

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ



КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ
СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ



KYIV JOURNAL
OF MODERN PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY

КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

KYIV JOURNAL OF MODERN PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

Міжнародне науково-прикладне періодичне видання

№ 1 (3), 2022

Київ
2022

Засновник: Київський інститут сучасної психології та психотерапії

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
Серія KB 23767-13607P від 14.02.2019 р.

Рецензенти:

О.В. Креденцер – доктор психологічних наук, доцент, провідний науковий співробітник лабораторії організаційної та соціальної психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Т.В. Карамушка – кандидат психологічних наук, доцента кафедри соціальної психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії

*Друкується за ухвалою Вченої ради
Київського інституту сучасної психології та психотерапії
(протокол № 1 від 06 жовтня 2022 року)*

Головний редактор:

Завязкіна Наталія Володимирівна (Natalia Zaviazkina), доктор психологічних наук, доцент, перший проректор Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5565-8959>

E-mail: nmuz@ukr.net

Члени редакційної колегії:

Бурлака Віктор (Viktor Burlaka), PhD, асистент професора університету Уейна, Детроїт, США

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0204-6454>

E-mail: gs4906@wayne.edu

Брюховецька Олександра Вікторівна (Oleksandra Brukhovetska), доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології та особистісного розвитку Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти», Київ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4884-2878>

E-mail: ciparisab011@gmail.com

Виноградов Олександр Геннадійович (Olexander Vinogradov), кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1250-3863>

E-mail: a.g.vinogradov@knu.ua

Дворяк Сергій Васильович (Sergii Dvoriak), доктор медичних наук, професор кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці, соціальних відносин і туризму, головний дослідник Українського інституту політики громадського здоров'я, Київ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0032-5417>

E-mail: dvoryak@uihp.org.ua

Карачевський Андрій Борисович (Andriy Karachevskyi), кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4610-4887>
E-mail: karachevskyi@gmail.com

Клочко Алла Олексіївна (Alla Klochko), доктор психологічних наук, доцент, головний науковий співробітник наукового центру дистанційного навчання, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6631-2638>
E-mail: klochko_alla@ukr.net

Маркопулос Георгій (Georgios Markopoulos), Phd, старший викладач психології університету Бат Спа, Бат, Англія
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-7003>
E-mail: g.markopoulos@bathspa.ac.uk

Пилягіна Галина Яківна (Galyna Pyliagina), доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0169-1256>
E-mail: gpil.doctor@gmail.com

Координатор:

Карамушка Тарас Вікторович (Taras Karamushka), кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-8327>
E-mail: tkarama90@gmail.com

ЗМІСТ

Журба Анатолій, Рябчич Ярослав. Особливості емоційної сфери, когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання	5
Карамушка Людмила, Шевченко Антоніна. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни	29
Найчук Вікторія, Швед Вадим, Саранча Ірина. Особливості прояву негативних емоційних станів викладачів вищої школи в умовах воєнного стану	43
Омельченко Яніна. Особливості психологічної допомоги дітям в умовах війни	52
Пономарьова Вікторія, Трофімова Дар'я, Карамушка Тарас. Психологічні особливості переживання спортивної травми у спортсменів	68
Трофімов Андрій, Цикаленко Ольга, Заболотна Валерія. Толерантність до невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу	80

**Анатолій Журба
Ярослав Рябчик**

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ, КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ТА ПЕРЕБІГУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ СПИНАЛЬНУ ТРАВМУ ТА МАЮТЬ СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Журба Анатолій, Рябчик Ярослав. Особливості емоційної сфери, когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання.

У статті описано особливості емоційної сфери, когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання; уточнено роль депресії в генезі психосоматичних (психовегетативних) порушень різної локалізації; проведено типологізацію депресивних розладів із встановленням їхньої нозологічної приналежності, ступеня вираженості та клінічних особливостей на основі клініко-психопатологічного дослідження. Стаття включає порівняльно-вікове комплексне динамічне клініко-психопатологічне вивчення низки психосоматичних розладів, а також особливостей емоційної сфери та когнітивних функцій на репрезентативній групі досліджуваних – дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму. Розроблена нова, заснована на системному підході, клініко-онтогенетична концепція. Описані початкові прояви та етапи динаміки ПСР у травній системі, шкірних покривах, руховій, ендокринній системах та у вигляді алгічних (цефалгії, міалгії, кардіалгії) проявів у різні вікові періоди. Були встановлені критерії переходу непатологічних (вегетосудинних) форм соматичного супроводу емоцій у патологічні (психовегетативні) форми – психосоматичні порушення. На основі динамічного клініко-психопатологічного вивчення дітей та підлітків з функціональними порушеннями у різних органах та системах виявлено фактори ризику, що дозволяють дати прогноз перебігу ПСР. Було розроблено типологію депресивних порушень, запропоновано класифікацію обумовлених ними соматичних розладів, описано специфічність, вікові особливості та клінічні варіанти ПСР, їх зв'язок з патологічним (конституційним та церебрально-органічно зміненим) ґрунтом. Практична значимість одержаних результатів полягає в розширенні уявлення лікарів – дитячих психіатрів і педіатрів – про значущість депресивних порушень у розвитку поширеної, практично недостатньо вивченої групи ПСР, які проявляються переважно соматичними (вегетативно-вісцеральними) розладами. Було визначено критерії ранньої діагностики емоційних розладів у структурі ПСР, диференціювання їх на різних етапах онтогенезу. Були сформульовані принципи комплексного диференційованого лікування, що включає, поряд з симптоматичним, використання психофармакологічних і психотерапевтичних засобів, а також профілактики ПСР на ранніх віках.

Ключові слова: особливості емоційної сфери, особливості когнітивних функцій, психосоматичні розлади, дитячий та підлітковий вік, клінічні особливості, спинальна травма.

Jhurba, Anatolii, Riabchych, Yaroslav. Features of the emotional sphere, cognitive functions and the course of psychosomatic disorders in children and adolescents who have suffered spinal trauma and comorbidities.

