
- Чому?

Вправа 32. «Добра тварина» (5 хвилин)

Мета: сприяти згуртуванню колективу, навчити розуміти почуття інших, підтримувати і співпереживати.

Процедура проведення: Ведучий каже: Станьте, будь ласка, в коло і візьміться за руки. Ми – одна велика, добре тварина. Давайте послухаємо,

як вона дихає! Нині ж подихаємо разом! На вдих – робимо крок уперед, на видих – крок назад. Тепер на вдих робимо 2 кроки вперед, на видих – 2 кроку назад. Вдих – 2 кроки вперед. Видих – 2 кроки назад.

Як гарно дихає тварина, а чи чітко й рівно б'ється її велике добре серце. Стукіт – крок уперед, стукіт – крок назад тощо.

Рефлексія (5 хвилин)

- Як ваші відчуття? Відчули себе єдиним цілим?

Вправа 33. «Я не боюся, а багато хто боїться» (15 хвилин)

Мета: підвищення самооцінки.

Процедура проведення: «Ваше завдання буде полягати в тому, щоб виявити в собі «зони сміливості» і знайти такі дії, здійснювати які ви не боїтеся, хоча багато людей цього бояться. Будь ласка, спробуйте вибудувати такі фрази за наступним шаблоном: «Я не боюся чогось, хоча цього бояться і (або) не можуть багато людей». Завдання кожного - вимовити 3 подібні фрази. «Можливо, хтось із вас помітив, що він боїться того, чого не бояться інші учасники групи. Скажіть, будь ласка, їм про це ».

Вправа 34. «Програвання ролей» (20 хвилин)

Мета: формування адекватних реакцій у різних ситуаціях.

Процедура проведення: Кожному учаснику пропонується продемонструвати невпевнений, впевнений і агресивний тип відповідей у запропонованих ситуаціях. Приклади ситуацій:

- Друг розмовляє з Вами, а Ви хочете піти.
- Ваш друг влаштував Вам зустріч із незнайомою людиною, не попередивши Вас.
- Люди, що сидять за Вами в кінотеатрі, заважають Вам гучною розмовою.
- Ваш сусід відволікає Вас від цікавого виступу – задає безглузді на Ваш погляд питання.
- Ваш працедавець говорить, що Ваша зачіска не відповідає зовнішньому вигляду працівника його фірми.

— Друг просить Вас позичити йому якусь дорогу річ, а Ви вважаєте його людиною не акуратною і не зовсім відповідальною.

Рефлексія (15 хвилин)

- Яким типом відповіді Вам простіше було користуватися у заданій ситуації? Яким важче?
- Що Ви при цьому відчували?
- Який тип відповіді може вважатись найбільш ефективним у заданій ситуації?

Вправа 35. «Я сильний - Я слабкий» (5 хвилин)

Мета: допомогти членам групи відрізнити впевнену поведінку від невпевненої, сприяти розвитку впевненості в собі через рольове програвання.

Процедура проведення: Учасники розбиваються по парах і стають кожен один навпроти одного. Перший учасник у парі витягає вперед свою руку. Другий учасник в парі намагається опустити руку напарника, натискаючи на неї зверху. Перший учасник у парі повинен постаратися утримати руку, кажучи при цьому голосно і рішуче: «Я сильний». Тепер повторюємо теж саме, але перший учасник в парі говорить «Я слабкий», вимовляючи це з відповідною інтонацією, тобто тихо, понуро. Спробуйте помінятися.

Рефлексія (10 хвилин)

- Коли вам було легше утримати руку: в першому чи в другому випадку?
- Чому, як ви думаєте?
- Які почуття Ви відчували під час виконання цієї вправи?
- Який вплив надавали вимовлені Вами фрази «Я сильний», «Я слабкий» на виконання завдання?

Вправа 36. «Я - зірка» (20 хвилин)

Мета: відпрацювання навичок впевненої поведінки.

Процедура проведення: Вправа проводиться по колу. Кожен учасник вибирає для себе роль значущої для нього і в той же час відомої присутнім зірки (Алла Пугачова, президент України, казковий персонаж, літературний герой і т.д.). Потім він проводить самопрезентацію (вербально або невербально: вимовляє якусь фразу або показує який-небудь жест, що характеризує його зірку). Решта учасників намагаються відгадати ім'я «кумира».

Рефлексія (10 хвилин)

- Чи складно Вам було вибрати для себе роль значущою і відомої зірки?
- Що схожого між Вами та обраною зіркою?
- Які почуття виникли у вас під час презентації?
- Ви намагалися показати обрану Вами зірку так, щоб було зрозуміло іншим?
- Що було легше, показувати чи відгадувати?

Вправа 37. «Похвали себе» (5 хвилин)

Мета: завершення тренінгу, поділитись своїми досягненнями.

Обладнання: листки паперу і ручки.

Процедура проведення: Подумайте і запишіть:

- Що нового Ви дізнались в процесі тренінгу? В чому поборили себе?
- Яку нову форму поведінки спробували на собі?
- Які нові емоції пережили? Що вже готові перенести у своє життя?

Потім всі учасники по черзі вихваляються своїми досягненнями у тренінговій роботі.

РОЗДІЛ 6. ВІЙНА І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

6.1. Вплив військових дій на психічне здоров'я цивільного населення

Негативні наслідки війни для психічного здоров'я підтвердженні багатьма психологічними дослідженнями. Більшість досліджень, які проводилися серед населення, що постраждало від війни, вказують на зв'язок між військовою травмою та наявністю різних розладів психічного здоров'я. Наприклад, S. Priebe з колективом науковців досліджували психічні розлади після війни в п'яти країнах (Боснія-Герцеговина, Хорватія, Косово, Республіка Македонія та Сербія) і виявили, що потенційно травматичний досвід під час і після війни пов'язаний з вищими показниками розладів настрою і тривожністю (Priebe, et al., 2010).

Лише завдяки глибшому розумінню воєнних конфліктів і багатьох проблем психічного здоров'я, які виникають через них, можна розробити послідовні та ефективні стратегії їх вирішення. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у ситуаціях збройних конфліктів у всьому світі «у 10% людей, які пережили травматичні події, виникнуть серйозні проблеми з психічним здоров'ям, а ще в 10% розвинеться поведінка, яка перешкоджатиме їхній здатності ефективно функціонувати. Найбільш поширеними станами є депресія, тривога та психосоматичні проблеми, такі як безсоння, біль у спині та животі» (World Health Organization, 2005).

Понад два десятиліття воєнних конфліктів в Афганістані призвели до широкомасштабних людських страждань та вимушеного переміщення населення. В дослідженні, яке було проведено серед мирного населення, виявлено що 62% респондентів повідомили про переживання щонайменше чотирьох травматичних подій упродовж попередніх десяти років. Симптоми

депресії були виявлені у 67,7% респондентів, симптоми тривоги – в 72,2%, а посттравматичний стресовий розлад – у 42% (Cardozo, et al., 2004).

Є декілька досліджень щодо наслідків травм, пов'язаних із повстаннями «арабської весни» у 2010-2012 рр. Ці дослідження вивчають зв'язок симптомів ПТСР з тортурами та іншими травматичними подіями серед курдських біженців, які живуть у регіоні Курдистан, Ірак. Результати показали, що оцінені рівні симптомів посттравматичного стресового розладу були високими: від 35 до 38%. Гендерні відмінності у виникненні симптомів ПТСР не виявлені. Були значні позитивні кореляції між ПТСР і травматичними подіями та катуваннями (Amowitz, et al., 2004).

Ізраїльські вчені Крістофер Генріх та Голан Шахар, які вивчали психологічний стан підлітків у Секторі Газа, абсолютно непередбачено виявили, що підлітки, які перебували в менш постраждалих (порівняно з іншими) районах від ракетних обстрілів і водночас мали достатню соціальну підтримку, продемонстрували високі показники депресії, так само, як і ті підлітки, які зазнали сильного психотравматичного впливу під час обстрілу і не мали такої соціальної підтримки. Дослідження показало, що саме підлітки, які від природи більш схильні до депресії, потребують більшої психологічної підтримки, на відміну від своїх більш життєстійких однолітків (Henrich, Shahar, 2013).

Під час війни поступово, але неминуче змінюються ціннісні орієнтації, погляди на життя, ставлення до себе і свого життя, стосунки з оточенням. Війна руйнує базове відчуття безпеки, захищеності, передбачуваності, стабільності, стимулює зміни в життєвому процесі, самоактуалізації, які рано чи пізно відчувають учасники психотравмуючих ситуацій (Військова психологія..., 2016). Довгі страждання надихають до нового, більш глибокого усвідомлення значущих цінностей, до розуміння власної ролі у всьому, що відбувається (Титаренко, 2020). Пережиті травми можуть слугувати каталізатором позитивних змін, зміцнення і поглиблення

стосунків, переїзди життєвої позиції, виявлення сильних сторін власного характеру.

У результаті дослідження колумбійського збройного конфлікту виявлено, що серед умов підвищення психологічного благополуччя демобілізованих осіб і вимушених переселенців є прийняття пережитого досвіду, усвідомлення себе в актуальній соціальній ролі, наявність життєвого проєкту, економічна та емоційна стабільність. Саме розуміння особистістю, звідки й куди вона рухається, які плани будуватиме, яких цілей досягатиме, розширює її можливості отримати відчуття стабільності та відносної безпеки (Ugarriza, et al., 2022).

Російське вторгнення в Україну, яке почалося в лютому 2022 року є найбільшим європейським наземним наступом після Другої світової війни. Це різке загострення збройного конфлікту, що розпочався на сході України з 2014 року.

Здійснений емпіричний аналіз особливостей психологічного благополуччя студентів із західних регіонів України у період війни дав можливість виявити, що у більшості опитаних зафіксовано середній рівень благополуччя, який проявляється у цілісному, реалістичному погляді на життя, відкритості до нового досвіду, безпосередності і природності переживань. Здійснене статистичне порівняння продемонструвало, що у студентів жіночої статі значно вищі показники психологічного благополуччя у війну, ніж у чоловіків. Така тенденція спостерігається за показниками: позитивні відносини з оточуючими, особисте зростання, ціль у житті, самоприйняття (Коструба, Поліщук, 2022).

Вплив досвіду війни в Україні на психічне здоров'я підлітків здійснила група вчених з України та Фінляндії на початку російсько-української війни (Osokina et al., 2022). Підлітки з охопленої війною Донецької області мають вищий рівень травми та підвищений ризик ПТСР, тривоги і депресії, ніж підлітки з Кіровограда в центральній частині України. Вчені довели, що ненасильницька травма внаслідок війни,

включаючи вимушене переселення і втрату соціальної підтримки також підвищила ризик посттравматичного стресового розладу. Тобто, ненасильницька воєнна травма може впливати на психічне благополуччя так само, як і безпосереднє воєнне насильство. Такі самі висновки отримали і інші вчені, вивчаючи вплив війни в Сирії на психічне здоров'я (Perkins et al., 2018).

Результати дослідження групи вчених з Палестини та Канади демонструють, що приниження, спричинене конфліктом і подібними до війни умовами, є незалежною травматичною подією, яка сама по собі пов'язана з негативними наслідками для здоров'я, незалежно від впливу інших насильницьких/травматичних подій. На основі цих висновків вчені пропонують включити приниження як індикатор стану психічного здоров'я в дослідженнях, які вивчають наслідки війни та конфліктів для здоров'я населення (Giasaman et al., 2007).

Травма, пов'язана з вимушеним переміщенням, має психосоціальний вплив не лише на людину, але й на сім'ю, громади та суспільство в цілому. На сімейному рівні це може включати динаміку неповних сімей, брак довіри між членами та зміни у важливих відносинах і практиці виховання дітей. На рівні спільноти, як правило, вимушені переселенці є більш залежними, пасивними, мовчазними, без лідерства, недовірливими та підозріливими (Theisen-Womersley, 2021). Існують дослідження, які свідчать про те, що психічні розлади, як правило, дуже поширені серед біженців війни через багато років після переселення. Цей підвищений ризик може бути не лише наслідком впливу травми під час війни, але також може залежати від постміграційних соціально-економічних факторів (Bogic et al., 2015).

Доведено, що навіть сам страх війни здатен викликати затяжні тривогу та депресію. Такі дані були отримані дослідниками у Німеччині, у травні 2022 року (третій місяць повномасштабної війни росії проти України). Війна в Україні є безпрецедентною і викликає страх поширення

цієї війни на територію інших Європейських держав, що має значний вплив на психічне здоров'я німецького населення (Hajek et al., 2022).

Вплив війни, проживання в зонах конфлікту, втеча та вимушена міграція може створити або збільшити ризик для широких наслідків для фізичного і психічного здоров'я, особливо це стосується дітей та осіб, які їх доглядають, що позбавляє дітей можливостей розвитку і основних ресурсів. Вплив на здоров'я дітей є результатом фактичного насильства, що проявляється від неналежного медичного обслуговування, недоїдання, інфекційних захворювань, та страждання, заподіяні їхнім родинам (Goldson, 1996; Kadir et al., 2019).

Діти, які зазнали війни та вимушеного переселення, демонструють широкий спектр можливих реакцій на дистрес і стрес, наприклад специфічні страхи, залежна поведінка, тривалий плач, відсутність інтересу до оточення, психосоматичні симптоми, а також агресивна поведінка (Pfeiffer et al., 2019; Shaw, 2003). Дитячі ігри також можуть постраждати, наприклад, через появу хворобливих тем, обмеження у фантазійних іграх і соціальну ізоляцію (Sloane, Mann, 2016). Важливо розуміти, що кожен випадок індивідуальний та важливо як кожна дитина суб'єктивно сприймає, оцінює, інтерпретує свій досвід війни. Таким чином, можуть бути величезні відмінності в реакціях дітей на стрес. Відмінності у реакціях на стрес потрібно розглядати у контексті соціально-емоційного та когнітивного розвитку дитини (Joshi, O'Donnell, 2003).

Примусове переселення навантажує психіку підлітків додатковими стресорами, включаючи розлучення з близькими людьми, однолітками, соціально-економічними незручностями, а потім труднощі адаптації на новому місці. Дослідники вимушених переселенців звертають увагу на схильність до насильства як на верифікований фактор ризику погіршення психічного здоров'я (Reed et al., 2012). Підлітки можуть бути обтяжені проблемами викликаними змінами в сімейній динаміці, наприклад турботою про молодших братів і сестер, які психологічно чи фізично

постраждали, а також пошкодженням майна, бідністю, закриттям школи, що може мати додатковий ефект і відповідно більшу схильність до тривоги та депресії (Silwal et al., 2022).

Американська психологиня R. M. Lijtmaer займалась дослідженням зв'язку між травмою, трауром і ностальгією у вимушених мігрантів. Авторка пояснює взаємозв'язок цих феноменів через термін оплакування, який вимушені мігранти здійснюють адаптивно чи деструктивно. Хоча переважаючою тенденцією в літературі є вимушена міграція як психологічно шкідливий процес, травматична подія. Однак, на думку R. M. Lijtmaer, досвід імміграції та вигнання також може зміцнити характер і стійкість: людина змушена стати більш гнучкою та толерантною (Lijtmaer, 2022).

Втеча з країни в пошуках безпеки є надзвичайно стресовою подією. Вимушені мігранти відчують розпач і сподіваються знайти безпеку та роботу. Умови на їхній батьківщині роблять її небезпечною або непридатною для життя, і вони пересуваються через кордони в пошуках безпеки. Вони можуть прибути на кордон без гарантій працевлаштування, без грошей на житло та без додаткових ресурсів. Більшість пропонованих робочих місць для вимушених мігрантів – це некваліфікована фізична праця. Усі вони пережили втрату: втрату членів родини, втрату домівки та втрату країни. Коли вимушені мігранти прибувають на кордон, вони потребують психологічної підтримки і на додаток до фінансових потреб (Hinton et al., 2005).

Безсумнівно, населення в умовах війни має отримувати психологічну підтримку як частину загального процесу надання допомоги, реабілітації та відновлення. Досвід минулих світових воєн та локальних конфліктів у 20-21 століттях, показав, що крім переможців і тих, хто програв у війнах, існує, як мінімум, ще одна категорія осіб – люди, психіка яких травмована внаслідок бойових дій і потребує лікування, тривалої психологічної допомоги. Ігнорування цієї проблеми може стати причиною збільшення кількості

самогубств, а також кількості осіб, схильних до азартних ігор, алкоголізму, вживання наркотиків та інших видів девіантної поведінки серед військових та цивільного населення. Стресові події високої інтенсивності під час війни з супутніми стресовими факторами призводять до різкого зниження рівня життєстійкості та погіршення психічного здоров'я. Це вимагає інноваційних підходів до надання професійної допомоги та підтримки людям, які постраждали внаслідок війни, із застосуванням відповідних заходів, прийомів і стратегій.

6.2. Психічне здоров'я військовослужбовців

Дослідження військової травми ідентифікують як потенційно травматичні події бойові дії, вбивства, моральні дилеми, спостереження за стражданнями людей, поранення тощо впливають на психічне здоров'я солдата (Clancy et al., 2006; Currier et al., 2015; Nash et al., 2013).

Дослідження з питань психічного здоров'я демонструє високі показники ПТСР серед ветеранів. Крім того, в літературі підкреслюється тривожний взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом і підвищеними ризиками для ветеранів фізичних проблем зі здоров'ям, вживання/зловживання психоактивними речовинами, самогубства, бездомності та агресії/насильства (Oster et al., 2017). Проте дослідження психічного здоров'я військових частіше концентрують увагу на ПТСР. Проте, колишні військові часто відчують ряд проблем психічного здоров'я на додаток до посттравматичного стресового розладу, зокрема тривожність і депресію, а також супутні проблеми психічного здоров'я. Так, у огляді депресії у ветеранів війни в Перській затоці науковці стверджують «реальність така, що депресія часто ігнорується в дослідженнях психічного здоров'я ветеранів, які, як правило, зосереджуються на ПТСР» (Blore et al., 2015: 1577). Те саме можна сказати про тривогу та інші проблеми з

психічним здоров'ям, що демонструє необхідність таких досліджень у загальній популяції ветеранів, а також порівняння показників між ветеранами та цивільним населенням.

Загалом, військовослужбовці стикаються з низкою стресових факторів навколишнього середовища (включаючи спеку, холод і висоту тощо) можуть мати наслідки для когнітивних процесів, включаючи увагу та оперативну пам'ять (Martin et al., 2019). Також існують наукові розвідки, що пов'язують когнітивну продуктивність із фізіологічними змінами, такими як фізична втома, депривація сну, харчування та аеробна підготовка (Martin et al., 2020). Здійснений ґрунтовний огляд поглядів науковців на вплив стресу на психічне здоров'я підкреслюють, що спричинені стресом зміни в когнітивній діяльності можуть бути спочатку виявлені через зниження продуктивності та ефективності виконання професійних завдань військовослужбовцями (Flood, Keegan, 2022).

Дослідження специфіки стресових факторів, які відчують під час військових операцій дало можливість науковцям визначити шість основних вимірів стресу, які були вивчені на військовослужбовцях США. Серед них ізольованість, двозначність, безсилля, нудьга та небезпека, а також робоче навантаження. Ці шість аспектів охоплюють цілий ряд специфічних стресових факторів, про які повідомляють військовослужбовці, включаючи розлуку з родиною та друзями (ізоляція), змінний характер місії (невизначеність), нездатність вплинути на зміни, що відбуваються вдома (безсилля), повторювана робота (нудьга), ризик поранення або смерті (небезпека) і висока частота розгортання, ненормований робочий час (робоче навантаження). Виявлені стресори були зібрані за допомогою вимірювань самозвіту (Bartone, 2006).

Специфічні стресори, характерні для військових, часто виникають у формі бойового стресу, тобто особливої вимоги вжити, діяти таким чином, що це несе пряму загрозу життю іншої людини, або навіть ризику втратити власне життя. Як такий, бойовий стрес може бути наслідком низки

стресорів, включаючи вплив подій, що загрожують життю, з ризиком поранення та смерті інших. В опитуванні військовослужбовців армії США, дислокованих в Іраку, майже всі повідомляють, що в них стріляли (93%) або вони бачили мертві тіла чи людські останки (95%) (Hoge et al., 2004). Подібні висновки були виявлені на австралійській військовій вибірці, які теж сповіщали про загрозу поранення або смерті, сприйняття мертвих тіл, смерть друга чи колеги та дії, які спричиняють смерть чи поранення іншим, усе це зазначено як потенційно травматичні події, які пережили австралійські військові у межах миротворчих місій (Hawthorne et al., 2014).

Сучасна війна з розвиненими технологіями і можливостями передбачає постійну загрозу та непередбачувані дії (наприклад, ракетні атаки). Раніше вважалося, що найбільшою групою ризику для прояву негативних наслідків для психічного здоров'я це військовослужбовці з так званої «передової». Наразі вважається, що сучасна війна залишає весь військовий персонал під постійною загрозою атаки (Mastroianni et al., 2008). Також науковці наголошують, що перебування в стані «постійного конфлікту» (Casey, 2011) мають значний вплив на психічне здоров'я військових. Наслідки для здоров'я цього хронічного психологічного стресу демонструють високими показниками посттравматичного стресового розладу у військових. Такі результати отримані на вибірці військових, які повертаються з Іраку та Афганістану (Hoge et al., 2004). Потенційно це загрожує і військовослужбовцям в Україні, адже постійне сусідство з росією передбачатиме постійний стан конфлікту.

Удосконалення технологій також принесло значні результати зміни в сучасному військовому бою. Про це свідчить, зокрема, збільшення використання безпілотних літальних апаратів (БПЛА), які знімають загрозу фізичної шкоди пілоту. Проте, останні дослідження показують, що пілоти БПЛА відчують високий рівень психологічного стресу (Armour and Ross, 2017; Chara, 2017).

Військова служба може зіткнутися з досвідом, який підриває їхнє основне почуття людяності та порушує глобальні цінності та переконання. Подібні переживання підвищують ризик посттравматичної дезадаптації в цій популяції, навіть якщо взяти до уваги рівні травм, які загрожують життю. Моральна шкода є новою конструкцією для більш повного охоплення багатьох можливих психологічних, етичних і духовних/екзистенційних викликів серед людей, які служили в сучасних війнах, та інших професійних груп, які постраждали від травм (Currier et al., 2015). В Україні у зв'язку з масштабною війною теж актуальною є розробка нових та адаптація для україномовної аудиторії методик дослідження моральної травми. Перші такі сучасні розробки уже опубліковано українськими науковцями (Засєкіна, & Козігора, 2022).

Важливість так званих «суб'єктивних» воєнних стресорів (вороже оточення, уявна загроза та моральна шкода) на важкість психологічних наслідків бойового досвіду вивчали Н. Lee, С. М. Aldwin, S. Kang. Науковці стверджують, що вороже середовище є найсильнішим провісником важких психологічних наслідків участі у війні. Крім того, моральна шкода була незалежно пов'язана з симптомами посттравматичного стресового розладу, тоді як уявна загроза була незначно пов'язана з симптомами депресії та тривоги (Lee et al., 2022).

Група дослідників вивчала вплив довоєнного травматичного досвіду на розвиток ПТСР у військовослужбовців. Результати свідчать про те, що кілька змінних, у тому числі вік, більший бойовий вплив, довоєнні та післявоєнні травми, пов'язані з посиленням симптомів ПТСР. Цей висновок підкреслює важливість проведення ретельної оцінки травми при діагностиці ПТСР (Clancy et al., 2006).

Причини та наслідки посттравматичних стресових розладів у військових ветеранів були предметом багатьох літературних досліджень протягом кількох років, і є багато відомих факторів, окрім фактичного досвіду бойових дій, які можуть сприяти або сприяти певному ветерану,

який страждає на посттравматичний стресовий розлад, або навіть захищати від такого виникнення. Наприклад, M. D. Nevarez з групою вчених (2017) виявили, що товариські стосунки з товаришами по службі значною мірою знижують ризик післябойового ПТСР. Очевидне питання, яке виникає в результаті цього дослідження, стосується потенційно посиленої травми, коли вбивають близького товариша. N. M. Simon з групою вчених (2018) виявили високий збіг посттравматичного стресового розладу та складного горя (Charney et al., 2018) у військовослужбовців, коли товариш був убитий. Складне горе також може бути частиною етіології посттравматичного стресового розладу, створюючи додаткові стресори (Iversen et al., 2008) і, як відомо, становить значний ризик самогубства (Latham & Prigerson, 2004).

Американські вчені проаналізували типи подій, які ветерани сприймають як моральну травму. У результаті науковці виокремлюють дві категорії подій, які ймовірно завдають моральної травми. Дві категорії були визначені основним розподілом відповідальності за подію: особиста відповідальність (повідомлення ветерана про дистрес пов'язане з його власною поведінкою) проти відповідальності інших (страждання ветерана пов'язане з діями інших) (Schorr et al., 2018). Обидві форми моральної травми погіршують здатність до віри та підвищують рівень відчаю, схильність до самогубства та міжособистісного насильства (Shay, 2014).

Окрім втрат, сучасна війна створює багато ситуацій, які є морально неоднозначними, коли рішення діяти потрібно приймати у режимі дефіциту часу для свідомих роздумів і з недостатньою інформацією про їх «правильність». Іноді солдат змушений діяти, навіть не знаючи, хто є ворогом, який може ховатися серед невинних невоюючих осіб. Тому не дивно, що люди вчиняють дії, які суперечать їхньому особистому моральному кодексу (Molendijk, 2019; Schorr et al., 2018), що потенційно є причиною появи психологічних симптомів, подібних до симптомів посттравматичного стресового розладу (Williamson et al., 2019). Ці симптоми спільно відомі як моральна травма, де переважаючою емоцією є

почуття провини, яке може мати серйозні наслідки для відновлення психічного здоров'я ветеранів (Currier et al., 2019) і може сприяти етіології ПТСР (Koenig et al., 2020).

Другий тип моральної шкоди, коли людину зрадили або поводитися з нею таким чином, що порушує її уявлення про «те, що є правильним», часто командуванням. Така зрада може приймати різні форми: недостатнє спорядження, завдання захищати або атакувати об'єкт, який має невелику стратегічну чи тактичну цінність або особа опинилася в такому положенні, коли вона не змогла врятувати товариша (Shay, 2014). Переважна емоція, викликана такою моральною травмою, — це гнів, який може бути причиною насильства, яке часто демонструють ветерани з ПТСР (Elbogen et al., 2014).

Бойова травма, складне горе та моральна шкода окремо мають значний вплив на психічне здоров'я (Lee et al., 2020). Однак вони потенційно взаємодіють один з одним, що призводить до складної патології, яка, ймовірно, є унікальною для ветеранів, які повертаються: складне горе та моральна травма можуть сприяти етіології ПТСР; ПТСР і моральна шкода є важливими факторами, що спричиняють тривалість тривожного або непрацездатного горя після смерті товариша; складне горе і посттравматичний стресовий розлад можуть сприяти розвитку почуттів провини чи гніву, що виникають через моральну травму (Jones, 2020; Shay, 2014; Simon et al., 2018). Ці складні взаємодії потенційно мають серйозні наслідки для лікування після бойової травми, ускладненого горя і відновлення цивільного функціонування в житті після звільнення (Koenig et al., 2008).

Дослідження S. Hall спрямоване на аналіз взаємозв'язку між травмою, горем і моральною травмою розкриває подвійну їхню взаємодію. По-перше, гнів, часто інтенсивний і тривалий у ветеранів, є спільною рисою всіх трьох станів. Однак гнів є кумулятивним і, можливо, має великий вплив на результати одужання для кожного з трьох, навіть якщо його джерелом є хтось із інших. По-друге, тривожні емоції, пов'язані з усіма трьома станами,

призводять до різного ступеня уникнення, а уникнення тривожних емоцій, пов'язаних з одним станом, може призвести до того, що людина відмовиться говорити про будь-яке з них. Це явно впливає на ймовірність одужання (Hall, 2023).

Науковці також наголошують на важливості соціальної підтримки для військових, які повертаються до цивільного життя (Frank et al., 2022). Доведено, що пряме зосередження на соціальній реінтеграції та залученні, психосоціальному функціонуванні, зміцненні довіри, підтримці однолітків, груповій згуртованості та розширенні можливостей через відчуття мети та навчання новим навичкам може пом'якшити досвід самотності та соціальну ізоляцію ветеранів із ПТСР (Gettings et al., 2022).

Невирішене почуття провини, пов'язане з травмою, було визначено як фактор, який може посилити симптоматику посттравматичного стресового розладу і пов'язане з багатьма негативними наслідками для психічного здоров'я. Показано, що методи лікування, засновані на доказах, такі як терапія когнітивної обробки (СРТ), успішно зменшують почуття провини, пов'язане з травмою (Meade et al., 2022).

Ветерани та військовослужбовці часто внаслідок поранень страждають від хронічного болю і частіше відчують сильний біль порівняно з цивільними (Nahin, 2017). Як стверджує S. T. Doyle, протягом останнього десятиліття зросло усвідомлення високого рівня самогубств серед ветеранів Збройних сил Сполучених Штатів. Самогубство є лише найбільш помітним аспектом комплексу проблем психічного здоров'я, з якими стикаються покоління ветеранів війни (Doyle, 2022).

Хронічні болі у супроводі з проблемами з психічним здоров'ям пов'язані з погіршенням самопочуття, вживанням опіоїдів та самогубством (Knaster et al., 2012; Racine, 2017). З'являється все більше досліджень про зв'язок між болем і самогубством, які стверджують, що біль пов'язаний із вищими показниками суїцидальних думок, плануванням, спробами і смертю протягом життя (Calati et al., 2015). Больові стани, такі як біль у спині,

мігрень і психогенний біль, пов'язані з підвищеним ризиком суїциду навіть після врахування демографічних показників, медичної супутньої патології та психічного здоров'я (Ilgen et al., 2013). Дослідження проведені безпосередньо на ветеранах війни виявили, що інтенсивність болю від помірної до сильної пов'язана з підвищеним ризиком спроб суїциду, повторних спроб, та смерті внаслідок самогубства (Ashrafioun et al., 2019).

Загалом, хронічний біль сам по собі, незалежно від типу, є важливим незалежним фактором ризику суїцидальності. Також проблеми зі сном, погіршення сприйняття психічного здоров'я, одночасні хронічні больові стани та більш часті епізоди періодичного болю були визнані провісниками суїцидальності. Також дослідники виявили, що нові психосоціальні чинники (наприклад, безнадія, уявлення, що обтяжуєш чиєсь життя і зруйновані соціальні зв'язки), пов'язані з схильністю до суїцидальності (Racine, 2018). Велику кількість цих факторів можна змінити за допомогою цілеспрямованого втручання, що підкреслює важливість комплексної оцінки пацієнтів із хронічним болем.

6.3. Психологічна підтримка та розвиток психологічної стійкості в умовах військових дій

Американські науковці M.C. Russell та C. Figley визначають кризу психічного здоров'я під час війни як подію в галузі охорони здоров'я, коли «попит на психічне здоров'я військового населення явно перевищує можливості системи психічного здоров'я забезпечити належний доступ до своєчасних, ефективних послуг психічного здоров'я та соціальної підтримки під час та/або після періоду війни, що призвело до ескалації незадоволених потреб, що ставить під загрозу здоров'я та безпеку великої кількості окремих членів, сімей і суспільства» (Russell, Figley, 2021:6).

На думку науковців уникнення таких криз психічного здоров'я залежить від вивчення та застосування наступних кроків:

1. Війна неминуче спричиняє певний спектр травм для психічного здоров'я, викликаних воєнним стресом.

2. Адекватне дослідження, планування та підготовка необхідні під час війни та миру.

3. Обов'язковим є великий штат добре підготовлених спеціалістів із психічного здоров'я.

4. Цілісний підхід громадської охорони здоров'я до травм, викликаних воєнним стресом, вимагає тісної співпраці з приватним сектором, а також повного паритету між медичними службами та службами психічного здоров'я.

5. Ефективні служби охорони психічного здоров'я вимагають уповноваженого керівництва незалежною, об'єднаною організаційною структурою (наприклад, «Корпус поведінкового здоров'я»), що забезпечує інтегровану, добре скоординовану безперервність догляду, рівну медичним послугам.

6. Усунення стигматизації щодо психічного здоров'я, бар'єрів у догляді та невідповідності є пріоритетним питанням керівництва на всіх рівнях, що безпосередньо впливає на індивідуальну, сімейну та військову готовність.