The article describes the features of the emotional sphere, cognitive functions and the course of psychosomatic disorders in children and adolescents who have suffered spinal trauma and comorbidities; the role of depression in the genesis of psychosomatic (psychovegetative) disorders of different localization is specified; the typology of depressive disorders was carried out with the establishment of their nosological affiliation, severity and clinical features on the basis of clinical and psychopathological research. The article includes a comparative age-complex dynamic clinical and psychopathological study of a number of psychosomatic disorders as well as features of the emotional sphere and cognitive functions in a representative group of subjects – children and adolescents who have suffered spinal trauma. A new clinical-ontogenetic concept based on a systems approach has been developed. The initial manifestations and stages of AKP dynamics in the digestive system, skin, motor, endocrine systems and in the form of algic

(cephalgia, myalgia, cardialgia) manifestations at different ages are described. Criteria for the transition of non-pathological (vegetative-vascular) forms of somatic support of emotions into pathological (psycho-vegetative) forms – psychosomatic disorders – were established. Based on the dynamic clinical and psychopathological study of children and adolescents with functional disorders in various organs and systems, risk factors have been identified that allow to predict the course of AKP. A typology of depressive disorders was developed, a classification of somatic disorders caused by them was proposed, specificity, age features and clinical variants of AKP, their connection with pathological (constitutional and cerebrally organically altered) soil were described. The practical significance of the results is to expand the understanding of physicians – child psychiatrists and pediatricians – about the importance of depressive disorders in the development of a common, almost insufficiently studied group of AKP, manifested mainly by somatic (autonomic-visceral) disorders. Criteria for early diagnosis of emotional disorders in the structure of AKP, their differentiation at different stages of ontogenesis were determined. The principles of complex differentiated treatment were formulated, which includes, along with symptomatic, the use of psychopharmacological and psychotherapeutic means, as well as prevention of AKP at an early age.

Key words: features of emotional sphere, features of cognitive functions, psychosomatic disorders, childhood and adolescence, clinical features, spinal trauma.

Вступ. Травматична хвороба спинного мозку (ТХСМ) різко та несподівано змінює перебіг життя людини. Це викликає раптове, часто руйнівне пошкодження центральної нервової системи, з потенційними несприятливими ефектами на інші системи організму: опорно-руховий апарат, травну, сечовидільну, серцево-судинну та репродуктивну системи. Багато вторинних ускладнень, які відчувають хворі з ТХСМ, відмінні від наслідків, що переживаються людьми з іншими неврологічними захворюваннями. Пацієнтам зі спинальною травмою доводиться наново освоювати навички харчування, ходіння та одягання. Більше того, хворий на ТХСМ повинен впоратися з іншими проблемами, такими як нейрогенний кишечник та сечовий міхур, гострі респіраторні захворювання, пролежні, зміна сексуального функціонування, інфекції сечовивідних шляхів (Shunk, Davis & Dean, 2017). Також ускладнює процес реабілітації хронічний та невропатичний біль, остеопороз та вегетативна дисрефлексія. Більше того, пацієнтам з ТХСМ доводиться мати справу зі змінами соціальних ролей, реактивною депресією та тривожністю. Ці проблеми суттєво ускладнюють реабілітацію та адаптацію пацієнта. Рівень самогубств серед спинальних хворих у 2,6 разів вищий порівняно із загальною популяцією (Benton, Varney, & Hamsher, 2018; Tulskey et al., 2016). Ці факти визначають значущість дослідження дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму, задля розробки механізмів нормалізації їхньої емоційної та когнітивної сфери та превенції розвитку психосоматичних розладів.

Залишаються невирішеними питання, що стосуються ролі віку у виникненні, клінічному оформленні та динаміці психосоматичних розладів (ПСР), окремих генетичних (психопатологічна та психосоматична спадковість, особистісні особливості дітей та батьків), церебрально-органічних (патологія вагітності та пологів, тяжкі захворювання, травми) та психосоціальних (патологія виховання, психотравмуючі впливи) факторів. Відсутні певні дані про характер та особливості афективних розладів, що лежать в основі

ПСР, класифікації депресій, які необхідні для патогенетично обґрунтованого лікування (Carver, & Harris, 2018; Харченко, 2015). Досі не уточнено окремих характеристик депресії: причин, ступеня клінічної виразності та особливості, що визначають виникнення соматичних порушень у дітей та підлітків (Sanders, 2018; Schwarzer, & Renner 2000; Turner, 2008). У зв'язку з актуальністю як медичного, так і соціального аспектів проблеми ПСР необхідно наголосити на значущості їх розробки не лише в практичному напрямі — клініці, динаміці та терапії, а й теоретичному — уточнення особливостей патогенезу з обґрунтуванням терапевтичних та реабілітаційних підходів (Nemeroff, & Midlarsky, 2021; Rief, & Hiller, 2019).

Мета дослідження: комплексне порівняльно-вікове вивчення особливості емоційної сфери, когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання.

Методи та організація дослідження. Для вивчення особливостей перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму та мають супутні захворювання, було використано клініко-психопатологічне дослідження. Визначальним принципом клініко-психопатологічного вивчення досліджуваних був системний онтогенетичний підхід. Особливість системного підходу полягає в тому, що разом із клінікою соматичних порушень у порівняльно-віковому аспекті з урахуванням етапу онтогенезу вивчалися психопатологічні, зокрема, депресивні розлади. Для встановлення та визначення виразності депресії використовувалася шкала С.П. Кея, Л.А. Оплера та А. Фіцбейна (1990), модифікована С.Н. Осколковою (1996) (Воронов, 2017), а також шкала М. Гамільтона (Белопольская, 2017). Параклінічне обстеження включало застосування: кардіоінтервалографії (КІГ), електроенцефалографії (ЕЕГ), ехоелектроенцефалографії (ЕХО-ЕГ), реоенцефалографії (РЕГ), ультразвукового дослідження (УЗД), фіброезофагодооденоскопії, томографії (КТ), рентгенографії черепа, реовазографії кінцівок. Досліджувані були піддані клініко-психологічному дослідженню за А.Е. Лічко, Н.Я. Івановим (1981) та психологічному дослідженню з використанням Шкали самооцінки Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна та Тесту кольорових виборів М. Люшера.

Для вивчення особливостей емоційної сфери та когнітивних функцій та перебігу психосоматичних розладів у дітей та підлітків, які перенесли спинальну травму, було використано методику Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана (Amirkhan, 2016), Методику саморегуляції Ю. Куля (Kuhl & Fuhrman, 2018), Методику Н. Холла на визначення рівня емоційного інтелекту (Shunk, Davis, & Dean, 2017), Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), Тест життєстійкості (методика С. Мадді). Також було використано методики

батареї А.Р. Лурії: запам'ятовування шести слів, запам'ятовування двох груп по три слова, серійний рахунок (послідовне віднімання зі 100 по 7). Оцінка короточасної зорової пам'яті проводилася за допомогою ідентифікації предметних зображень та впізнання «напіввербалізованих» графічних зображень при короточасному пред'явленні заданих зразків (Tulsky et al., 2016). При дослідженні зорово-просторових функцій було використано методики: Judgment of Line Orientation (Benton, Varney, & Hamsher, 2018), Проба «Ліва-Права рука». Оцінка регуляторних функцій була проведена за допомогою Інтерференційного тесту (D-KEFS Color-Word Interference Test) та Тесту вербальної швидкості (D-KEFS Verbal Fluency Test) (Kennedy & Rogers, 2016).