7. Забезпечте легкий доступ до високоякісних послуг у сфері психічного здоров'я, включаючи психологічний супровід до військової служби або звільнення з неї.

8. Сім'ї повинні отримувати адекватну психіатричну та соціальну підтримку під час і після військової служби.

9. Точний, регулярний моніторинг і звітність мають вирішальне значення для своєчасного та ефективного управління потребами психічного здоров'я.

10. Надійна спеціальна політика та програми «здобутих уроків» у сфері психічного здоров'я є невід'ємною частиною задоволення поточних і майбутніх потреб для запобігання криз (Russell, Figley, 2021).

У цьому розділі ми коротко розглянемо можливості психологічної підтримки та розвитку психологічної стійкості населення та військових в умовах військових дій.

Психологічна стійкість у наукових дослідженнях зазвичай розглядається як така, що включає два компоненти: несприятливі обставини та позитивну адаптацію. Відповідно, науковці визначають стійкість як процес демонстрації «позитивної адаптації, незважаючи на досвід значних труднощів або травми» (Luthar and Cicchetti, 2000: 858). Стійкість також може бути визначена як риса, що позначає певні особисті якості, які дозволяють людині позитивно адаптуватися до вимог середовища (Fletcher and Sarkar, 2012). У військових умовах вчені (Mastroianni et al., 2008: 43) часто спираються на трансакційну теорію стресу Лазаруса та Фолкмана (Lazarus, Folkman, 1984), визначаючи стійкість як «взаємодію між окремими людьми та їх середовищем, що призводить до досягнення та підтримки ефективного здоров'я та продуктивності під час стресу». У всіх випадках цей інтерес до стійкості як до особистої сили означає відхід від вивчення факторів ризику, пов'язаних із проблемними або дисфункціональними наслідками (Fergus and Zimmerman, 2005). Когнітивну стійкість було визначено (Staal et al., 2008: 260) як «здатність долати негативні наслідки невдач і пов'язаного з ними стресу на когнітивні функції чи продуктивність».

Існує високий ступінь інтересу до когнітивної стійкості в науковій літературі, яка вивчає стійкість широкого спектру когнітивних процесів проти наслідків стресу в різних групах населення. Концепція когнітивної стійкості також застосовувалася для оцінки впливу унікальних стресових факторів, які відчуває військовослужбовець, на когнітивне функціонування (Hansen et al., 2009; Taverniers et al., 2011). Тому когнітивна стійкість

важлива в багатьох ситуаціях. У військових умовах успішна когнітивна продуктивність під час стресу має значні наслідки.

Кілька методів підвищення когнітивної стійкості у військових був розглянутий у роботах науковців (Staal et al., 2008), в тому числі використання методів поетапного навчання (Keinan et al., 1990). Втручання з уважності можуть зменшити реакцію на психологічний стрес (Baer et al., 2012). Фізична підготовка, особливо в завданнях, що вимагають регулювання зусиль і темпу (тобто на витривалість) також показала перспективу як спосіб формування когнітивної стійкості до наслідків розумової втоми (Filipas et al., 2020).

Подібним чином технологія віртуальної реальності (VR) використовувалася у військових навчальних середовищах для тренування когнітивної стійкості до стресу. Найчастіше технологія VR поєднується з когнітивно-поведінковою терапією як інструментом для поступового та безпечного піддавання військового персоналу, який страждає на ПТСР, до стимулів, що провокують тривогу, щоб могла відбутися терапевтична когнітивна переорієнтація (Rizzo et al., 2011; Seitz et al., 2014). Однак технологію VR також було «переобладнано» для використання під час навчання перед бойовим досвідом. Технологія VR була використана для представлення віртуальних сценаріїв, що викликають стрес, для стимулювання адаптаційних реакцій у військовослужбовців (Binsch et al., 2021). Наприклад, у проекті «Стійкість до стресів у віртуальних середовищах» (STRIVE) віртуальні середовища, що зображують сценарії бойових дій в Іраку та Афганістані, використовуються для полегшення адаптивного подолання та тренування процесів когнітивної оцінки, щоб вони були орієнтовані на оцінювання викликів, а не загроз (Wiederhold and Wiederhold, 2008; Buckwalter et al., 2012). Тому, діючи на оцінку стресу та зменшуючи вплив стресу на результативність, навчання стресу на основі віртуальної реальності може впливати на когнітивну стійкість. VR

представляє чудову можливість покращити психологічну та пізнавальну готовність військовослужбовців.

Багато науковців обґрунтовують ефективність та важливість впровадження моделі підтримки рівних, які вже давно широко використовуються у програмах одужання від психічних захворювань і залежності, демонструючи значні переваги для тих, хто має серйозні проблеми з психічним здоров'ям, крім традиційного лікування (Chinman et al., 2014). Існують докази того, що підтримка з боку рівних допомагає відновитися від горя широкому колу людей, які пережили раптову та травматичну смерть. На сьогоднішній день існує багато досліджень, які вивчали переваги підтримки рівних для тих, хто пережив втрату (Bartone et al., 2019). Науковці також виявили, що серед переваг підтримки рівних можна виокремити надію, породжену позитивним саморозкриттям і рольовим моделюванням, а також довіру, розуміння і співчуття між людьми у системі такої підтримки (Davidson et al., 2012). Термін «наставник-рівний» також використовується і, як правило, описує програми довготермінового характеру, але де також є взаємний ефект «надання та отримання допомоги, заснованої на ключових принципах поваги, спільної відповідальності та взаємної згоди що є корисним» (Mead et al., 2001: 135), враховуючи спільний «живий досвід» людей, які підтримують або наставників і тих, хто потребує підтримки.

Група вчених із США наголошує на дієвості такого методу психологічної підтримки, особливо при наявності суїцидальних намірів, у тому числі і у військових. Завдяки цьому досвіду участі з використанням моделі підтримки рівного, люди, які уже мали спроби самогубства можуть віднайти глибоке відчуття причетності, бути зрозумілим і вільно підійти до своїх хворобливих емоцій. Контекст підтримки, досвіду та перевірки менторів, яка допомагає їм досліджувати нову інтерпретацію свого травматичного досвіду, дає їм простір для створення нових наративів, нових

цілей, нових надій і прагнень. Це не ілюзорність чи «пошук» вигоди, а глибокі зміни, які сигналізують про зростання (Moore et al., 2022).

Багато науковців стверджує, що для підтримки психічного здоров'я та попередження виникнення моральної травми обов'язково військових під час професійної діяльності має супроводжувати капелан. Адже релігія, як правило, корисна для психічного здоров'я (Коструба, 2020). Саме військовий капелан є найбільш ефективним провідником для збереження існуючої концепції реальності, з опорою на власні семантичні коди, та інтеграції нового, конфронтаційного досвіду для військовослужбовців у екстремальних умовах (Коструба, Жигайло, 2022). Капелани (або ті, хто має інше подібне звання) протягом тисячоліть добровільно служили разом із громадськими організаціями чи державними військовими силами або були професійно найняті в них, приділяючи особливу увагу турботі про тих, хто страждає під час та після жорстокості війни (Verkamp 2006). Історично розвиваючись, професія капелана унікально надає спеціалізовану підтримку тим, хто стикається з моральною травмою.

Робота військових капеланів має здійснювались разом з іншими медичними працівниками. М. Яacob стверджує, що «лікування моральної шкоди є духовною/емоційною процедурою», відповідно це у сфері впливу капеланів реалізовувати підтримку у мінімізації такої шкоди (Jacob, 2013). Інші науковці при дослідженні духовних страждань військових ветеранів наприкінці життя зазначають, що «оскільки духовні страждання зазвичай проявляються такими психологічними симптомами, як посттравматичний стресовий розлад, спеціалісти з психічного здоров'я часто не помічають їх» (Chang et al., 2015). Науковці стверджують, що враховуючи історичні та поточні масштаби ролі капеланів, а також досвід і їхні знання, було б доцільно, щоб інші медичні працівники тісно співпрацювали з капеланами, щоб допомогти військовослужбовцям і ветеранам, які можливо зазнали моральної травми (Carey et al., 2016).

ВИСНОВКИ

Здійснений теоретичний аналіз українських й зарубіжних наукових праць засвідчив, що сьогодні не існує спільної думки щодо розуміння поняття психічного здоров'я. Ми у своїй роботі визначаємо психічне здоров'я як стан психологічного благополуччя, який має багато чинників (здатність до емоційної регуляції, гнучкість мислення, соціальне благополуччя тощо). Науковці сперечаються щодо ключових чи провідних складових психічного здоров'я. Наукові дослідження Т. Allen, L. Barber, R. Cao, J.M. Fegert, G.L. Flett, M.J. Heisel, L. Liang, P.L. Plener, H. Ren, R.R. Sinclair, B. Vitiello стверджують про значний вплив пандемії на психічне здоров'я особистості (тривога, депресія, фобії тощо). А саме стресовими чинниками є соціальні обмеження, економічні проблеми, відсутність якісного лікування і гарантій щодо видужання від хвороби. Сила негативних психологічних наслідків залежить від багатьох особистісних особливостей від світогляду і мислення до поведінкових стратегій подолання стресу.

Більшість науковців розглядають психотравму як емоційну реакцію на тривожну подію. Не усі люди, які пережили потенційно травматичну подію, насправді отримують психологічну травму, але більшість безумовно можуть відчувати стрес. Тому пропонуємо детально розглянути особливості впливу травматичного досвіду на психічне здоров'я особистості. Багато дослідників притримуються спільної думки, яка підтверджена результатами досліджень, що пандемія COVID-19 негативно впливає на психологічний стан людей, викликаючи симптоми депресії, тривоги тощо.

Емпіричний аналіз особливостей психічного здоров'я студентів у період пандемії продемонстрував, що більшість опитаних орієнтовані на гедонічне теперішнє та позитивне минуле. Молодь навіть в умовах пандемії намагається насолоджуватися життям, жити сьогоднішнім. Проте соціальна

ізоляція та постійна невизначеність стала причиною відсутності схильності складати плани на майбутнє. Домінуючі цінності у студентів у період пандемії це самостійність та безпека, що теж може бути наслідком страху захворіти. Більшість молоді частково чи повністю задоволені умовами і змістом своєї життєдіяльності. Проте, багато студентів демонструють незадоволеність власним життям, тобто хотіли б змінити деякі його аспекти. Ставлення до життєвого досвіду у більшості опитаних не визначене, окремі події тільки репрезентується та не осмислюється. Більшість молоді демонструють середній рівень стабільності психічного здоров'я, при цьому багато опитаних мають низький рівень соціального благополуччя, що може бути прямим проявом вимушеної соціальної ізоляції та пандемічних обмежень.

Порівняння характеристик двох груп досліджуваних, а саме студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії дозволило виявити ряд відмінностей. Загалом молодь, яка має досвід хвороби у пандемії більшою мірою думає про минуле та теперішнє, проте оцінюючи його частіше негативно. Група опитаних, що не хворіла у пандемію більшою мірою задоволена життям, ніж студенти із досвідом хвороби. Нейтральне ставлення або ж абсолютна незадоволеність життям зафіксована лише у групі студентів, що перехворіли у пандемію. Група опитаних, що перехворіла у пандемію частіше демонструє не визначене ставлення до досвіду, який тільки репрезентується в основному на рівні поведінки, не переживається і не інтерпретується. Група респондентів, що не хворіли у період пандемії частіше демонструє позитивну чи негативну інтерпретацію та опис життєвих подій. Група респондентів, що не хворіла у пандемію демонструє вищі показники стабільності психічного здоров'я, ніж досліджувані із досвідом хвороби. Така ж тенденція проявляється при аналізі шкал соціального та психологічного благополуччя. Здійснений аналіз відмінностей у показниках психічного здоров'я між двома групами студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії з

використанням процедури знаходження відмінностей у розподілі оцінок дав можливість виявити статистично значимі відмінності за двома показниками: ставлення до власного досвіду (вид автонаративу) та психологічне благополуччя як складова стабільності психічного здоров'я. Так, особистості без досвіду хвороби у пандемію схильні описувати свій досвід емоційно-позитивно, осмислювати його, надавати йому нових сенсів, вони приймають і описують свою історію та життєві зміни. Тоді як опитані, які хворіли у пандемію, частіше описують свій досвід негативно, не приймаючи його, витісняючи свої проблеми. Студенти без досвіду хвороби характеризуються психологічним благополуччям, стійкістю психічного здоров'я, що проявляється у відчутті щастя, цікавості та задоволенні від життя. Натомість респонденти з досвідом хвороби у пандемію демонструють протилежні характеристики.

Дослідження особливостей домінуючих станів дає можливість стверджувати, що домінантними емоціями для опитаних виявилися емоції радості та інтересу та подиву. Для усієї вибірки найбільшим за значенням є індекс позитивних емоцій, що передбачає помірний рівень позитивних емоційних переживань опитаних до наявної життєвої ситуації. Індeksi гострих негативних та тривожно-депресивних емоцій теж виражені на помірному рівні. У переважній більшості досліджуваних зафіксовано амбівалентні наративи, що проявляється у відсутності ставлення до власного досвіду, точніше, це ставлення ще не визначене, події репрезентуються на рівні поведінки та дій опитаних. Отримані результати демонструють, що для багатьох респондентів досвід пандемії має ознаки травматичної події, серед думок найбільш поширеними є негативні думки про себе та самозвинувачення. Більшість опитаних володіють високим потенціалом посттравматичного зростання, найбільш схильні до пошуку нових можливостей, підвищення цінності життя та опору на силу особистості як ресурси психологічного відновлення. Для більшості студентів характерні адаптивні емоційні копінг-стратегії як стан з активним

обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.

Здійснене порівняння особливостей психологічних наслідків у студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії продемонструвало ряд суттєвих відмінностей. Група осіб, що перехворіла у пандемію описують свій досвід амбівалентно, демонструють когніції на рівні травми, а також більш адаптивні емоційні та дезадаптивні поведінкові копінг-стратегії. Без досвіду хвороби респонденти частіше описують свій досвід позитивно, демонструють думки на рівні відсутності травми, застосовують більш адаптивні поведінкові та когнітивні стратегії подолання. Здійснений емпіричний аналіз відмінностей психологічних наслідків у студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії дав можливість виявити ряд статистично значимих відмінностей, серед яких найсуттєвіші стосуються типів опису досвіду, негативні думки про себе та адаптивність поведінкових копінг-стратегій. Тобто опитані без досвіду хвороби описують свій досвід емоційно-позитивно та не схильні до румінації негативних думок про себе, у порівнянні з групою досліджуваних, що перенесли коронавірусну хворобу.

Здійснений теоретичний та емпіричний аналіз продемонстрував необхідність розробки програми підтримки психічного здоров'я молоді в умовах кризи та вимушених пандемічних обмежень. Програма спрямована на підтримку психічного здоров'я та психологічного благополуччя шляхом інформування та розвитку усіх її складників (вимірів): 1. мотиваційного (мотивація до успіху та цілепокладання); 2. афективного (зменшення тривожності та емоційна стійкість); 3. раціонального (позитивне та конструктивне мислення); 4. соціального (впевненість у міжособистісній взаємодії); 5. духовного (самоповага та самооцінка). Програма складається із 5 занять по 2:00-2:30 години.

Здійснено теоретичний огляд проблеми психічного здоров'я військових та цивільного населення в умовах війни як кризової ситуації. Наведено напрямки психологічної підтримки таких умовах.