Статистична обробка результатів проводилася із застосуванням програм Microsoft Excel та пакету статистичного аналізу даних Statistica 8.0 for Windows (StatSoft Inc., USA) та SPSS 15.0 із застосуванням стандартних параметричних та непараметричних критеріїв оцінки статистичної значущості відмінностей. Відмінності вважалися достовірними при $p < 0,05$.

Вибірка дослідження. Емпіричне дослідження здійснювалося на базі Луганської обласної дитячої клінічної лікарні (м. Лисичанськ Луганської області). Було досліджено 808 дітей і підлітків з психосоматичними розладами (356 хлопчики і 452 дівчинки) у віці від 1 до 17 років (середній вік $10,1 \pm 0,2$ роки) і тривалістю захворювання від 1 до 15 років (в середньому $4,1 \pm 0,2$ роки). У віковому відношенні переважала група дітей молодшого шкільного (7-9 років) віку – 179 досліджуваних, друге місце посідає група молодшого підліткового (12-13 років) – 176 осіб, середнього підліткового (14-15 років) віку – 140 осіб та передпідліткового віку (10-11 років) – 138 осіб. Найменш представленими були групи старшого підліткового (16-17 років) віку – 23 особи, раннього дитячого (0-4 роки) – 74 особи, дошкільного (5-6 років) віку – 78 осіб. Підставою для включення пацієнта до дослідження було: наявність у досліджуваного функціональних порушень у травній системі, шкірних покритвах, руховій, ендокринній системах та у вигляді алгічних проявів, що поєднуються з психічними порушеннями; виявлення депресивних розладів у досліджуваного, як таких, що визначають психічну патологію, та у вигляді синдрому в структурі різних психопатологічних станів; терапевтична резистентність соматичної патології щодо симптоматичної терапії, яка проводиться не менше 2 тижнів. Досліджувані спостерігалися під час їх лікування у згаданій дитячій клінічній лікарні) та в її поліклінічному відділенні у період з 2018 по 2021 роки.

Результати дослідження та їх обговорення.

Психосоматичні розлади (ПСР) - порушення функцій внутрішніх органів та систем, зумовлені психогенними порушеннями - займають дедалі більше місце у захворюваності дитячо-підліткового населення, становлячи, за даними деяких дослідників, від 10 до 40% з числа дітей і підлітків, що звертаються за медичною допомогою (Jackson, & Aiken, 2020; Воронов, 2017). При цьому, часто відзначається недостатня ефективність симптоматичного лікування, що зазвичай застосовується, що призводить до ускладнення і хронізації ПСР.

Велике значення, поряд з медичним, має також соціальний аспект проблеми — виражений дезадаптуючий вплив ПСР із частими загостреннями та госпіталізаціями, а іноді й ранньою інвалідизацією.

До цього часу цій проблемі присвячено велику кількість робіт, в основному, зарубіжних дослідників, послідовників З.Фрейда (Rief, & Hiller, 2019; Хорни, 2018), що вивчали психогенні соматичні розлади у дітей, виходячи з основних положень психоаналізу, і як лікування рекомендували тільки психотерапевтичне втручання.

У психотерапевтичній практиці цей напрямок в основному розвивався з ідей нервізму з певними досягненнями в розробці проблеми ПСР. Серед психогенно обумовлених розглядалися розлади травлення, серцево-судинного апарату, дихального, рухової сфери, порушення шкірних покривів (Sampson, 2017), а також окремі функціональні порушення – системні неврози. Останні десятиліття у плані психосоматичних взаємин розглядався інший аспект проблеми – приховані, масковані депресії, соматичні прояви яких можуть охоплювати практично всі органи та системи (Carver, & Harris, 2018; Hellhammer, 2017; Харченко, 2015).

В результаті проведених спеціалістами різного профілю досліджень встановлено, що в основі соматичних (вегетовісцеральних) порушень лежать емоційні розлади – тривога і депресія (Katz, Meyers, & Walls, 2019; Nemeroff, & Midlarsky, 2021; Воронов, 2017).

Щодо роботи з особами, які перенесли спинальну травму, первинною метою лікарів є покращення функціонального статусу хворого. Медична реабілітація головним чином спрямована на доведення пацієнта до максимально можливого доброго фізичного стану. Також реабілітаційна команда наголошує на введенні інваліда в соціальне середовище, хворі намагаються навчитися жити з травмою. Окремий аспект реабілітації спрямований на розвиток емоційної та когнітивної сфер хворих.

Різноманітність симптоматики обумовлює необхідність постійної комплексної медико-соціальної реабілітації досліджуваних із ТХСМ, найважливішим аспектом якої є тривала психологічна корекція (Hoffman, Bombardier, Graves, Kalpakjian, & Krause, 2017;

Kennedy & Rogers, 2016). Це зумовлює необхідність всебічного аналізу психоемоційного та когнітивного статусів інвалідів, які перенесли спинальну травму, чому і присвячено справжнє оригінальне дослідження.

Залежно від локалізації ПСР контингент досліджуваних був поділений на 5 груп з визначальними та провідними психосоматичними порушеннями травної системи (1 група) – 242 обстежених, шкірних покривів (2 група) – 138, рухової системи (3 група) – 181, ендокринної системи (4 група) – 90 та алгічними (цефалгії, міалгії, кардіалгії) проявами (5 група) – 157 обстежених. У досліджуваних з психосоматичною патологією декількох органів і систем вивчалися супутні психосоматичні прояви, що відзначалися в травній системі – 244 випадки, шкірних покривах – 86, рухової – 44, ендокринної – 61 системах і у вигляді алгічних проявів – 314 випадків, що розширило можливості дослідження.

Аналіз клінічних особливостей ПСР у вивченого контингенту досліджуваних дітей і підлітків виявив певні відмінності соматичних порушень з відповідним підрозділом на психосоматичні реакції, стани та психосоматичні захворювання, які поряд з клінічною картиною характеризувались тривалістю існування та особливостями параклінічних даних.

Психосоматичним (ПС) реакціям, що відзначалися у 153 (18,9%) досліджуваних, були властиві незначного ступеня вираженості вегетосудинні прояви в межах одного органу або системи тривалістю від декількох хвилин до кількох годин.

Психосоматичним (ПС) станам у 542 (67,1%) досліджуваних притаманна більша вираженість вегетативно-судинних порушень, що охоплюють одну систему, або менша, якщо залучені дві-три системи за тривалий час існування – дні і навіть місяці – і наявності деякої параклінічної об'єктивізації цих розладів невідповідного ступеня вираженості клінічних (больових) проявів. Психосоматичні (ПС) захворювання у 113 досліджуваних представлені вираженими і стійкими вегетативно-вісцеральними проявами з боку ураженого органу або системи, підтвердженими параклінічними дослідженнями їх органічних змін або тривалістю і періодом декомпенсації. ПС реакції частіше зустрічалися у досліджуваних (59,5%) до 10 років, ПС стани (85,2%) – з 7 років, ПС захворювання (59,3%) – після 10-річного віку.

Динаміка психосоматичної патології у більшості обстежених характеризувалася етапністю: 1 етап – поступове наростання частоти і ступеня вираженості функціональних вегетосудинних проявів від оформлення емоційних реакцій з фіксацією до переходу у психосоматичні реакції; 2 етап – розвиток психосоматичного стану, що відрізняється більшим ступенем вираженості та стійкості афективної та соматичної симптоматики, підтверджуваної частково параклінічно; та 3 етап – становлення психосоматичного

захворювання. Одномоментне виникнення ПС захворювань (виразки шлунка та ін.) відзначалося рідко.

На даному контингенті досліджуваних були вивчені біологічні (генетичний та церебрально-органічні) та психосоціальні фактори ризику виникнення ПСР.

Обтяженість спадковості психічними захворюваннями виявлена у 118 (14,6%) обстежених: у 34 (4,2%) — психічними розладами психотичного характеру та у 84 (10,4%) — непсихотичного. Психосоматичні захворювання відзначені у 331 (41%) у найближчого родича, у 153 (18,9%) у тих самих органах і системах. Клінічно та клініко-генеалогічно у 627 (77,6%) батьків встановлено патологічні особистісні особливості. Психопатологічні прояви (невропатія) першого року життя відзначалися в 300 (37,1%) досліджуваних. Акцентуйовані риси характеру виявлено у 702 (86,9%) обстежених: емоційно-лабільний тип – у 230 (28,5%), лабільно-істеричний – у 166 (20,5%), істеричний – у 154 (19,1%)) та ін. За шкалою Спілбергера-Ханіна рівень реактивної тривожності обстежених склав у середньому $38,6 \pm 1,8$, а особистісної — $51,5 \pm 1,6$ бала. За допомогою тесту Люшера виявлено здебільшого егоцентричні установки із підвищеним рівнем домагань, емоційною лабільністю та сенситивністю.

Резидуально-органічну недостатність ЦНС виявлено у 693 (85,8%) обстежених: у переважній більшості випадків (77,6%) вона виступала як біологічно неповноцінне підґрунтя і лише 8,2% як визначальна нозологічної приналежності захворювання.

Резидуально-органічна церебральна недостатність підтверджена параклінічно: за даними ЕЕГ (466 обстежених) у більшості (228) досліджуваних виявлено незначні дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку з проявом епілептиформної активності при гіпервентиляції у 147 досліджуваних; у 79 досліджуваних – зміни електричної активності за епілептичним типом з наявністю осередків судомної готовності; РЕГ дослідження (330 обстежених) виявило у 98% досліджуваних асиметрію кровотоку зі зміною тону судин середнього та дрібного калібру сонних та хребетних артерій, а також утрудненням венозного відтоку; за даними ЕМГ (35 обстежених) у переважній більшості обстежених виявлено порушення надсегментарних впливів, і лише чотири досліджувані мали вказівки на дегенеративні зміни у деяких відділах периферичної нервової системи; КТ дослідження (26 обстежених) встановило у 6 досліджуваних кістозні та у 6 дегенеративно-атрофічні зміни головного мозку. Дані наведені в таблиці 1.

Частота генетичних факторів ризику виникнення ПСР

Спадкові фактори ризику	Число випадків	Відсоток
1. Психічні захворювання	118	14,6
- психотичного характеру	34	4,2
- непсихотичного	84	10,4
2. Психосоматичні розлади	331	41
- тієї ж системи	153	18,9
3. Особистісні особливості батьків	627	77,6
4. Психопатологічні прояви на першому році життя	300	37,1
5. Особистісні особливості досліджуваних	702	86,9
Загальна кількість факторів ризику	808	
Середній показник обтяженості факторами ризику	2,6	

Тяжкі соматичні захворювання, травми черепа, операції, інтоксикації виявлені у 217 (26,9%) досліджуваних.

Резидуально-органічна недостатність ЦНС виявлена у 693 (85,8%) обстежених; у переважній більшості випадків (77,6%) вона виступала як біологічно неповноцінне підґрунтя і лише 8,2% як визначальна нозологічної приналежності захворювання.

Резидуально-органічна церебральна недостатність підтверджена параклінічно: за даними ЕЕГ (466 обстежених) у більшості (228) досліджуваних виявлено незначні дифузні зміни біоелектричної активності головного мозку з проявом епілептиформної активності при гіпервентиляції у 147 досліджуваних; у 79 досліджуваних – зміни електричної активності за епілептичним типом з наявністю вогнищ судомної готовності; РЕГ дослідження (330 обстежених) виявило у 98% досліджуваних на асиметрію кровотоку зі зміною тону судин середнього та дрібного калібру басейну сонних та хребетних артерій, а також утрудненням венозного відтоку; за даними ЕМГ (35 обстежених) у переважній більшості обстежених було порушення надсегментарних впливів, і лише чотири досліджуваних мали вказівки на дегенеративні зміни у деяких відділах периферичної нервової системи; КТ дослідження (26 обстежених) встановило у 6 досліджуваних кістозні та у 6 дегенеративно-атрофічні зміни головного мозку. Церебрально-органічні чинники ризику виникнення ПСР наведено у таблиці 2.

Найбільш значущими з психосоціальних факторів патогенезу були: порушення системи мати-дитина – у 485 (60%) досліджуваних, патологія виховання – у 482 (59,7%), наявність братів та сестер як стресовий фактор – у 303 (37,5%), відвідування дитячих установ – у 202 (25%), психоемоційні навантаження – у 170 (21%) і неповна сім'я – у 134 (16,6%) досліджуваних. Інші менш значущі психосоціальні фактори ризику також наведені у таблиці 3.