Перспективи дослідження вбачаємо у подальшому вивченні психічного здоров'я молоді у період кризи та здійснити апробацію запропонованою програми підтримки психічного здоров'я та благополуччя з метою її покращення та розширення. А також важливим напрямком роботи є розробка та впровадження програми психологічного супроводу цивільного та військового населення після завершення війни, що має містити засоби та техніки психологічного відновлення та реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. (2016). К.: КНУ ім. Тараса Шевченка.
2. Галецька, І., Сосновський, Т. (2006). *Психологія здоров'я: теорія і практика*. Львів: ЛНУ ім. І. Франка.
3. Дзвоник, Г.П. (2016). Роль емоційної стійкості в професійному самоздійсненні фахівця. *Актуальні проблеми психології*, 5 (16), 24–29.
4. Засєкіна, Л., & Козігора, М. (2022). Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. *Психологічні перспективи*, (39), 139–152. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-zas>
5. Зливков, В.Л., Лукомська, С.О., Федан, О.В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка.
6. Колісник, О. П. (2015). Духовний саморозвиток особистості : монографія. Луцьк : ПП Іванюк В.П.
7. Коструба , Н., & Поліщук , З. (2022). Психологічне благополуччя студентів у період війни: емпіричний аналіз. *Психологічні перспективи*, (40), 51–61. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-kos>
8. Коструба Н. С. (2021). Турбота про психічне здоров'я у період пандемії: духовна підтримка церкви. *Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності : матеріали VIII Наук.-практ. інтернет-конф. (з міжнар.участ.) (10-12 грудня. 2021 р.) = Materials of VIII-th Scientific and Practical Internet Conference (with international participation) (December 10-12, 2021) / за заг. ред. Я.О. Гошовського, Ж.П. Вірної, Д.Т. Гошовської, Н. К. Вічалковської, О.Є. Іванашко. (С.186-189). Луцьк : ПП*

Іванюк В. П.

9. Коструба, Н. (2020). Психічне здоров'я і релігія: роль душпастирської опіки у медичних закладах. *Теорія і практика сучасної психології*, 1(1), 112-117. <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-1.21>

10. Коструба, Н. (2022). Роль релігійності як підтримки психологічного відновлення особистості в пандемію COVID. *«Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості»: матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції (7-8 квітня 2022 року)* (с. 77-81). Луцьк: Вежа-Друк.

11. Коструба, Н. С. (2021). Турбота про психічне здоров'я у період пандемії: духовна підтримка церкви. *Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності : матеріали VIII Наук.-практ. інтернет-конф. (з міжнар.участ.) (10-12 грудня. 2021 р.)* с.186-189). Луцьк : ПП Іванюк В. П.

12. Коструба, Н. С. (2022). Соціальні обмеження в пандемію COVID-19 як кризова ситуація. *Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології: збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції* (с. 124-127). Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ.

13. Коструба, Н.С. (2018). Когнітивно-поведінкова терапія як ефективний метод збереження психічного здоров'я. *Science and society. Proceedings of the 8th International conference*. (Pp. 43-46). Accent Graphics Communications & Publishing. Hamilton, Canada.

14. Коструба, Н.С. (2018). *Психологічні особливості професійного становлення майбутніх священнослужителів* : монографія. Луцьк : Вежа-Друк. URL: <http://esnuir.eenu.edu.ua/handle/123456789/14667>

15. Коструба, Н.С., Жигайло, Н.І. (2022). Залученість служби військового капеланства до заходів зі збереження психічного здоров'я військовослужбовців. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка»*,

«Психологія», «Медицина», 12(17), 314-327. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-12\(17\)-314-327](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-12(17)-314-327)

16. Коструба, Н.С. (2022). Психологічні наслідки військових дій: закордонний досвід. Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності : матеріали ІХ Наук.-практ. інтернет-конф. (з міжнар.участ.) (28 листопада - 02 грудня. 2022 р.) = Materials of IX-th Scientific and Practical Internet Conference (with international participation) (Nov 28 –Dec 02, 2022) / за заг. ред. Т. І. Дучимінської, Я. О. Гошовського, Ж. П. Вірної, Д. Т. Гошовської, О. Є. Іванашко. Луцьк : ПП Іванюк В. П. С.116-118.

17. Коцан, І.Я., Ложкін, Г.В., Мушкевич, М.І. (2011). *Психологія здоров'я людини*. Луцьк: Вежа: Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки.

18. Носенко, Е. Л., Четверик-Бурчак А. Г. (2014). Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»: опис, адаптація, застосування. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія»*, 20, 89-97.

19. Пасічник, І. Д. (2013). Мислення як предмет психології. Наук. зап. Нац. ун-ту «Острозька академія». Серія: Психологія і педагогіка, 25, 3-9.

20. Підбуцька, Н.В., Курявська, О.М. (2010). Критерії психологічного здоров'я особистості. *Вестник НТУ «ХПІ»: Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно-технічної еліти*, 28, 255-260.

21. Подоляк, Л.Г. Юрченко, В.І. (2006). *Психологія вищої школи*. К.: ТОВ Філ-студія.

22. Ревякіна, О. (2013). Основні теоретико-методологічні підходи до проблеми особистісного здоров'я у вітчизняній та зарубіжній психологічній науці. *Психологія особистості*, 1, 308-315.

23. Романовський, О. Г. (2013). Творчість як джерело духовного становлення студентів НТУ «ХПІ». *Проблеми та перспективи формування*

національної гуманітарно-технічної еліти : зб. наук. пр. : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (21-24 трав. 2013 р.), 34/35, 3-11.

24. Савелюк, Н. М. (2011). Духовність і релігійність: психологічні аспекти взаємозв'язку. Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН, 13(4), 318-325.

25. Савелюк, Н.М. (2012). Релігійна віра як чинник психічного та психологічного здоров'я сучасної молоді. *Психологічні перспективи*, 19, 208-217.

26. Сенник, О. (2012). Адаптація опитувальника часової перспективи особистості Ф. Зімбардо (ZTRI). *Соціальна психологія*, 1-2(51-52), 153–168.

27. Сенник, О., Абрамов, В., Ружицька, М., Бабатіна, С., Бедан, В., Бунас, А., Дворник, М., Євченко, І., Клименко, О., Кузьменко, Я., Луценко, О., Мандзик, Т., Охріменко, В., Різник Р. (2017). Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо: результати валідизації російськомовної версії на російськомовних українцях та перегляду ключів української версії. *Гуманітарний вісник ДВНЗ “Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди”*, Випуск 37-1, Т. VI (74) : Тематичний випуск “Вища освіта України у контексті інтеграції до Європейського освітнього простору”, 428-449.

28. Скар, О. М. (2018). Дискурс громадянської та національної ідентичності: конструкти самосвідомості молоді. *Проблеми політичної психології*, 7 (21), 139-149.

29. Співак, Л.М. (2018). Особливості становлення самооцінки власного національного «Я» у студентської молоді. *Психологія: реальність і перспективи*, 11, 134-139.

30. Титаренко, Т. М. (2020). *Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія*. Кропивницький : Імекс-ЛТД.

31. Фіщук, О.С. (2022). Психічне здоров'я в умовах соціальних обмежень у період пандемії COVID. Актуальні проблеми клінічної

психології та нейропсихології: зб. тез доп. І міжнар. наук.-практ. конф. (26-27 трав. 2022 р., м. Луцьк, Україна). (с. 79-82). Луцьк : ФОП Іванюк В.П.

32. Чепелева, Н.В. (Ред.) (2009). *Проблемы психологической герменевтики*. К.: Издательство Национального педагогического университета им. Н.П. Драгоманова.

33. Чепелева, Н.В. (Ред.) (2013). *Розуміння та інтерпретація життєвого досвіду як чинник розвитку особистості* : монографія. Кіровоград : Імекс-ЛТД.

34. Abdelrahman M. (2020). Personality Traits, Risk Perception, and Protective Behaviors of Arab Residents of Qatar During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00352-7>

35. Ahorsu, D.K., Lin, C., Imani, V. et al. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>

36. Altmaier, E. M. (2019). An introduction to trauma. *Promoting Positive Processes After Trauma*, 1-15. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811975-4.00001-0>

37. Amowitz, L. L., Kim, G., Reis, C., Asher, J. L., & Iacopino, V. (2004). Human Rights Abuses and Concerns About Women's Health and Human Rights in Southern Iraq. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 291(12), 1471–1479. <https://doi.org/10.1001/jama.291.12.1471>

38. Armour, C., and Ross, J. (2017). The health and well-being of military drone operators and intelligence analysts: a systematic review. *Mil. Psychol.* 29, 83–98. <https://doi.org/10.1037/mil0000149>

39. Armour, C., McGlinchey, E., Butter, S., McAloney-Kocaman, K., McPherson, K. E. (2020). The COVID-19 Psychological Wellbeing Study: Understanding the Longitudinal Psychosocial Impact of the COVID-19 Pandemic in the UK; a Methodological Overview Paper. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09841-4>

40. Arslan, G., Yıldırım, M., Tanhan, A. et al. (2020). Coronavirus Stress, Optimism-Pessimism, Psychological Inflexibility, and Psychological Health: Psychometric Properties of the Coronavirus Stress Measure. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00337-6>
41. Artero, S., Touchon, J., Ritchie, K. (2001). Disability and mild cognitive impairment: a longitudinal population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16(11), 1092–7. <https://doi.org/10.1002/gps.477>
42. Ashrafioun, L., Kane, C., Bishop, T. M., Britton, P. C., & Pigeon, W. R. (2019). The Association of Pain Intensity and Suicide Attempts Among Patients Initiating Pain Specialty Services. *The journal of pain*, 20(7), 852–859. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.01.012>
43. Baer, R. A., Carmody, J., and Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *J. Clin. Psychol.* 68, 755–765. <https://doi.org/10.1002/jclp.21865>
44. Bakioğlu, F., Korkmaz, O. & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00331-y>
45. Bartone, P. T. (2006). Resilience under military operational stress: can leaders influence hardiness? *Mil. Psychol*, 18, 131–148. https://doi.org/10.1207/s15327876mp1803s_10
46. Bartone, P. T., Bartone, J. V., Violanti, J. M., Gileno, Z. M. (2019). Peer Support Services for Bereaved Survivors: A Systematic Review. *Omega*, 80, 137–166. <https://doi.org/10.1177/0030222817728204>
47. Bhuiyan, A.K.M.I., Sakib, N., Pakpour, A.H. et al. (2020). COVID-19-Related Suicides in Bangladesh Due to Lockdown and Economic Factors: Case Study Evidence from Media Reports. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00307-y>

48. Bierman, A., & Schieman, S. (2020). Social Estrangement and Psychological Distress before and during the COVID-19 Pandemic: Patterns of Change in Canadian Workers. *Journal of Health and Social Behavior*, *61*(4), 398–417. <https://doi.org/10.1177/0022146520970190>
49. Binsch, O., Bottenheft, C., Landman, A., Roijendijk, L., Vermetten, E. H. G. J. M. (2021). Testing the applicability of a virtual reality simulation platform for stress training of first responders. *Mil. Psychol.* *33*, 182–196. <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1897494>
50. Bloomberg S. (2021) Reflections on COVID-19, Domestic Violence, and Shared Trauma. In: Tosone C. (eds) *Shared Trauma, Shared Resilience During a Pandemic. Essential Clinical Social Work Series*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-61442-3_8
51. Blore, J. D., Sim, M. R., Forbes, A. B., Creamer, M. C., & Kelsall, H. L. (2015). Depression in Gulf War veterans: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *45*(8), 1565–1580. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001913>
52. Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* *15*, 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
53. Bomyea, J., Risbrough, V., & Lang, A. J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical psychology review*, *32*(7), 630–641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.008>
54. Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
55. Buckwalter, J. G., Rizzo, A., John, B., Newman, B., Williams, J., Parsons, T. (2012). Strive: Stress resilience in virtual environments. Paper presented at the Virtual Reality Short Papers and Posters (VRW), 2012 IEEE, Orange County, CA, USA.

56. Calati, R., Laglaoui Bakhiyi, C., Artero, S., Ilgen, M., & Courtet, P. (2015). The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *Journal of psychiatric research*, *71*, 16–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.004>
57. Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, C. A., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., & Anderson, M. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*, *292*(5), 575–584. <https://doi.org/10.1001/jama.292.5.575>
58. Carey, L. B., Hodgson, T. J., Krikheli, L., Soh, R. Y., Armour, A. R., Singh, T. K., & Impiombato, C. G. (2016). Moral Injury, Spiritual Care and the Role of Chaplains: An Exploratory Scoping Review of Literature and Resources. *Journal of religion and health*, *55*(4), 1218–1245. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0231-x>
59. Carod-Artal, F.J. (2017). Social Determinants of Mental Health. In: Bährer-Kohler, S., Carod-Artal, F. (eds) *Global Mental Health*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_4
60. Casey, G. W. Jr. (2011). Comprehensive soldier fitness: a vision for psychological resilience in the US Army. *Am. Psychol*, *66*, 1–3. <https://doi.org/10.1037/a0021930>
61. Chang, B. H., Stein, N. R., & Skarf, L. M. (2015). Spiritual distress of military veterans at the end of life. *Palliative & supportive care*, *13*(3), 635–639. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000273>
62. Chang, J.J., Ji, Y., Li, Y.H., Pan, H.F., Su, P.Y. (2021). Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: a metaanalysis. *J. Affect. Disord.*, *292*, 242–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.109>
63. Chapa, J. O. (2017). Remotely piloted aircraft, risk, and killing as sacrifice: the cost of remote warfare. *J. Military Ethics* *16*, 256–271. <https://doi.org/10.1080/15027570.2018.1440501>

64. Charney, M. E., Bui, E., Sager, J. C., Ohye, B. Y., Goetter, E. M., & Simon, N.M. (2018). Complicated grief among military service members and veterans who served after September 11, 2001. *Journal of Traumatic Stress, 31* (1), 157–162. <https://doi.org/10.1002/jts.22254>
65. Chekole, Y.A., Abate, S.M. (2021). Global prevalence and determinants of mental health disorders during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Med. Surg., 68*, 102634 <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102634>
66. Chinman, M. J., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., et al. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illness: assessing the evidence. *Psychiatr. Serv., 65*, 429–441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
67. Clancy, C. P., Graybeal, A., Tompson, W. P., Badgett, K. S., Feldman, M. E., Calhoun, P. S., Erkanli, A., Hertzberg, M. A., & Beckham, J. C. (2006). Lifetime trauma exposure in veterans with military-related posttraumatic stress disorder: association with current symptomatology. *The Journal of clinical psychiatry, 67*(9), 1346–1353. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0904>
68. Colasanto, M., Madigan, S., & Korczak, D. J. (2020). Depression and inflammation among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of affective disorders, 277*, 940–948. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.025>
69. Currier, J. M., Foster, J. D., & Isaak, S. L. (2019). Moral injury and spiritual struggles in military veterans: A latent profile analysis. *Journal of Traumatic Stress, 32*(3), 393–404. <https://doi.org/10.1002/jts.22378>
70. Currier, J. M., Holland, J. M., Drescher, K., & Foy, D. (2015). Initial psychometric evaluation of the Moral Injury Questionnaire--Military version. *Clinical psychology & psychotherapy, 22*(1), 54–63. <https://doi.org/10.1002/cpp.1866>
71. Dagnino P., Anguita V., Escobar K., Cifuentes S. (2020). Psychological Effects of Social Isolation Due to Quarantine in Chile: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 591142. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.591142>

72. Dahlberg, L., Andersson, L., Lennartsson, C. (2018). Long-Term Predictors of Loneliness in Old Age: Results of a 20-Year National Study. *Aging & Mental Health* 22(2), 190–96. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425>
73. Dantzer, R., Cohen, S., Russo, S. J., & Dinan, T. G. (2018). Resilience and immunity. *Brain, behavior, and immunity*, 74, 28–42. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.08.010>
74. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among person with severe mental illnesses: a review of evidence and experiences. *World Psychiatry*, 11, 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
75. De Young, A.C., Kenardy, J.A. & Cobham, V.E. Trauma in Early Childhood: A Neglected Population. *Clin Child Fam Psychol Rev* 14, 231 (2011). <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3>
76. Decety, J., Smith, K.E., Norman, G.J., Halpern, J. (2014). A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry*, 13(3), 233–7. <https://doi.org/10.1002/wps.20146>
77. Deci, E.L., Ryan, R.M. (2006). Hedonia, eudaimonia, and Well-being: an introduction. *J Happiness Stud.*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
78. Demertzis, N., Eyerman, R. (2020). Covid-19 as cultural trauma. *American Journal of Cultural Sociology*, 8, 428-450. <https://doi.org/10.1057/s41290-020-00112-z>
79. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
80. Doyle, S. T. (2022). Mental Weakness and the Failures of Military Psychiatry. *The Journal of Mind and Behavior*, 43 (1), 55–66. <https://doi.org/10.31234/osf.io/2kgjc>
81. Elbogen, E. B., Johnson, S. C., Wagner, H. R., Sullivan, C., Taft, C. T., & Beckham, J. C. (2014). Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan veterans. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 368–375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134627>

82. Erikson E. H. (1993). *Childhood and Society*. W. W. Norton & Company. 2nd ed. Edition.

83. Fegert, J.M., Vitiello, B., Plener, P.L. et al. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 14, 20 <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>

84. Fergus, S., Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health* 26, 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>

85. Filipas, L., Martin, K., Northey, J. M., La Torre, A., Keegan, R., and Rattray, B. (2020). A 4-week endurance training program improves tolerance to mental exertion in untrained individuals. *J. Sci. Med. Sport* 23, 1215–1219. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.04.020>

86. Fletcher, D., and Sarkar, M. (2012). A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychol. Sport Exerc.* 13, 669–678. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.04.007>

87. Flett, G.L., Heisel, M.J. (2020). Aging and Feeling Valued Versus Expendable During the COVID-19 Pandemic and Beyond: a Review and Commentary of Why Mattering Is Fundamental to the Health and Well-Being of Older Adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00339-4>

88. Flood, A., Keegan, R.J. (2022). Cognitive Resilience to Psychological Stress in Military Personnel. *Front. Psychol*, 13,809003. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.809003>

89. Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314.