Таблиця 2

Частота церебрально-органічних факторів ризику ПСР

Церебрально-органічні фактори ризику	Кількість випадків	Відсоток
1. Патологія вагітності	430	53,2
2. Патологія пологів	471	58,3
3.Порушення вигодовування	405	50,1
— Штучне	61	7,6
— До 6 місяців	344	42,5
4. Порушення психомоторного розвитку	170	21
5.Травми, операції, інтоксикації	217	26,9
6. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС	693	85,8
Загальна кількість факторів ризику	808	
Середній показник обтяженості факторами ризику	3,0	

Таблиця 3

Психосоціальні фактори ризику виникнення ПСР

Психосоціальні фактори ризику	Кількість випадків	Відсоток
1.Погані матеріально-побутові умови	30	3,7
2. Порушення системи мати-дитя	485	60,0
3. Відвідування дитячих установ	202	25
4. Патологія виховання	482	59,7
5.Додаткові спеціальні заняття	40	5,0
6. Конфлікти в сім'ї	54	6,7
7. Наявність сестер та братів	303	37,5
8.Неповна сім'я	134	16,6
9. Пияцтво батьків	43	5,3
10.Хвороба батьків, родичів	26	3,2
11.Смерть батьків, родичів	68	8,4
12. Зміна стереотипу спілкування	29	3,6
13. Психоемоційні навантаження	170	21
Загальна кількість факторів ризику	806	
Середній показник обтяженості факторами ризику	2,6	

Аналіз двох груп (біологічних та психосоціальних) факторів ризику виникнення ПСР у дітей та підлітків (таблиця 4) дозволяє відзначити їх високу частоту (в середньому 8,2 фактора на одного хворого) при значному, статистично-достовірному переважанні біологічних факторів (5,6) у порівнянні з психосоціальними (2,6), тоді як у структурі біологічних частіше виявляються церебрально-органічні (3,0), ніж генетичні (2,6) фактори ризику. Відмінності статистично недостовірні.

Середній показник ускладненості факторами ризику ПСР

Фактори ризику	Середній показник
1. Генетичні	2,6
2. Церебрально-органічні	3,0
3. Психосоціальні	2,6
Загальний показник обтяженості факторами ризику	8,2

Обов'язковим для психосоматичних розладів дитячо-підліткового віку з-поміж факторів ризику є фактор онтогенезу, який складається з періоду розвитку індивіда з морфо-функціональними особливостями організму та переважного нервово-психічного реагування, несформованістю або порушеннями адаптаційних механізмів, а також відхиленням у соматичному стані. З-поміж значущих екзогенних факторів ризику виникнення ПСР особливо на ранніх етапах онтогенезу можна виділити: пізній антенатальний і ранній постнатальний вплив з імпринтингом, травми, інтоксикації, перенапругу вісцеральних систем та інші фактори.

У всіх обстежених досліджуваних виявлені депресивні розлади невротичного рівня, що характеризувалися незначно вираженими пригніченістю настрою та афектом туги (нудьга, засмучення, сум, сум), астеничними проявами (втома, млявість, стомлюваність, дратівливість), настроєність на конфлікт (гіперестезія, напруга, тривога, страхи), а також у деяких випадках невираженими істеричними, сенестопатичними та іпохондричними проявами. Показник оцінки депресії за шкалою М. Гамільтона становив середньому $12,3 \pm 0,4$ бала.

За даними КІГ у 332 (68,9%) досліджуваних відмічено статистично достовірну перевагу тону парасимпатичної вегетативної нервової системи, що підтверджувало наявність депресивного афекту.

У 523 (64,7%) досліджуваних на депресивні порушення визначали клінічну картину психічних розладів, тоді як у решти 285 (35,3%) дітей та підлітків менш виражені депресивні розлади входили у вигляді синдрому в структуру інших психічних захворювань. Дані щодо психічних порушень у дітей та підлітків, що включають депресію як самостійну нозологічну одиницю, так і у вигляді синдрому з психосоматичними розладами представлені в таблиці 5.

Психічні розлади в дітей і підлітків з ПСР

Психопатологічні стани	Число досліджуваних	Відсоток
1. Депресія (ендогенна)	15	1,9
2. Депресія (реактивна) на фоні акцентуацій та формувань патологічних рис характеру	443	54,8
3. Депресія (соматогенна) на фоні резидуально-органічної недостатності головного мозку	65	8,0
Разом	523	64,7
1. Невропатія	8	1,0
2. Невротичні, астено-невротичні реакції та стани на фоні акцентуацій та формування патологічних рис характеру	155	19,2
3. Астено-невротичні стани у дитини на фоні резидуально-органічної недостатності ЦНС	16	2,0
4. Трихотілломанія	3	0,4
5. Нервова анорексія	15	1,8
6. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС із неврозоподібним станом	51	6,3
7. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС із психопатоподібним станом	11	1,3
8. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС із церебрастенічним станом	2	ОД
9. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС з епілептиформним станом	3	0,4
10. Залишкові явища раннього органічного ураження ЦНС із затримкою психічного розвитку	12	1,5
11. Олігофренія	4	0,5
12. Шизофренія	4	0,5
13. Ранній дитячий аутизм	1	0,1
Разом	285	35,3
Всього	808	

Найчастіше у 714 (88,4%) обстежених з психовегетативними порушеннями відзначалися слабо виражені (субдепресія – 689 (85,3%), прихована депресія – 25 (3,1%)) депресивні стани, що характеризувалися нерідко вираженим депресивним афектом. Депресивні розлади виявлялися при розпитуванні в скаргах досліджуваних на періодичне незначне зниження настрою, з нудьгою, частіше ввечері, іноді протягом дня, рідко вранці з небажанням щось робити, почуттям байдужості або роздратуванням щодо оточуючих. Часто настрій визначається як «ніякий».

Середньо виражені депресивні стани спостерігалися у 94 (11,6%) досліджуваних. Ці стани характеризувались плаксивістю, деякою тривогою, млявістю, почуттям відсутності радості, малою ініціативністю, фізичною слабкістю або невдоволенням, негативною

оцінкою того, що відбувається, дратівливістю, конфліктністю на тлі невираженої туги, яка в скаргах визначалася досліджуваними як нудьга, смуток, безрадість. Знижений настрій поєднувався з незначною руховою та ідеаторною загальмованістю найчастіше у старших дітей.

У дітей та підлітків з психосоматичними розладами майже завжди спостерігається зворотна залежність між вираженістю депресивних порушень та зумовленими ними психосоматичними розладами: при слабкій вираженості депресивних проявів більш помітними були соматичні та навпаки.

Статистично значущим було переважання досліджуваних з психогенною депресією – у 588 (72,8%), соматогенною депресією – у 183 (22,6%) та ендогенною – у 37 (4,6%) досліджуваних. На базі супутніх гіпотонії афективних проявів були виділені астеничний, тривожний, тужливий, астено-тривожний та тривожно-тужливий варіанти депресії.

У 293 (36,3%) дітей та підлітків відзначався тривожний варіант депресії, при якому настрій визначається як знижений із почуттям внутрішньої напруги, тривоги, занепокоєння, частіше вечорами.

У 180 (22,3%) обстежених – астеничний варіант депресії, що характеризувався стомлюваністю, виснажливістю, млявістю, малою активністю, дратівливою слабкістю на тлі зниження настрою.

У 26 (3,2%) дітей та підлітків виявлявся тужливий варіант депресії. Клінічні прояви цього виду депресивних розладів були ближчими до типових депресій дорослих. Періоди зниженого настрою у досліджуваних при спонтанному виникненні слабо окреслені, нетривалі. Ці досліджувані протягом кількох днів вранці малоактивні, іноді навіть дещо загальмовані, обличчя амімічні, блідий колір шкіри. Голос тихий, іноді згасаючий, із жалібно-прохальними інтонаціями. Зазвичай пред'являються скарги на періодичну безпричинну нудьгу, почуття пригніченості, сум, смуток, рідко тужливість, відсутність радості у житті, нелюбов близьких. Зрідка висловлюються ідеї малоцінності. Добові коливання настрою не виражені — «завжди погано», але надвечір рухова активність зростала і міміка ставала жвавішою. Іноді відзначалося безсоння, ранні підйоми з неможливістю засинання. У деяких досліджуваних раніше спостерігалися короткочасні епізоди підвищення настрою.

У 246 (30,4%) досліджуваних було виділено астено-тривожний варіант депресії, а у 63 (7,8%) – тривожно-тужливий. Якщо перший разом із невираженим афектом туги включає лише астеничні та тривожні прояви, то при другому одночасно з афективними відзначалися рудиментарні істеричні, сенестопатичні та іпохондричні розлади.

Прихована депресія характеризувалася переважанням слабо вираженого тужливого афекту; субдепресія – астенічного та/або тривожного; середньо виражена депресія – тривожного, астено-тривожного та/або тужливого. Астенічний варіант депресії дещо частіше (у 63,9% випадків) зустрічався на ранніх вікових етапах (до 9 років), тривожний (75,9%) – з 7 років, тужливий (69,2%), астено-тривожний (80,8%) – з 10 і тривожно-тужливий варіант (77,8%) – після 12 років.

Характеристика депресивних порушень, що визначають психосоматичні розлади, у дітей та підлітків наведена у Таблиці 6.

Тривожна, астено-тривожна та тривожно-тужлива депресії, як правило, мали психогенне походження, астенічна — соматогенне, тужлива і іноді тривожно-тужлива – ендогенне.

Астенічна депресія частіше (63,9%>) виявлялася на ранніх вікових етапах (до 10 років), тривожна (75,9%) – з 7 років, тужлива (69,2%) – з 10 астено-тривожна (80,8%) – з 10 і тривожно-тужлива (77,8 %) – з 12 років.

Таблиця 6

Характеристика депресивних розладів, що визначають формування ПСР у дітей та підлітків

Характеристика депресії	Кількість досліджуваних	Відсоток
- субдепресія	689	85,3
-прихована	25	3,1
- середньо виражена	94	11,6
Разом	808	100
- ендогенна	37	4,6
- психогенна	588	72,8
- соматогенна	183	22,6
Разом	808	100
- астенічний	180	22,3
- тривожний	293	36,3
-тужливий	26	3,2
- астено-тривожний	246	30,4
- тривожно-тужливий	63	7,8
Разом	808	100

Виникнення та динаміка ПСР у дітей та підлітків значною мірою обумовлене онтогенезом, а також особливостями біологічно зміненого та конституційного підґрунтя. Особливості функціонування органу або системи у певний період онтогенезу чи дизонтогенезу на тлі резидуально-органічної недостатності ЦНС та акцентуацій характеру

певною мірою визначають місце прояву психовегетативних порушень. На ранніх вікових етапах найбільш уразливими щодо виникнення ПСР є травна система і шкірні покриви (у зв'язку з підвищеними функціональними навантаженнями), у наступні вікові періоди частими проявами афективних розладів є рухові, цефалгічні та ендокринні ПСР.

Депресія різного ступеня вираженості встановлена у 42,9% досліджуваних. Легка депресія діагностована у 20,4%, помірна – у 9,2%, виражена – 11,2%, тяжка – у 2,0% досліджуваних, причому більшою мірою була виражена депресія у інвалідів, які перенесли травму на шийному відділі (рис.1). Середній бал за шкалою Бека становить $10,0 \pm 7,9$ ($Me=9$).

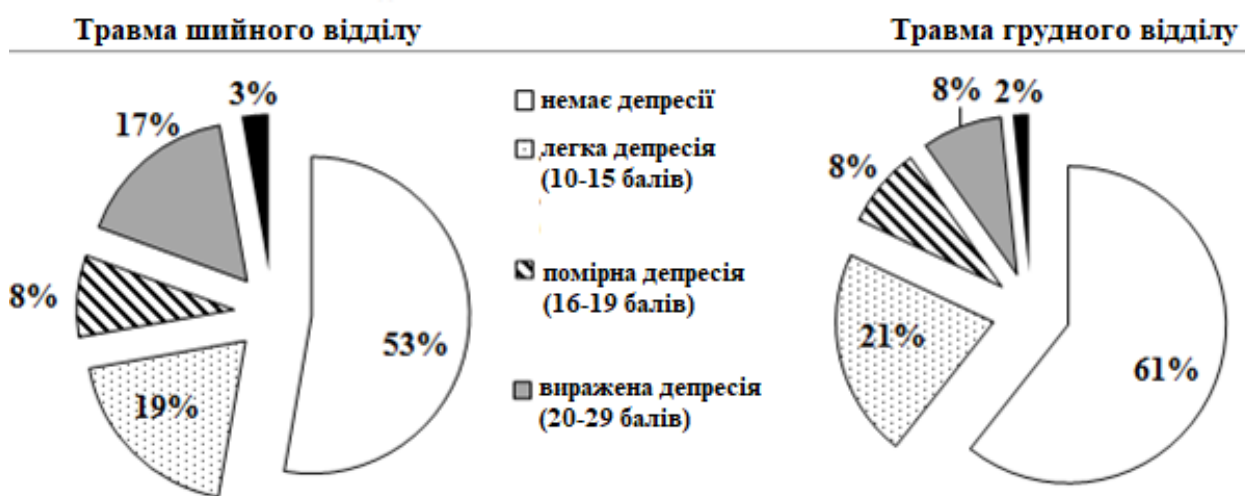


Рис. 1. Аналіз методики шкали депресії Бека у хворих, які перенесли спинальну травму на шийному та грудному рівні

Аналіз шкали самооцінки рівня тривожності Спілберга-Ханіна виявив, що особистісна тривога достовірно переважає над реактивною (середній бал $42,1 \pm 8,7$ та $36,7 \pm 8,8$ відповідно; $p < 0,05$). Рівень реактивної та особистісної тривожності частіше був помірним (57,1% та 53,1%) (рис.2).