90. Forman-Hoffman, V. L., Bose, J., Batts, K. R., Glasheen, C., Hirsch,

E., Karg, R. S., Huang, L. N., & Hedden, S. L. (2016). Correlates of Lifetime Exposure to One or More Potentially Traumatic Events and Subsequent Posttraumatic Stress among Adults in the United States: Results from the Mental Health Surveillance Study, 2008-2012. In CBHSQ Data Review. (pp. 1–49). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

91. Frank, C., Coulthard, J., Lee, J.E.C., Skomorovsky, A. (2022). A moderated-mediation analysis of pathways in the association between Veterans' health and their spouse's relationship satisfaction: The importance of social support. *Front. Psychol*, *13*, 988814. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.988814>

92. Fuchs, T., Schlimme, J.E. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Curr Opin Psychiatry*, *22*(6), 570–5. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e5c>

93. Galderisi, S, Heinz, A, Kastrup, M, Beezhold, J, Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, *14*(2), 231–3. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

94. Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, *14*(2), 231–3. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

95. Gettings, R.D., Kirtley, J., Wilson-Menzfeld, G., Oxburgh, G.E., Farrell, D. and Kiernan, M.D. (2022). Exploring the Role of Social Connection in Interventions With Military Veterans Diagnosed With Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Narrative Review. *Front. Psychol*, *13*, 873885. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.873885>

96. Giacaman, R., Abu-Rmeileh, N.M.E., Husseini, A., Saab, H., Boyce, W. (2007). Humiliation: The invisible trauma of war for Palestinian youth. *Public Health*, *121*(8), 563-571. <https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2006.10.021>

97. Gigi, K., Werbeloff, N., Goldberg, S., Portuguese, S., Reichenberg, A., Fruchter, E., Weiser, M. (2014). Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use--a cross sectional population based study. *Eur Neuropsychopharmacol*,

24(11), 1793–7. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.07.016>

98. Goldson, E. (1996). The effect of war on children. *Child Abuse Negl*, 20(9), 809–819. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00069-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00069-5)

99. Griffith, A.K. (2020). Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>

100. Gross, J.J., Muñoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract*, 2(2), 151–64. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>

101. Guo, Y.-R., Cao, Q.-D. Hong, Z.-S. Tan Y.-Y., Chen, S.-D. Jin, H.-J. et al. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—an update on the status. *Military Medical Research*, 7 (1), 1-10.

102. Hajek, A., Kretzler, B. & König, H.H. (2022). Fear of war and mental health in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02394-9>

103. Hall, S. (2023). Comorbidities of Combat Trauma: Unresolved Grief and Moral Injury. *Journal of Loss and Trauma*, 28:1, 51-60. <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2053227>

104. Hansen, A. L., Johnsen, B. H., and Thayer, J. F. (2009). Relationship between heart rate variability and cognitive function during threat of shock. *Anx. Stress Coping* 22, 77–89. <https://doi.org/10.1080/10615800802272251>

105. Hardy, A., van de Giessen, I., van den Berg, D. (2020). Trauma, Posttraumatic Stress, and Psychosis. A Clinical Introduction to Psychosis. *Foundations for Clinical Psychologists and Neuropsychologists*, 223-243. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815012-2.00010-9>

106. Hawthorne, G., Korn, S., Creamer, M. (2014). Australian Peacekeepers: Long-Term Mental Health Status, Health Service Use, and Quality of Life -Technical Report. Australia: Department of Psychiatry, University of Melbourne.

107. Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother. med. Psychol*, 38, 8–18.
108. Heinz, A., Kluge, U. (2010). Anthropological and evolutionary concepts of mental disorders. *J Specul Philos*, 24(3), 292–307. <https://doi.org/10.1353/jsp.2010.0013>
109. Henrich, C. C., & Shahar, G. (2013). Effects of exposure to rocket attacks on adolescent distress and violence: A 4-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 619–627. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.016>
110. Hinton, D.E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S.A., Hofmann, S.G., Pollack, M.H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of traumatic stress*, 18(6), 617–629. <https://doi.org/10.1002/jts.20070>
111. Hirsch, M. (2012). *The Generation of Postmemory: Writing and Visual Culture After the Holocaust*. New York: Columbia University Press.
112. Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N. Engl. J. Med.* 351, 13–22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
113. Ilgen, M. A., Kleinberg, F., Ignacio, R. V., Bohnert, A. S., Valenstein, M., McCarthy, J. F., Blow, F. C., & Katz, I. R. (2013). Noncancer pain conditions and risk of suicide. *JAMA psychiatry*, 70(7), 692–697. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.908>
114. Iversen, A. C., Fear, N. T., Ehlers, A., Hughes, J. H., Hull, L., Earnshaw, M., Greenberg, N., Rona, N. R., Wessely, S., & Hotopf, M. (2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological Medicine*, 38(4), 511–522.
115. Izard, C. E., Libero, D. Z., Putnam, P., Haynes O. M. (1993). Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal*

of Personality and Social Psychology, 64, 847–860.

116. Jacob, M. (2013). Moral injury: Learning from and caring for the sufferers. *Caring Connections: An Inter-Lutheran Journal for Practitioners and Teachers of Pastoral Care and Counseling*, 1, 28–31.

117. Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11258-000>

118. Jones, E. (2020). Moral injury in a context of trauma. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 216(3), 127–128. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.46>

119. Joshi, P.T., O'Donnell, D.A. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 6(4), 275–292. <https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000006294.88201.68>

120. Kadir, A., Shenoda, S., Goldhagen, J. (2019). Effects of armed conflict on child health and development: a systematic review. *PLoS ONE*, 14(1), e0210071. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>

121. Keinan, G., Friedland, N., and Sarig-Naor, V. (1990). Training for task performance under stress: the effectiveness of phased training methods. *J. Appl. Soc. Psychol.* 20, 1514–1529. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb01490.x>

122. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>

123. Keyes, C. L. M. (2009). *Atlanta: A Brief description of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)*. URL: <https://peplab.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/18901/2018/11/MHC-SFOverview.pdf>

124. Keyes, C.L.M. (2013). *Mental health as a complete state: how the Salutogenic perspective completes the picture, Bridging Occupational, Organizational and Public Health*. Netherlands: Springer;

https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11

125. Klanker, M., Feenstra, M., Denys, D. (2013). Dopaminergic control of cognitive flexibility in humans and animals. *Front Neurosci*, 7, 201.

<https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00201>

126. Knaster, P., Karlsson, H., Estlander, A. M., & Kalso, E. (2012). Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *General hospital psychiatry*, 34(1), 46–52.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.09.004>

127. Koenen, K. C., Stellman, S., Sommer, J., & Stellman, J. (2008). Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: A 14-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 49–57.

<https://doi.org/10.1002/jts.20304>

128. Koenig, H. G., Youssef, N. A., Ames, D., Teng, E. J., & Hill, T. D. (2020). Examining the overlap between moral injury and PTSD in US veterans and active duty military. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 7–12.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001077>

129. Kostruba N. (2021). Social Restrictions in the COVID-19 Pandemic As a Traumatic Experience: Psycholinguistic Markers. *East European Journal of Psycholinguistics*, 8(1), 28-40.

130. Kostruba, N., Fishchuk, O. (2022). Media Religiosity and War Coping Strategies of Young People in Ukraine. *Journal of Religion Health* <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01663-w> (Scopus, Q1)

131. Kostruba, N., Fishchuk, O. (2022). Media Religiosity and War Coping Strategies of Young People in Ukraine. *Journal of Religion Health* <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01663-w>

132. Kostruba, N., Fishchuk, O., Duchyminska, T. (2021). Psychological peculiarities of the motivation and value students' commitments at different vocational training stages. *Youth Voice Journal: Young People In Education*, 4, 7-17. ISBN (ONLINE): 978-1-911634-36-2 (Scopus, Q4)

133. Kostruba, N., Fishchuk, O., Duchyminska, T. (2021). Psychological

peculiarities of the motivation and value students' commitments at different vocational training stages. *Youth Voice Journal: Young People In Education*, 4, 7-17.

134. Kotas, M. E., & Medzhitov, R. (2015). Homeostasis, inflammation, and disease susceptibility. *Cell*, 160(5), 816–827. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.02.010>

135. Krupina, N.A., Shirenova, S.D., Khlebnikova, N.N. (2020). Prolonged Social Isolation, Started Early in Life, Impairs Cognitive Abilities in Rats Depending on Sex. *Brain Sciences*, 10(11), 799. <https://doi.org/10.3390/brainsci10110799>

136. Lakhan, R., Agrawal, A., Sharma, M. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and stress during COVID-19 pandemic. *J. Neurosci. Rural Pract.*, 11(04), 519–525. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716442>

137. Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., Keyes, C.L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *J Clin Psychol*, 67(1), 99–110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>

138. Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 350–362. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737>

139. Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer.

140. Lee, H., Aldwin, C. M., & Kang, S. (2022). Do different types of war stressors have independent relations with mental health? Findings from the Korean Vietnam Veterans Study. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 14(5), 840–848. <https://doi.org/10.1037/tra0000557>

141. Liang, L., Ren, H., Cao, R. et al. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 91, 841–852. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>

142. Lijtmaer, R.M. (2022). Social Trauma, Nostalgia and Mourning in the Immigration Experience. *Am J Psychoanal*, 82, 305–319 <https://doi.org/10.1057/s11231-022-09357-8>
143. Lin, C. Y. (2020). Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Social Health and Behavior*, 3(1), 1–2.
144. Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
145. Łukianow M., Głowacka M., Helak M., Kościńska J., Mazzini M. (2020). Poles in the face of forced isolation. A study of the Polish society during the Covid-19 pandemic based on ‘Pandemic Diaries’ competition. *European Societies*. <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1841264>
146. Luthar, S. S., Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev. Psychopathol.* 12, 857–885. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>
147. Mak, I.W.C. Chu, C.M. Pan, P.C. Yiu, M.G.C. Chan V.L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen. Hosp. Psychiatr.*, 31 (4),. 318-326.
148. Martin, K., McLeod, E., Périard, J., Rattray, B., Keegan, R., and Pyne, D. B. (2019). The impact of environmental stress on cognitive performance: a systematic review. *Hum. Factors* 61, 1205–1246. <https://doi.org/10.1177/0018720819839817>
149. Martin, K., Périard, J., Rattray, B., and Pyne, D. B. (2020). Physiological factors which influence cognitive performance in military personnel. *Hum. Factors*, 62, 93–123. <https://doi.org/10.1177/0018720819841757>

150. Mastroianni, G. R., Mabry, T. R., Benedek, D. M., Ursano, R. J. (2008). The stresses of modern war. In *Biobehavioral Resilience to Stress*. Eds. B. J. Lukey and V. Tepe (Boca Raton, FL: CRC Press), 50–62.
151. Mastroianni, G. R., Mabry, T. R., Benedek, D. M., Ursano, R. J. (2008). The stresses of modern war. In *Biobehavioral Resilience to Stress*. Eds. B. J. Lukey and V. Tepe (Boca Raton, FL: CRC Press), 50–62.
152. McCarthy, C.J., Lambert, R.G., Moller, N.P. (2006). Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and college students' stress outcomes. *Int J Stress Manag*, 13(1), 1–22. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.1.1>
153. McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological medicine*, 40(10), 1647–1658. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992121>
154. Mead, S., Hilton, D., Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr. Rehabil. J.*, 25, 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>
155. Meade, E. A., Smith, D. L., Montes, M., Norman, S. B., Held, P. (2022). Changes in guilt cognitions in intensive PTSD treatment among veterans who experienced military sexual trauma or combat trauma. *Journal of Anxiety Disorders*, 90, 102606. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102606>
156. Molendijk, T. (2019). The role of political practices in moral injury: A study of Afghanistan veterans. *Political Psychology*, 40(2), 261–275. <https://doi.org/10.1111/pops.12503>
157. Moore, M., Palmer, J.K., Cerel, J., Ruocco, K. (2022). Growth and Hope after loss: How TAPS facilitates posttraumatic growth in those grieving military deaths. *Front. Psychol*, 13, 996041. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.996041>
158. Moritz, D.J., Kasl, S.V., Berkman, L.F. (1995). Cognitive

functioning and the incidence of limitations in activities of daily living in an elderly community sample. *Am J Epidemiol*, 141(1), 41–9.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117344>

159. Muntsant A., Giménez-Llort L. (2020). Impact of Social Isolation on the Behavioral, Functional Profiles, and Hippocampal Atrophy Asymmetry in Dementia in Times of Coronavirus Pandemic (COVID-19): A Translational Neuroscience Approach. *Frontiers in Psychology*, 11, 572583.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.572583>

160. Nahin, R. L. (2017). Severe pain in veterans: the effect of age and sex, and comparisons with the general population. *The journal of pain*, 18(3), 247–254.

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.10.021>

161. Naser, A.Y., Dahmash, E.Z., Al-Rousan, R., Alwafi, H., Alrawashdeh, H.M., Ghoul, I., Abidine, A., Bokhary, M.A., AL-Hadithi, H.T., Ali, D., Abuthawabeh, R. (2020). Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: across-sectional study. *Brain Behav*, 10 (8), e01730.

162. Nash, W. P., Marino Carper, T. L., Mills, M. A., Au, T., Goldsmith, A., & Litz, B. T. (2013). Psychometric evaluation of the Moral Injury Events Scale. *Military medicine*, 178(6), 646–652.

<https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00017>

163. Nevarez, M. D., Yee, H. M., & Waldinger, R. J. (2017). Friendship in war: Camaraderie and prevention of posttraumatic stress disorder prevention.

Journal of Traumatic Stress, 30(5), 512–520. <https://doi.org/10.1002/jts.22224>

164. Nguyen, H.C., Nguyen, M.H., Do, B.N., Tran, C.Q., Nguyen, T.T., Pham, K.M. et al. (2020). People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *J. Clin. Med.*, 9 (4), 965.

165. Oli’ e, E., Dubois, J., Benramdane, M., Guillaume, S., Courtet, P. (2022). Poor mental health is associated with loneliness and boredom during Covid-19-related restriction periods in patients with pre-existing depression.

- Journal of Affective Disorders*, 319, 446–461.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.040>
166. Osokina, O., Silwal, S., Bohdanova, T., Hodes, M., Sourander, A., & Skokauskas, N. (2022). Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, S0890-8567(22)01891-3. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845>
167. Oster, C., Morello, A., Venning, A., Redpath, P., & Lawn, S. (2017). The health and wellbeing needs of veterans: a rapid review. *BMC psychiatry*, 17(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1547-0>
168. Perkins, J, Ajeeb, M, Fadel, L, Saleh, G. (2018). Mental health in Syrian children with a focus on post-traumatic stress: A cross-sectional study from Syrian schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(11), 1231-1239.
<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1573-3>
169. Perry, E. C., Ahmed, H. M., Oritano, T. C. (2014). Neurotraumatology. Neurologic Aspects of Systemic Disease. *Handbook of Clinical Neurology*, 121, 1751-1772. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-4088-7.00113-9>
170. Pfeiffer, E., Sukale, T., Muller, L.R.F., Plener, P.L., Rosner, R., Fegert, J.M., Sachser, C., Unterhitzberger, J. (2019). The symptom representation of posttraumatic stress disorder in a sample of unaccompanied and accompanied refugee minors in Germany: a network analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 10(1):1675990.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1675990>
171. Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., et al. (2010). Mental disorders following war in the Balkans a study in 5 countries. *Arch. Gen. Psychiatry* 67, 518–528.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.37>
172. Proctor, M. J., McMillan, D. C., Horgan, P. G., Fletcher, C. D., Talwar, D., & Morrison, D. S. (2015). Systemic inflammation predicts all-cause

mortality: a glasgow inflammation outcome study. *PloS one*, 10(3), e0116206.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116206>

173. Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. (2006). Recovery of children and adolescents after exposure to violence: a developmental ecological framework. *Interventions for Children Exposed to Violence*, 17-44.

174. Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 87 (Pt B), 269–280. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.020>

175. Reed, R.V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C., Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors. *Lancet*, 379(9812), 250-265. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60050-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60050-0)

176. Rizzo, A., Parsons, T. D., Lange, B., Kenny, P., Buckwalter, J. G., Rothbaum, B., et al. (2011). Virtual reality goes to war: a brief review of the future of military behavioral healthcare. *J. Clin. Psychol. Med. Settings* 18, 176–187. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9247-2>

177. Russell, M.C., Figley, C. (2021). *Psychiatric Casualties: How and Why the Military Ignores the Full Cost of War*. New York: Columbia University Press.

178. Sahoo, S., Rani, S., Parveen, S., Pal Singh, A., Mehra, A., Chakrabarti, S., Grover, S., & Tandup, C. (2020). Self-harm and COVID-19 Pandemic: An emerging concern - A report of 2 cases from India. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102104. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102104>

179. Sandberg, S. (2007). Childhood Stress. In *Encyclopedia of Stress*. Ed. G.Fink. (p. 472-478). Academic Press. Second Edition <https://doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00079-9>

180. Satıcı, B., Saricali, M., Satıcı, S.A. et al. (2020). Intolerance of Uncertainty and Mental Wellbeing: Serial Mediation by Rumination and Fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00305-0>

181. Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*, 218(2), 109–127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
182. Schorr, Y., Stein, N. R., Maguen, S., Barnes, J. B., Bosch, J., & Litz, B. T. (2018). Sources of moral injury among war veterans: A qualitative evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2203–2218. <https://doi.org/10.1002/jclp.22660>
183. Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25, p. 1–65). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60281-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60281-6)
184. Seitz, C. A., Poyrazli, S., Harrisson, M. A., Flickinger, T., Turkson, M. (2014). Virtual reality exposure therapy for military veterans with posttraumatic stress disorder: a systematic review. *New Sch. Psychol. Bull.* 11, 15–29.
185. Shaffer D. R. (1995). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. Wadsworth Publishing. 4th Edition
186. Shaw, J.A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 6(4), 237–246. <https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000006291.10180.bd>
187. Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31 (2), 182–191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
188. Silwal, S., Chudal, R., Dybdahl, R., Sillanm€aki, L., Lien, L., Sourander, A. (2022). Post-traumatic stress and depressive symptoms among adolescents after the 2015 earthquake in Nepal: A longitudinal study. *Child Psychiatry Hum Dev.*;53(3), 430-439. <https://doi.org/10.1007/S10578-021-01136-3>
189. Simon, N. M., O’Day, E. B., Hellberg, S. N., Hoepfner, S. S., Charney, M. E., Robinaugh, D. J., Bui, E., Goetter, E. M., Baker, A. W., Rogers, A. H., Nadal-Vicens, M., Venners, M. R., Kim, H. M., & Rauch, S. A. M. (2018).

The loss of a fellow service member: Complicated grief in post-9/11 service members and veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Neuroscience Research*, 96(1), 5–15. <https://doi.org/10.1002/jnr.24094>

190. Simon, N. M., O'Day, E. B., Hellberg, S. N., Hoepfner, S. S., Charney, M. E., Robinaugh, D. J., Bui, E., Goetter, E. M., Baker, A. W., Rogers, A. H., Nadal-Vicens, M., Venners, M. R., Kim, H. M., & Rauch, S. A. M. (2018). The loss of a fellow service member: Complicated grief in post-9/11 service members and veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Neuroscience Research*, 96(1), 5–15. <https://doi.org/10.1002/jnr.24094>

191. Sinclair, R.R., Allen, T., Barber, L. et al. (2020). Occupational Health Science in the Time of COVID-19: Now more than Ever. *Occupational Health Science*, 4, 1–22 <https://doi.org/10.1007/s41542-020-00064-3>

192. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>

193. Slone, M., Mann, S. (2016). Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 47(6), 950–965. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>

194. Staal, M. A., Bolton, A., Yaroush, R., Bourne, L. (2008). Cognitive performance and resilience to stress. In *Biobehavioral Resilience to Stress*. Eds. B. J. Lukey and V. Tepe (Boca Raton, FL: CRC Press), 259–299.

195. Stonerock, G.L., Hoffman, B.M., Smith, P.J., Blumenthal, J.A. (2015). Exercise as treatment for anxiety: systematic review and analysis. *Ann. Behav. Med. Publ. Soc. Behav. Med.*, 49, 542–556. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9685-9>

196. Swader, C. S. (2019). Loneliness in Europe: Personal and Societal Individualism-Collectivism and Their Connection to Social Isolation. *Social Forces*, 97(3), 1307–36. <https://doi.org/10.1093/sf/soy088>

197. Tallman, B.A., Hoffman, A.C. (2017). Meaning Making Concerning

Acquired Disability. In *Reconstructing Meaning After Trauma: Theory, Research, and Practice* (p. 133-151). Academic Press.

<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803015-8.00009-7>

198. Taverniers, J., Smeets, T., Lo Bue, S., Syroit, J., Van Ruysseveldt, J., Pattyn, N., et al. (2011). Visuo-spatial path learning, stress, and cortisol secretion following military cadets' first parachute jump: the effect of increasing task complexity. *Cogn. Affect. Behav. Neurosci.* 11, 332–343.

<https://doi.org/10.3758/s13415-011-0043-0>

199. Tedeschi, R. G., Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.

200. ten Have, H., Patrão Neves, M. (2021). Mental Health. In: *Dictionary of Global Bioethics*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54161-3_351

201. Theisen-Womersley, G. (2021). Collective Trauma, Collective Healing. In: *Trauma and Resilience Among Displaced Populations*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67712-1_6

202. Tracy, M., Morgenstern, H., Zivin, K., Aiello, A. E., & Galea, S. (2014). Traumatic event exposure and depression severity over time: results from a prospective cohort study in an urban area. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(11), 1769–1782. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0884-2>

203. Ugarriza, J. E., Trujillo, N., Hurtado, E., Ortiz-Ayala, A., Rodríguez-Calvache, M., & Quishpe, R. C. (2022). Imprints of war: An analysis of implicit prejudice among victims, ex-combatants, and communities in Colombia. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 28(1), 1–8. <https://doi.org/10.1037/pac0000591>

204. Verkamp, B. J. (2006). *The moral treatment of returning warriors in early medieval and modern times*. Scranton: University of Scranton Press.

205. Wiederhold, B. K., and Wiederhold, M. D. (2008). Virtual reality for posttraumatic stress disorder and stress inoculation training. *J. Cyber Ther. Rehabil.* 1, 23–35.
206. Williamson, V., Greenberg, N., & Murphy, D. (2019). Moral injury in UK armed forces veterans: a qualitative study. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1562842. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562842>
207. World Health Organization (2005). *Resolution on health action in crises and disasters*. Geneva: World Health Organization.
208. World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.
209. Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., Xiang, Y.-T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7, e19. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1)
210. Yao, X., Xu X., Chan K., Chen S., Assink M., Gao S. (2023). Associations between psychological inflexibility and mental health problems during the COVID-19 pandemic: A three-level meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 320, 148–160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.116>
211. Yildirim, M., & Alanazi, Z. S. (2018). Gratitude and life satisfaction: mediating role of perceived stress. *International Journal of Psychological Studies*, 10(3), 21–28. <https://doi.org/10.5539/ijps.v10n3p21>
212. Yule, W., Gold, A. (1993). *Wise before the Event: Coping with crises in schools*. Calouste Gulbenkian Foundation.
213. Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

214. Zhu, Z. Xu, S. Wang, H. Liu, Z. Wu, J. Li G. (2020). COVID-19 in Wuhan: sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *Eclinical Medicine*, 24, 100443, <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100443>

**Психологічні особливості типів нарративів за Н.В. Чепелєвою
(критерії поділу нарративів)**

Типи нарративів	Амбівалентний	Емоційно-негативні	Емоційно-позитивні	Емоційно-нейтральний
Психологічні критерії нарративів				
Основні події в нарративі	Невизначені події, ставлення до досвіду не визначене	Травмуючі події життя	Переломні і важливі події в житті	Формальні (народження, школа, університет...)
Характер розкриття досвіду	Досвід тільки репрезентується	Досвід осмислюється	Досвід відкритий для нових смислів	Відсутність цілісного уявлення про життєвий шлях
Домінуючі схеми інтерпретації	Поведінкова	Емоційно-смілова	Смілова і когнітивна	Відсутня
Форма викладення тексту	«Історія емоційно-невизначених етапів життя»	«Історія життя»	«Історія змін»	Формально-логічний
«Концепція життя особистості»	Створення і подолання перешкод	Негативна	Позитивна	«Втеча від життя» (нейтральне, байдуже ставлення до власного досвіду)
Функції, які виконує нарратив	Інтерпретаційна, захисна	Інтерпретаційна, захисна, констатуюча	Сміслоутворююча, розвиваюча, інтерпретаційна, захисна, констатуюча	Відсутні
Механізми прояву і проблеми розкриття особистості	Неможливість усвідомити власні проблеми, невизначеність у ставленні до подій свого життя	Неприйняття свого життя як цілісної історії; неприйняття своєї особистості; витіснення своїх проблем і небажання їх розкривати; осмислення власного досвіду; порушення довіри в своїх міжособистих стосунках.	Розкриття власних рис і якостей; прагнення до самовизначення і самопізнання, прийняття власної особистості.	Відсутні

Шкала задоволеності життям
(Satisfaction with Life Scale, SWLS 1985)

Інструкція. Нижче подано п'ять тверджень, з якими Ви можете погодитись чи не погодитись. Використовуючи 7-бальну шкалу визначте, наскільки Ви згодні із кожним із запропонованих тверджень. Намагайтесь бути максимально щирим, пам'ятайте, що правильних і неправильних оцінок тут не існує.

7 – цілком згоден

6 – згоден

5 – частково згоден

4 – складно відповісти

3 – частково не згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

Текст методики:

___ Моє життя майже ідеальне

___ Умови мого життя чудові

___ Я задоволений своїм життям

___ Нині я отримав від життя все, що хотів

___ Якби я міг прожити своє життя заново, я не змінив би майже нічого

Обробка результатів:

31-35 балів – Повністю задоволений життям

26-30 балів – Задоволений життям

21-25 балів – Частково задоволений

20 балів – Нейтральне ставлення до життя

15-19 балів – Більше незадоволений життям, ніж задоволений

10-14 балів – Незадоволений життям

5-9 балів – Абсолютно незадоволений своїм життям

Інтерпретація результатів:

30-35 – дуже високий показник

Досліджувані, які отримали таку кількість балів, люблять своє життя і відчувають, що справи у них йдуть добре. Їхнє життя не досконале, але вони відчувають, що цього достатньо для отримання задоволення від кожного прожитого дня, навіть якщо доводиться долати проблеми чи боротися із повсякденними негараздами. Такі люди мають високий рівень соціальної підтримки, стабільну високу самооцінку та благополуччя у всіх сферах власного функціонування.

25-29 – високий показник

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, загалом задоволені власним життям. Їхнє життя не досконале, але вони відчувають сили, необхідні для подолання життєвих труднощів, в свою чергу проблеми не сприймаються як фатальні та мотивують для подальшого особистісного зростання.

20-24 – середній показник

Середнє значення задоволеності життям характерне для більшості людей в економічно розвинених країнах. Досліджувані переважно задоволені своїм життям, однак є галузі, які потребують суттєвого поліпшення, а деяка незадоволеність зумовлена саме необхідністю незначних життєвих змін.

15-19 – показник дещо нижчий за середній

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, зазвичай мають проблеми в одній або двох галузях функціонування, відчувають бажання щось змінити у житті, але часто не знають як це зробити. Тимчасова незадоволеність життям є нормальним і поширеним явищем, вона стимулює людину змінюватися та розвиватися, однак якщо такі результати спостерігаються у досліджуваного протягом 2-3 місяців – це може бути свідченням хронічної незадоволеності життям та потребувати психологічного втручання.

10-14 – низька задоволеність життям

Досліджувані із такою кількістю балів по суті не задоволені своїм життям. Вони мають декілька галузей, де їхні справи йдуть дуже погано. Зазвичай такий показник спостерігається як реакція на нещодавні критичні події – смерть родича чи друга, розлучення, втрата роботи. Людина відчуває себе нещасною, має низьку працездатність і потребує психологічної допомоги.

5-9 – абсолютна незадоволеність своїм життям

Досліджувані, які отримали бали у цьому діапазоні, як правило, вкрай незадоволені своїм нинішнім життям. У деяких випадках це реакція на деякі недавні критичні події, насамперед такі як смерть дружини (чоловіка), дитини чи близького друга, втрата роботи, інвалідність. В інших випадках, це реакція на хронічні проблеми, зокрема, алкоголізм, наркоманію, психічні хвороби. Незадоволеність виражена у всіх сферах життя. Людина потребує психологічної, а часто й психіатричної допомоги.

Джерело:

Зливков, В.Л., Лукомська, С.О., Федан, О.В. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. К.: Педагогічна думка.

Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо
(україномовна адаптація О. Сенік)

Інструкція: Будь ласка, прочитайте всі запропоновані пункти опитувальника і якомога чесніше дайте відповідь на запитання: наскільки це характерно чи вірно щодо вас? Оцініть будь ласка за 5-ти бальною шкалою, де 1 – зовсім не правильно до 5 – абсолютно правильно.

Текст опитувальника

1. Я вважаю, що збиратися з друзями на вечірки – це одне з важливих задоволень у житті.
2. Знайомі з дитинства місця, запахи, звуки часто навівають потік чудових спогадів.
3. У моєму житті багато визначає доля.
4. Я часто думаю про те, що слід було зробити у своєму житті по-іншому.
5. На мої рішення переважно впливають люди і речі, які мене оточують.
6. Я вважаю, що слід планувати свій день наперед кожного ранку.
7. Мені приємно думати про своє минуле.
8. Я дію імпульсивно.
9. Якщо не вдається зробити щось вчасно, я не хвилююся з цього приводу.
10. Коли я хочу чогось досягнути, то ставлю перед собою цілі і розглядаю конкретні засоби їх досягнення.
11. Загалом, у моїх спогадах про минуле значно більше доброго, ніж поганого.
12. Слухаючи свою улюблену музику, я часто втрачаю відчуття часу.
13. Мені важливіше виконати термінову і необхідну роботу на

завтра, ніж добре провести час сьогодні ввечері.

14. Якщо вже чомусь судилося статися, то насправді немає значення, що я робитиму.

15. Мені подобаються історії про те, як все було колись «у старі добрі часи».

16. Болісний досвід минулого не виходить у мене з голови.

17. Я живу одним днем, намагаючись прожити його якомога повніше.

18. Мені неприємно запізнюватися на зустрічі.

19. В ідеалі я б жив кожен день так, наче він останній у моєму житті.

20. Щасливі спогади про добрі часи часто виринають у мене в голові.

21. Я вчасно виконую свої обов'язки перед друзями та керівництвом.

22. В минулому мені таки довелося зазнати образ та неприйняття.

23. Я приймаю рішення спонтанно, під впливом моменту.

24. Я приймаю кожен день таким, яким він є, не планую його.

25. З минулим пов'язано так багато неприємних спогадів, що мені хочеться про нього не думати.

26. Мені важливо наповнювати своє життя задоволенням і втіхою.

27. В минулому я робив помилки, про які шкодую.

28. Я відчуваю, що важливіше насолоджуватися процесом роботи, аніж виконати її вчасно.

29. Я інколи сумую за дитинством.

30. Перш ніж прийняти рішення, я зважую усі «за» і «проти».