Аналіз першої частини шкали самооцінки рівня тривожності Спілберга-Ханіна, що оцінює реактивну тривожність, показав, що 58,2% досліджуваних з ТХСМ стурбовані можливими невдачами, 28,5% відчувають жаль у різному ступені вираженості і стурбовані своїм неблагополуччям і пред'являють скарги на симптоми астенії та відсутність почуття радості. Мінімальні зміни за категорією реактивної тривожності зареєстровані у питаннях, що стосуються стійкості, що може бути ознакою активного витіснення особистістю високої тривоги. Так, 91,8% досліджуваних не знаходить собі місця в житті, 92,9% - не збуджені і їм не властиве нервозність, 94,9% досліджуваних виявляли спокій різного ступеня та демонстрували впевненість у собі. У той самий час різний рівень стривоженості

продемонстрували 22,4% досліджуваних, напруги – 17,4%, почуваються розстроєними 21,5% досліджуваних; при цьому почуття внутрішнього задоволення відчують різною мірою 79,6% досліджуваних.

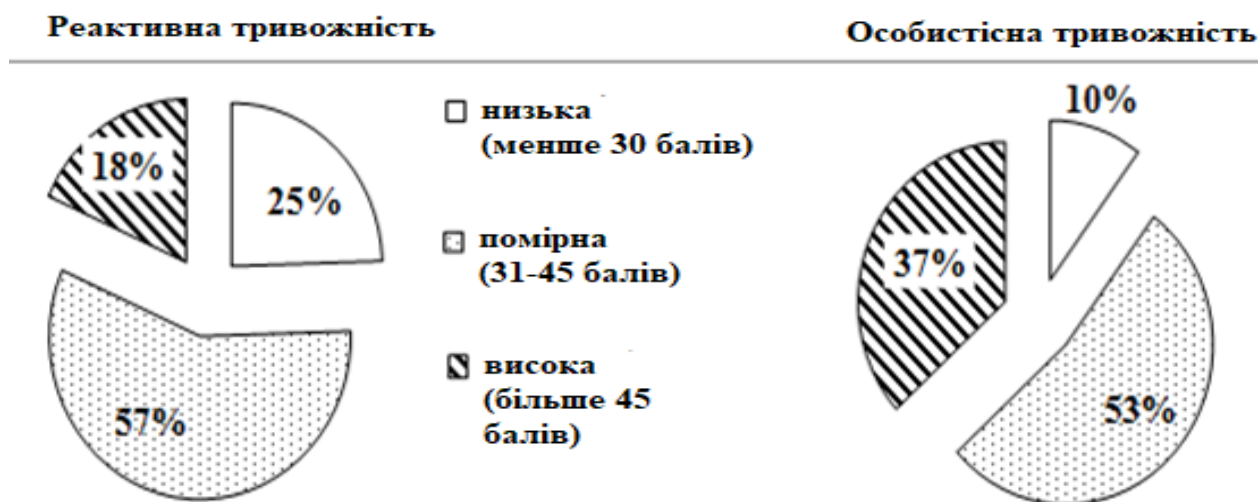


Рис 2. Аналіз шкали самооцінки рівня тривожності Спілберга-Ханіна у хворих із травмою спинного мозку

Аналіз другої частини шкали самооцінки рівня тривожності Спілберга – Ханіна, що оцінює особистісну тривожність, показав, що втому зазнають 76,5% досліджуваних; 53,1% все приймають близько до серця і можуть заплакати; 67,4% майже завжди переживають через дрібниці, і у них відсутня впевненість у собі. Висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоційними та невротичними зривами. Проте 89,8% досліджуваних цілком щасливі, спокійні та почуваються у безпеці; 66,3% хотіли б бути щасливими. 75,5% досліджуваних турбують очікувані проблеми; 89,9% намагаються уникати критичних ситуацій та труднощів. 61,2% відчують нудьгу.

Аналіз результатів копінг-стратегії показав, що рівень вирішення проблем частіше був середнім (68,4%), уникнення проблем – низьким (61,2%), пошуку соціальної підтримки – низьким та середнім (табл. 7).

Встановлено високу готовність до вирішення різноманітних проблем. При цьому більшість досліджуваних соромляться свого становища та переживають проблеми на самоті. Досліджувані з ТХСМ не шукають соціальної підтримки, намагаються пережити всі проблеми самотійно.

Результати дослідження копінг-стратегій

	Всього	ТХСМ шийного відділу	ТХСМ грудного відділу	Р
Вирішення проблем				
11-16 балів-дуже низький	0 16,3%	0 16,7%	0 16,1%	>0,05
17-21 бал-низький	68,4%	55,6%	78,5%	
22-30-середній	15,3%	27,8%	8,1%	
>31-високий				
Пошук соціальної підтримки				
<13балів-дуже низький	7,1%	11,1%	4,8%	>0,05
14-18-низький	36,7%	36,1%	37,1%%	
19-28-середній	53,1%	52,8%	53,2%	
>29-високий	3,1%	0	3,1%	
Уникнення проблем				
11-15 балів-дуже низький	33,7% 61,2%	33,3% 63,9%	33,9% 59,7%	>0,05
16-23-низький	5,1%	2,8%	6,5%	
24-26-середній	0	0	0	
>27-високий				

Порівняльний гендерний аналіз емоційної сфери виявив такі відмінності. Реактивна тривожність вища у хлопчиків ($p=0,066$), а особистісна – у дівчаток ($p<0,05$). У дівчаток відсоток помірної реактивної тривожності вищий, ніж у хлопчиків (88,6% проти 71,4%). Однак дівчатка показують більший відсоток високої тривожності (28,2%), тоді як у хлопчиків цей показник дорівнює 11,9% ($p<0,05$). Гендерний аналіз особистісної тривожності показав максимальний відсоток високої тривожності у дівчаток (48,7%), у хлопчиків цей показник був у два рази менший (28,8%; $p<0,05$). Помірна особистісна тривожність більше виражена в хлопчиків (59,3%), ніж дівчаток (43,6%). Депресія була діагностована у 50% дівчаток і у 36,5% хлопчиків, причому виражена або важка депресія була у 23,9% дівчаток і 3,8% хлопчиків ($p<0,05$), тобто депресія більшою мірою характерна для дівчаток. Аналіз індикатора копінг-стратегії за шкалою «вирішення проблем» показав, що у дівчат низькі результати (46,9%), у хлопчиків більше виражений середній рівень вирішення проблем (55,2%).

Аналіз методики дослідження саморегуляції Ю. Куля виявив, що самоідентифікація, відповідність поставлених цілей внутрішньому Я великою мірою виявлялася у 67,8% випробуваних; здатність зберігати позитивний контроль і мотивувати себе, як і регулювати власну активність характеризувало 81,4% індивідів. Загалом, по всій вибірці ступінь саморегуляції був високим.