31. Ризик у моєму житті не дає мені нудьгувати.

32. Для мене важливіше насолоджуватися життям, аніж зосереджуватися на досягненні конкретної цілі.

33. Справи рідко йдуть так, як я очікую.

34. Мені важко забути неприємні спогади з моєї юності.

35. Процес діяльності перестає приносити мені задоволення, якщо доводиться думати про цілі, наслідки та практичні результати.

36. Навіть коли я насолоджуюся теперішнім, все одно порівнюю його з подібним минулим досвідом.

37. Не можна по-справжньому планувати майбутнє, тому що обставини є дуже мінливими.

38. Мій життєвий шлях контролюють сили, на які я не можу вплинути.

39. Немає змісту хвилюватися про майбутнє, оскільки я в будь-якому разі не можу нічого зробити.

40. Я завершую роботу вчасно, виконуючи її регулярно.

41. Я помічаю, що втрачаю інтерес до розмови, коли близькі починають згадувати минуле.

42. Я ризикую, аби надати життю гостроти і збудження.

43. Я складаю список того, що маю зробити.

44. Часто слухаюся серця, а не розуму.

45. Я можу не піддатися спокусі, коли знаю, що мене чекає робота, яку потрібно зробити.

46. Хвилюючі моменти так захоплюють мене, що я можу забути про все на світі.

47. Теперішнє життя надто складне, я б надав перевагу простішому життю минулого.

48. Мені більше подобаються друзі, які діють спонтанно, а не прогнозовано.

49. Я люблю сімейні традиції, яких постійно дотримуються.

50. Я думаю про те погане, що сталося зі мною в минулому.

51. Я не полишаю роботу над складними і нецікавими завданнями, якщо вони допоможуть мені досягнути успіху.

52. Краще витратити зароблені гроші на задоволення сьогодні, ніж відкласти їх на майбутнє.

53. Часто везіння приносить більше, ніж наполеглива праця.

54. Я думаю про те хороше, що упустив у своєму житті.

55. Я люблю, щоб мої близькі стосунки були емоційними.

56. Завжди знайдеться час доробити незроблене.

Обробка результатів

Узагальнені показники для шкал підраховуються таким чином: суму балів по кожному фактору необхідно розділити на загальну кількість пунктів у даній шкалі.

Шкали:

Негативне минуле: 4, 5, 11*, 16, 22, 25, 27, 33, 34, 36, 50, 54 (n=12);

Гедонічне теперішнє: 1, 8, 12, 17, 19, 23, 26, 28, 31, 32, 42, 44, 46, 48, 52, 53, 55, 56 (n=18);

Майбутнє: 6, 9*, 10, 13, 18, 21, 24*, 30, 40, 43, 45, 51 (n=12);

Позитивне минуле: 2, 7, 11, 15, 20, 25*, 29, 41*, 49 (n=9);

Фаталістичне теперішнє: 3, 14, 24, 33, 35, 37, 38, 39, 47, 53 (n=10).

Но.* - рахується за оберненою шкалою оцінювання.

Інтерпретація шкал:

1. Фактор негативного минулого.

Демонструє міру неприйняття власного минулого, що викликає відразу, відчуття болю та розчарування. Відображає загальне песимістичне, негативне або з домішкою огиди ставлення до минулого. Передбачає травму, біль та жаль. Таке відношення може бути через реальні неприємні та травматичні події у минулому, або через негативні реконструкції позитивних подій, або через те й інше разом.

2. Фактор позитивного минулого.

Демонструє міру прийняття власного минулого, за якого будь-який досвід є досвідом, що сприяє розвитку та є причиною сьогодення. Відображає тепле, сентиментальне ставлення до минулого. Цей фактор

характеризується ностальгійною, позитивною реконструкцією минулого, воно представляється у позитивному ракурсі.

3. Фактор гедонічного теперішнього.

Сьогодні розглядається як відірване від минулого і майбутнього. Одна мета - насолода. Відображає гедонічне, ризиковане, «а мені все одно» ставлення до часу та життя. Передбачає орієнтацію на задоволення, хвилювання, збудження в сьогодні і відсутність турботи про майбутні наслідки чи жертви.

4. Фактор фаталістичного теперішнього.

Сьогодні розглядається як незалежне від волі особистості, визначеним наперед, а особистість - підкоряється долі. Розкриває фаталістичне, безпорадне та безнадійне ставлення до життя. Цей фактор відображає відсутність сфокусованої тимчасової перспективи. Бракує фокусу на цілі як у орієнтованих на майбутнє, немає акценту на хвилюванні як у гедоністів, немає ностальгії чи гіркоти як у тих, хто має високі показники за обома шкалами минулого. Розкриває переконання, що їхнє майбутнє зумовлене і на нього неможливо вплинути індивідуальними діями; сьогодні має переноситися з покірністю і смиренням, оскільки люди перебувають у владі примхливої (вибагливої) долі.

5. Міра орієнтації у майбутнє.

Виражає наявність в особистості цілей та планів на майбутнє. Демонструє загальну орієнтацію особистості на майбутнє. Переконання, що поведінка більшою мірою визначається прагненнями до цілей і винагород майбутнього. Характеризується плануванням та досягненням майбутніх цілей.

Джерело:

Сеник, О. (2012). Адаптація опитувальника часової перспективи особистості Ф. Зімбардо (ZTRI). *Соціальна психологія*, 1-2(51-52), 153–168.

Сеник, О., Абрамов, В., Ружицька, М., Бабатіна, С., Бедан, В., Бунас,

А., Дворник, М., Євченко, І., Клименко, О., Кузьменко, Я., Луценко, О., Мандзик, Т., Охріменко, В., Різник Р. (2017). Опитувальник часової перспективи Ф. Зімбардо: результати валідизації російськомовної версії на російськомовних українцях та перегляду ключів української версії. Гуманітарний вісник ДВНЗ “Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди”, Випуск 37-1, Т. VI (74) : Тематичний випуск “Вища освіта України у контексті інтеграції до Європейського освітнього простору”, 428-449.

Ціннісний опитувальник Шварца

Інструкція: Запитайте себе: «Які цінності важливі для мене як керівні принципи в моєму житті? Які цінності менш важливі для мене?» Ваше завдання: оцінити, наскільки важлива для Вас кожна цінність як керівний принцип у Вашому житті. Шкала для оцінки:

7 - винятково важлива як керівний принцип у Вашому житті цінність (зазвичай таких цінностей буває одна-дві);

6 - дуже важлива;

5 - досить важлива;

4 - важлива;

3 - не дуже важлива;

2 - мало важлива;

1 - не важлива;

0 - абсолютно байдужа;

-1 - це протилежно принципам, яким Ви прямуєте.

1 РІВНІСТЬ (рівні можливості для всіх)	
2 ВНУТРІШНЯ ГАРМОНІЯ (бути в мирі з самим собою)	
3 СОЦІАЛЬНА СИЛА (контроль над іншими, домінантність)	
4 ЗАДОВОЛЕННЯ (задоволення бажань)	
5 СВОБОДА (свобода думок і дій)	
6 ДУХОВНЕ ЖИТТЯ (акцент на духовних, а не матеріальних питаннях)	
7 ПОЧУТТЯ ПРИНАЛЕЖНОСТІ (відчуття, що я не самотній)	
8 СОЦІАЛЬНИЙ ПОРЯДОК (стабільність суспільства)	
9 ЖИТТЯ, ПОВНЕ ВРАЖЕНЬ (прагнення до новизни)	
10 СЕНС ЖИТТЯ (цілі в житті)	
11 ВВІЧЛИВІСТЬ (люб'язність, хороші манери)	
12 БАГАТСТВО (матеріальна власність, гроші)	
13 НАЦІОНАЛЬНА БЕЗПЕКА (захищеність своєї батьківщини від ворогів)	
14 САМОПОВАГА (віра у власну цінність)	

15 ПОВАГА ДО ДУМКИ ІНШИХ (врахування інтересів інших людей, уникнення конфронтації)	
16 КРЕАТИВНІСТЬ (унікальність, багата уява)	
17 МИР У ВСЬОМУ СВІТІ (свобода від воєн і конфліктів)	
18 ПОВАГА ДО ТРАДИЦІЙ (збереження визнаних традицій, звичаїв)	
19 ЗРІЛА ЛЮБОВ (глибока емоційна і духовна близькість)	
20 САМОДИСЦИПЛІНА (самообмеження, стійкість до спокус)	
21 ПРАВО НА УСАМІТНЕННЯ (право на особистий простір)	
22 БЕЗПЕКА СІМ'Ї (безпека для близьких)	
23 СОЦІАЛЬНЕ ВИЗНАННЯ (схвалення, повага інших)	
24 ЄДНІСТЬ З ПРИРОДОЮ (злиття з природою)	
25 МІНЛИВЕ ЖИТТЯ (життя, наповнене проблемами, новизною і змінами)	
26 МУДРІСТЬ (зріле розуміння світу)	
27 АВТОРИТЕТ (право бути лідером або командувати)	
28 ІСТИННА ДРУЖБА (близькі друзі)	
29 СВІТ КРАСИ (краса природи і мистецтва)	
30 СОЦІАЛЬНА СПРАВЕДЛИВІСТЬ (виправлення несправедливості, турбота про слабких)	

Тепер оцініть, наскільки важлива кожна з наступних цінностей для Вас, як керівний принцип Вашого життя. Ці цінності виражені в способах дії, які можуть бути більш-менш важливими для Вас. Спробуйте розрізнити цінності, наскільки це можливо, використовуючи всі номери.

31 САМОСТІЙНИЙ (надіється на себе, самодостатній)	
32 СТРИМАНИЙ (уникає крайностей в почуттях і діях)	
33 ВІРНИЙ (відданий друзям, групі)	
34 ЦІЛЕСПРЯМОВАНИЙ (працьовитий, натхненний)	
35 ВІДКРИТИЙ ДО ЧУЖИХ ДУМОК (терпимий до різних ідей і вірувань)	
36 СКРОМНИЙ (простий, що не прагне привернути до себе увагу)	

37 СМІЛИВИЙ (який шукає пригод, ризик)	
38 ЗАХИЩАЮЧИЙ ДОВКІЛЛЯ (зберігає природу)	
39 ВПЛИВОВИЙ (має вплив на людей і події)	
40 ПОВАЖАЮЧИЙ БАТЬКІВ І СТАРШИХ (виявляє повагу)	
41 ОБИРАЮЧИЙ ВЛАСНІ ЦІЛІ (визначає власні наміри)	
42 ЗДОРОВИЙ (не хворий фізично або душевно)	
43 ЗДІБНИЙ (компетентний, здатний ефективно діяти)	
44 ПРИЙМАЮЧИЙ ЖИТТЯ (підпорядковується життєвим обставинам)	
45 ЧЕСНИЙ (відвертий, щирий)	
46 ЗБЕРІГАЮЧИЙ СВІЙ ІМІДЖ (захищає власне «обличчя»)	
47 ВИКОНАВЧИЙ (слухняний, що підкоряється правилам)	
48 РОЗУМНИЙ (логічний, мислячий)	
49 КОРИСНИЙ (який працює на благо інших)	
50 НАСОЛОДЖУЄТЬСЯ ЖИТТЯМ (насолада їжею, сексом, розвагами та ін.)	
51 БЛАГОЧЕСТИВИЙ (дотримується релігійної віри і переконань)	
52 ВІДПОВІДАЛЬНИЙ (надійний, заслуговує на довіру)	
53 ДОПИТЛИВИЙ (цікавиться всім, допитливий)	
54 СХИЛЬНИЙ ПРОЩАТИ (прагне прощати іншого)	
55 УСПІШНИЙ (що досягає мети)	
56 ОХАЙНИЙ (охайний, акуратний)	
57 ПОТУРАЮЧИЙ СВОЇМ БАЖАННЯМ (займається тим, що приносить задоволення).	

Обробка результатів:

При первинній обробці даних вираховується середній бал для вибраних відповідей відповідно до ключа (див. таблицю). Обробка проводиться окремо для кожної з 10 типів ціннісних орієнтацій. Розмір

цього середнього бала стосовно інших дозволяє будувати висновки про міру значимості цих цінностей для досліджуваних.

Відповідно до середнього балу по кожному типу цінностей встановлюється їхнє рангове співвідношення. Кожному типу цінностей присвоюється ранг від 1 до 10. Перший ранг присвоюється типу цінностей, що має найвищий середній бал, десятий - має найнижчий середній бал. Ранг від 1 до 3, отриманий відповідними типами цінностей, характеризує їхню високу значущість для досліджуваного. Ранг від 7 до 10 свідчить про низьку значущість відповідних цінностей.

Цінності	Номер запитання
Конформність Conformity	11, 20, 40, 47
Традиції Tradition	18, 32, 36, 44, 51
Доброта Benevolence	33, 45, 49, 52, 54
Універсалізм Universalism	1, 17, 24, 26, 29, 30, 35, 38
Самостійність Self-Direction	5, 16, 31, 41, 53
Стимуляція Stimulation	9, 25, 37
Гедонізм Hedonism	4, 50, 57
Досягнення Achievement	34, 39, 43, 55
Влада Power	3, 12, 27, 46
Безпека Security	8, 13, 15, 22, 56

Інтерпретація, опис цінностей

Коротке визначення мотиваційних типів відповідно до їх центральної мети (Schwartz, 1992):

- Влада (Power) - соціальний статус, домінування над людьми та ресурсами;
- Досягнення (Achievement) - особистий успіх відповідно до соціальних стандартів;
- Гедонізм (Hedonism) - насолода або чуттєве задоволення;
- Стимуляція (Stimulation) - хвилювання і новизна;

- Самостійність (Self-Direction) - самостійність думки та дії;
- Універсалізм (Universalism) - розуміння, терпимість і захист благополуччя всіх людей та природи;
- Доброта (Benevolence) - збереження та підвищення благополуччя близьких людей;
- Традиція (Tradition) — повага та відповідальність за культурні та релігійні звичаї та ідеї;
- Конформність (Conformity) — стримування дій та спонукань, які можуть нашкодити іншим і не відповідають соціальним очікуванням;
- Безпека (Security) — безпека та стабільність суспільства, відносин та самого себе.

Джерело:

Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25, p. 1–65). Academic Press.
[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60281-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60281-6)

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (Е. Л. Носенко, А. Г. Четверик-Бурчак)

Інструкція. Будь ласка, дайте відповіді на запитання щодо Вашого самопочуття протягом останнього місяця (двох тижнів). Визначте частоту переживання наведених нижче станів.

Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...	Ніколи (0 балів)	1 – 2 рази (1 бал)	Приблизно 1 раз на тиждень (2 бали)	Приблизно 2 – 3 рази на тиждень (3 бали)	Майже кожен день (4 бали)	Кожен день (5 балів)
щастя						
цікавість до життя						
задоволення						
що можете зробити важливий внесок для суспільства						
належність до певної соціальної групи (за місцем навчання, роботи, проживання)						
що наше суспільство стає кращим для таких людей, як Ви						
що люди зазвичай хороші						
що події, які відбуваються в суспільстві, мають значення для Вас						

задоволення собою як особистістю						
що успішно впораєтесь із повсякденними зобов'язаннями						
теплі та довірливі стосунки з оточуючими						
що у Вас є досвід, який спонукає до самовдосконалення						
впевненість у висловлюванні власних поглядів						
що маєте мету та сенс життя						

Послідовність підрахунку балів. Підсумуйте бали в діапазоні від 0 до 70 (якщо необхідно, застосуйте 10-бальну шкалу).

Категоріальна діагностика. Процвітання (flourishing) діагностується, якщо індивід відчуває принаймні один із трьох симптомів гедонічного благополуччя (питання 1 – 3) «Кожен день» або «Майже кожен день» і переживає принаймні 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4 – 14) «Кожен день» або «Майже кожен день» протягом останнього місяця (двох тижнів).

Пригнічення (languishing) діагностується, якщо індивід зазначає, що «Ніколи» або «1 – 2 рази» протягом останнього місяця (двох тижнів) не переживав жодного з трьох симптомів гедонічного благополуччя (питання 1– 3), 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4 – 14, серед

яких 4 –8 твердження є показниками соціального благополуччя, а 9 – 14 – показниками психологічного благополуччя).

В індивідів, які не увійшли до жодної з названих категорій, діагностується «помірний» (задовільний) рівень психічного здоров'я.

Джерело:

Носенко, Е. Л., Четверик-Бурчак А. Г. (2014). Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»: опис, адаптація, застосування. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія»*, 20, 89-97.

Опитувальник посттравматичного зростання
(Post Traumatic Growth Inventory)

Інструкція. Вкажіть для кожного нижченаведеного твердження ступінь, в якому відповідна зміна відбулася в Вашому житті внаслідок кризової (травматичної) події, використовуючи наступну шкалу:

- 0 – Жодних змін
- 1 – Дуже незначні зміни
- 2 – Невеликі зміни
- 3 – Помірні зміни
- 4 – Великі зміни
- 5 – Дуже суттєві зміни

Текст методики.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя
14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше
15. Я став більше співчувати іншим

16. Я докладаю більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми

17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін

18. Я став більш віруючим (релігійнішим)

19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав

20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди

21. Я краще розумію потреби інших людей

Обробка результатів. Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка проводиться по «сірому» балу. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною шкалою. Індекс посттравматичного зростання обчислюється як сума балів за усіма твердженнями.

Шкала	Кількість тверджень	Номер тверджень
Ставлення до інших (СІ)	7	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Нові можливості (НМ)	5	3, 7, 11, 14, 17
Сила особистості (СО)	4	4, 10, 12, 19
Духовні зміни (ДЗ)	2	5, 18
Підвищення цінності життя (ПЦ)	3	1, 2, 13

Нормативні показники: [2]

Шкала	Низькі значення	Середні значення	Високі значення
Ставлення до інших (СІ)	0-14	15-24	25-35
Нові можливості (НМ)	0-9	10-15	16-25
Сила особистості (СО)	0-7	8-15	16-20
Духовні зміни (ДЗ)	0-3	4-6	7-10
Підвищення цінності життя (ПЦ)	0-6	7-11	12-15
Індекс посттравматичного зростання	0-32	33-63	64-105

Інтерпретація результатів.

Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу.

Шкала «Ставлення до інших». Людина стала більше розраховувати на

інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль задля встановлення взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей.

Шкала «Нові можливості». Після кризової ситуації у людини з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо.

Шкала «Сила особистості». Людина стала краще розуміти, що може додати життєві негаразди, виявилось, що вона значно сильніша, ніж вважала досі.

Шкала «Духовні зміни». Людина стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою.

Шкала «Підвищення цінності життя». У людини змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його більш змістовним.

Отже, досліджувані з високим індексом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчують впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми.

Джерело:

Зливков, В.Л., Лукомська, С.О., Федан, О.В. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. К.: Педагогічна думка.

**Опитувальник посттравматичних когніцій
(Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI)**

Інструкція: Нижче наведено низку тверджень, які можуть відображати або не відображати Ваші думки. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Пам'ятайте, що люди оцінюють травматичні події по-різному, тут немає правильних або неправильних відповідей.

- 1 – абсолютно не згодний
- 2 – переважно не згодний
- 3 – частково не згодний
- 4 – ставлюсь нейтрально
- 5 – більше згодний
- 6 – переважно згодний
- 7 – абсолютно згодний

Текст опитувальника

1	Подія сталася внаслідок моїх дій	
2	Я не вірю в те, що буду робити правильні вчинки	
3	Я «слабак»	
4	Я не можу контролювати свій гнів і здатний на жахливі вчинки	
5	Я не можу впоратися із найменшими труднощами	
6	Раніше я був щасливою людиною, а зараз я постійно нещасний	
7	Людям не можна довіряти	
8	Я постійно насторожений	
9	Я відчуваю себе «мертвим» всередині	
10	Ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди	
11	Я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі	
12	Я неадекватний	

13	Якщо я буду думати про цю подію, то ніколи не впораюсь із нею	
14	Подія сталася тому, що вона завжди трапляється з таким людьми як я	
15	Після події мої реакції свідчать про те, що я божеволію	
16	Я ніколи не зможу знову відчувати нормальні емоції	
17	Світ небезпечний	
18	Хтось інший міг зробити так, аби подія не сталася	
19	Я постійно стаю гіршим, ніж був раніше	
20	Я відчуваю себе об'єктом, а не людиною	
21	Хтось інший не потрапив би у таку ситуацію	
22	Я не можу покластися на інших людей	
23	Я відчуваю себе ізольованим від інших людей	
24	У мене немає майбутнього	
25	Я не можу зупинити те погане, що відбувається зі мною	
26	Люди не такі, якими здаються	
27	Моє життя зруйноване травмою	
28	Щось зі мною не так	
29	Мої реакції після події свідчать про те, що я лузер	
30	Щось в мені є таке, що притягнуло до мене цю подію	
31	Я відчуваю, що я більше не знаю себе	
32	Я не можу покластися на себе	
33	Зі мною нічого хорошого не станеться	

Обробка результатів:

Загальний бал _____

Шкала 1: Негативні думки стосовно себе (твердження: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35 і 36)

Шкала 2: Негативні думки стосовно світу (твердження 7, 8, 10, 11, 18, 23 і 27)

Шкала 3: Самоїдство (твердження: 1, 15, 19, 22 і 31)

Загальний бал є сумою усіх балів за кожним із 33 тверджень.

Негативні думки стосовно себе (загальний бал / 21) =

Негативні думки стосовно світу (загальний бал / 7) =

Самоїдство (загальний бал / 5) =

Нормативні дані:

	Травма відсутня	Травма, але не ПТСР	Травма з ПТСР
Шкала 1	1,08	1,05	3,60
Шкала 2	2,07	2,43	5,00
Шкала 3	1,00	1,00	3,20
Загальний бал	45,50	49,00	133,00

Джерело:

Зливков, В.Л., Лукомська, С.О., Федан, О.В. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. К.: Педагогічна думка.

Методика психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Heim)

Інструкція: Вам буде запропоновано ряд тверджень, що стосуються особливостей Вашої поведінки. Спробуйте згадати, яким чином Ви найчастіше вирішуєте стресові ситуації і ситуації, що потребують сильного емоційного напруження. Обведіть кружечком, будь ласка, той номер, який Вам підходить.

У кожному розділі тверджень необхідно вибрати лише один варіант, за допомогою якого Ви вирішуєте свої проблеми. Відповідайте, будь ласка, відповідно до того, як Ви справляєтеся з важкими ситуаціями протягом останнього часу. Довго не роздумуйте – важлива Ваша перша реакція. Будьте уважні!

Тест методики.

А

1. «Кажу собі: ніші є щось важливіше, ніж труднощі»
2. «Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»
3. «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»
4. «Я не втрачаю самовладання, зберігаю самоконтроль у складних ситуаціях та намагаюся нікому не показувати свій стан»
5. «Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж трапилося»
6. «Я кажу собі: порівняно із проблемами інших людей мої – це дрібниця»
7. «Якщо щось трапилося, на все воля Божа»
8. «Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів»
9. «Я надаю своїм труднощам особливого змісту, долаючи їх, я розвиваюся та самовдосконалююся»

10. «Нині я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але згодом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

Б

1. «Я завжди обурююся несправедливістю долі до мене і виражаю свій протест»

2. «Я впадаю у відчай, ридаю і плачу»

3. «Я не дозволяю собі виражати емоції»

4. «Я завжди впевнений, що є вихід з важкої ситуації»

5. «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»

6. «Я впадаю у стан безнадійності»

7. «Я вважаю себе винним і отримую по заслугам»

8. «Я впадаю у лють, стаю агресивним»

В

1. «Я занурююся в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»

2. «Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої проблеми»

3. «Намагаюся не думати про свої проблеми»

4. «Намагаюся відволіктися і розслабитися (з допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)»

5. «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (подорожую, вивчаю іноземну мову тощо)»

6. «Я намагаюся залишитися наодинці з собою»

7. «Я співпрацюю із значущими для мене людьми для подолання труднощів»

8. «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою».

Обробка результатів:

Когнітивні копінг-стратегії	Емоційні копінг-стратегії	Поведінкові копінг-стратегії
А	Б	В
1. Ігнорування 2. Покора 3. Дисимуляція 4. Збереження самовладання 5. Проблемний аналіз 6. Відносність 7. Релігійність 8. Розгубленість 9. Надання сенсу 10. Встановлення власної цінності	1. Протест 2. Емоційна розрядка 3. Придушення емоцій 4. Оптимізм 5. Пасивна кооперація 6. Покірність 7. Самозвинувачення 8. Агресивність	1. Відволікання 2. Альтруїзм 3. Активне уникнення 4. Компенсація 5. Конструктивна активність 6. Відступ 7. Співпраця 8. Звернення

Інтерпретація результатів:

Адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.

Адаптивні емоційні копінг-стратегії – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.

Адаптивні поведінкові копінг-стратегії – така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким для подолання труднощів.

Неадаптивні когнітивні копінг-стратегії – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили і інтелектуальні здібностей, з умисною недооцінкою власних неприємностей.

Неадаптивні емоційні копінг-стратегії – варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуттям безнадійності, покірності, переживанням злості і звинувачуваннями себе та інших.

Неадаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, яка

передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від вирішення проблем.

Відносно адаптивні копінг-стратегії – тобто такі, конструктивність яких залежить від значущості та вираженості ситуацій подолання.

Відносно адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів в порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

Відносно адаптивні емоційні копінг-стратегії – поведінка, спрямована на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або на покладання відповідальності за вирішення труднощів іншим особам.

Відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань.

Копінг-стратегії	Адаптивні	Неадаптивні	Відносно адаптивні
Когнітивні	(А5) Проблемний аналіз (А10)Встановлення власної цінності, (А4) Збереження самовладання	(А2) Покора (А3) Дисимуляція (А1) Ігнорування (А8) Розгубленість	(А6) Відносність (А7) Релігійність (А9) Надання сенсу
Емоційні	(Б1) Протест (Б4) Оптимізм	(Б3) Придушення емоцій (Б6) Покірність (Б7) Самозвинувачення (Б8) Агресивність	(В2) Емоційна розрядка (В5) Пасивна кооперація
Поведінкові	(В2) Альтруїзм (В7) Співпраця (В8) Звернення	(Б3) Активне уникнення (Б6) Відступ	(В1) Відволікання (В4) Компенсація (В5) Конструктивна активність

Шкала диференціальних емоцій (К. Ізарда)

Інструкція: Оцініть, будь ласка, за 4-бальною шкалою, якою мірою кожне поняття описує ваше самопочуття на даних момент, поставивши відповідну цифру у правому стовпчику.

- 1- зовсім мені не підходить,
- 2- мабуть що так,
- 3 – так,
- 4 – абсолютно підходить мені.

Бланк методики

1.Уважний		2.Концентрований		3.Зібраний	
4.Отримує задоволення		5.Щасливий		6.Радісний	
7.Здивований		8.Приголомшений		9.Вражений	
10.Сумний		11.Печальний		12.Зломлений	
13.Роздратований		14.Гнівний		15.Безумний	
16.Відчуває неприязнь		17.Відчуває гидливість		18.Відчуває відразу	
19.Презирливий		20.Зневажливий		21.Гордовитий	
22.Лякаючий		23.Страшний		24.Викликає паніку	
25.Сором'язливий		26.Боязкий		27.Соромливий	
28.Відчуває жаль		29.Винуватий		30.Жалкує за скоєним	

Обробка результатів:

Обрахунок здійснюється у декілька етапів.

На першому підраховуються оцінки щодо кожної з 10 базових емоцій. Це здійснюється шляхом підсумовування балів за трьома шкалами, що описують прояви відповідних емоцій. В результаті виходить 10 показників, значення кожного з яких може змінюватись в діапазоні від 3 до 15 балів. Прийнятною формою представлення цих показників є побудова «профілю емоцій» у просторі координат: по осі абсцис наносяться найменування чи номери базових емоцій, по осі ординат – отримані бальні оцінки з кожної.

1. Інтерес (п. 1-3); 2. Радість (п. 4-6); 3. Здивування (п. 7-9); 4. Горе (п.10-12); 5. Гнів (п. 13-15); 6. Огида (п. 16-18); 7. Презирство (п. 19-21); 8. Страх (п. 22-24); 9. Сором (п. 25-27); 10. Вина (п. 28-30).

На другому етапі підраховуються узагальнені показники щодо укрупнених груп емоцій. Визначається **загальний коефіцієнт самопочуття** за формулою:

$$K = (C1 + C2 + C3 + C9 + C10) / (C4 + C5 + C6 + C7 + C8)$$

де К - самопочуття,

C1, C2, C3 ... - емоція під №1, №2, №3, № ... відповідно.

Якщо показник К більше 1, то самопочуття загалом позитивне, нерідко відповідає гіпертимному типу акцентуації, якщо К менше 1 – самопочуття можна охарактеризувати як негативне або таке, що відповідає дистимному (зі зниженим настроєм) типу акцентуації.

Наступний етап аналізу результатів методики передбачав підрахунок узагальнених показників за укрупненими групами емоцій.

Індекс позитивних емоцій (ІПЕ) – характеризує рівень позитивного емоційного ставлення суб'єкта до наявної ситуації. Підраховується як сума балів за трьома першими блоками базових емоцій:

$$ІПЕ = \sum (\text{цікавість} + \text{радість} + \text{подив}).$$

Значення ІПЕ можуть коливатися у діапазоні від 9 до 45 балів.

Індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ) – відображає загальний рівень негативного емоційного ставлення суб'єкта до готівкової ситуації. Підраховується як сума балів за чотирма наступними блоками базових емоцій:

$$\text{ІГНЕ} = \sum (\text{горе} + \text{гнів} + \text{огида} + \text{зневага}).$$

Значення ІГНЕ можуть коливатися у діапазоні від 12 до 60 балів.

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ІТДЕ) відображає рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу емоцій, що опосередковують суб'єктивне ставлення до наявної ситуації. Підраховується як сума балів за трьома останніми блоками базових емоцій:

$$\text{ІТДЕ} = \sum (\text{страх} + \text{сором} + \text{вина}).$$

Бали ІТДЕ можуть коливатися у діапазоні від 9 до 45.

Джерело:

Зливков, В.Л., Лукомська, С.О., Федан, О.В. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. К.: Педагогічна думка.

ЗМІСТ

Передмова.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТА У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ	
1.1. Концептуальні підходи до визначення психічного здоров'я та його складових.....	5
1.2. Психологічні характеристики студентської молоді.....	10
1.3. Особливості психічного здоров'я у період пандемії.....	16
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ПАНДЕМІЇ ЯК ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ: ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ДОСЛІДЖЕНЬ	
2.1. Поняття травми у психології.....	20
2.2. Вплив травматичного досвіду на психічне здоров'я особистості.....	24
2.3. Вимушені соціальні обмеження у період пандемії як травматичний досвід.....	28
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	
3.1. Опис програми емпіричного дослідження	32
3.2. Аналіз отриманих результатів дослідження особливостей психічного здоров'я молоді в умовах кризи пандемічних обмежень	36
3.3. Порівняння особливостей психічного здоров'я у студентів з досвідом та без досвіду хвороби у період пандемії.....	44
РОЗДІЛ 4. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ ЯК ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ	
4.1. Опис вибірки та обґрунтування методів дослідження.....	50
4.2. Аналіз отриманих результатів дослідження.....	54

4.3. Порівняння особливостей психологічних наслідків пандемії у студентів з досвідом та без досвіду хвороби.....	62
--	----

РОЗДІЛ 5. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНИХ ОБМЕЖЕНЬ

5.1. Основні напрями збереження психічного здоров'я студентів в умовах пандемії.....	68
5.2. Підтримка психічного здоров'я засобами духовного розвитку	70
5.3. Програма підтримки психічного здоров'я для студентів в умовах соціальних обмежень.....	72

РОЗДІЛ 6. ВІЙНА І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

6.1. Вплив військових дій на психічне здоров'я цивільного населення.....	94
6.2. Психічне здоров'я військовослужбовців.....	100
6.3. Психологічна підтримка та розвиток психологічної стійкості в умовах військових дій.....	107

ВИСНОВКИ	113
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	118
ДОДАТКИ.....	145

Наукове видання

Наталія Коструба, Оксана Фіщук

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В УМОВАХ
КРИЗИ**

Монографія

*Друкується в авторській редакції
Макетування Наталії Коструби*