Дослідження когнітивного самоконтролю показало, що 78% досліджуваних характеризувались високою здатністю до планування та поетапного просування за наміченими цілями. У той же час афективний контроль був знижений за загальною вибіркою; високу орієнтацію на ціль без тривоги мали лише 36,2% досліджуваних ($p=0,035$).

Одним із компонентів самоврядування є розвиток волі. 80% досліджуваних мали високу здатність мобілізувати сили задля досягнення цілей; готовність мобілізувати сили перед труднощами була властива 84,7% досліджуваним.

В управлінні ситуацією важливим фактором є самоконтроль. На основі його відбувається інтеграція та переробка емоційних переживань. 72,9% досліджуваних мали виражену готовність конструктивно ставитися до невдачі, вони здатні рухатися далі та вчитися на своїх помилках. 67,8% людей здатні інтегрувати суперечливі аспекти життєвого досвіду шляхом співвіднесення їх зі своїми цінностями та нормами.

Важливо відзначити такий аспект самоврядування, як загальний життєвий стрес. Вимоги та загрози, що є компонентами життєвого стресу, можуть суттєво змінювати якість життя. 83,1% досліджуваних мали високий рівень загрози, що впливає на всі аспекти особистості. При проведенні реабілітації цьому аспекту варто приділити окрему увагу, оскільки наявність загрози не дозволить пацієнтові критично ставитися до ситуації лікування.

Вольове регулювання є важливим фактором у проведенні реабілітації. Наявність як зовнішньої, так і внутрішньої мотивації істотно підвищує швидкість відновлення після травми. Аналіз компонентів саморегуляції виявив особливості емоційної сфери досліджуваних залежно від рівня ТХСМ. Саморегуляція була однаково високо розвинена у досліджуваних з шийною та грудною травмою хребта, як і когнітивний контроль. Досліджувані ж із середнім рівнем травми мали нижчий афективний контроль (у 77,8% досліджуваних із грудною та 51,6% із шийною ТХСМ бал за підшкалою афективного контролю був ≤ 10), це свідчить про слабку здатність орієнтуватися на ціль без тривоги.

Таким чином, ступінь саморегуляції та вольова регуляція у досліджуваних висока, проте афективний контроль знижений при збереженому життєвому інтересі; при цьому дані параметри емоційної сфери можна порівняти у досліджуваних з шийним та грудним рівнем травми.

Детальний аналіз методики Н.Холла на емоційний інтелект показав, що випробувані з ТХСМ мають високу готовність до усвідомлення та розуміння своїх емоцій, а для цього більшість із них виробляють поповнення власного словника емоцій. Пацієнтам з ТХСМ не властива емоційна відходливість та гнучкість, довільне управління своїми емоціями

розвинене не дуже активно. Хворим із травмою хребта властиве розуміння, співпереживання поточному емоційному стану іншої людини, а також готовність надати підтримку. Близько 70% хворих із травмою спинного мозку мають вміння впливати на емоційний стан інших людей.

Аналіз тесту життестійкості відбувався за трьома шкалами. Дослідження життестійкості виявило розвинений компонент залучення у досліджуваних з ТХСМ, який дозволяє їм отримувати задоволення від власного життя; вони намагаються знайти в тому, що відбувається, щось вартісне і цікаве для особистості. У 86,4% досліджуваних боротьба дозволяє впливати на результат того, що відбувається; вони самі обирають власну діяльність та шлях. Також у них розвинений процес отримання нових знань з досвіду, але, при цьому, не всі готові діяти за відсутності надійних гарантій успіху.

Важливо відзначити, що повторно госпіталізовані в реабілітаційний центр «Подолання» досліджувані рідше пред'являли скарги ($r=0,291$; $p<0,05$), і частіше характеризувались стабільним емоційним фоном ($r=0,261$; $p<0,05$), були більш впевнені у собі ($r=0,326$; $p<0,01$) і критичні ($r=0,272$; $p<0,05$) порівняно з випробуваними, що надходили до Центру вперше. Останнє корелювало зі зростанням функціональності в процесі реабілітації. Це свідчить про високу ефективність заходів комплексної медичної, функціональної, психологічної та соціальної реабілітації, що проводяться в реабілітаційному центрі для досліджуваних «Подолання» за індивідуальними програмами реабілітації, що ґрунтуються на докладному аналізі реабілітаційного потенціалу та прогнозу.

Оцінка когнітивних функцій досліджуваних із травматичною хворобою спинного мозку виявив такі особливості. Аналіз результатів проб на слухо-речову пам'ять показав відсутність міжгрупових відмінностей щодо проби «Запам'ятовування шести слів». У той же час, результати безпосереднього та відстроченого відтворення стимулів у пробі «Запам'ятовування двох груп по три слова» були кращими у досліджуваних із травмою шийного відділу хребта.

Дослідження короткочасної зорової пам'яті показало відповідність нормі результатів досліджуваних із ТХСМ. Аналіз зорово-просторових функцій проводився за методикою «Judgment of Line Orientation» та тестом «Права-Ліва Рука». Аналіз усієї вибірки за тестом «Judgment of Line Orientation» продемонстрував відповідність результатів нормативним показникам у 94,4% досліджуваних. За результатами аналізу проби «Права-Ліва Рука» досліджувані із травмою шийного відділу робили менше помилок, ніж досліджувані із травмою грудного відділу хребта.

Аналіз результатів інтерференційного тесту показав, що більша кількість досліджуваних із групи із травмою шийного відділу хребта, ніж із групи із грудною травмою, виконали швидко завдання на придушення нерелевантних стимулів, що говорить про високий рівень гальмівного контролю. Когнітивна гнучкість також краще розвинена у групи досліджуваних із травмою шийного відділу хребта.

Порівняльний аналіз станів регуляторних функцій по тесту «Вербальна швидкість» виявив, що у досліджуваних з травмою шийного відділу встановлено тенденцію кращого розвитку механізму гальмування спливаючих асоціацій та невідповідних слів, а також механізму гнучкого перемикання між субкатегоріями. У той же час, досліджувані з травмою грудного відділу хребта краще утримують інструкцію та гальмують повторення. За тестом «Серійний рахунок» хворі з шийним рівнем ушкодження спинного мозку швидше виконували віднімання.

Виникнення психосоматичних розладів в дитячому та підлітковому віці пов'язано з періодом онтогенезу, морфо-функціональним станом, слабкістю і перенапругою окремих органів і систем, їх вродженою або набутою неповноцінністю, переважним характером психічного (афективного) (Jackson, & Aiken, 2020).

Психосоматичні розлади у дітей та підлітків у вигляді функціональної патології різних органів та систем обумовлені афективними порушеннями у вигляді слабо та помірно вираженої депресії невротичного рівня різного (психогенного, соматогенного, ендогенного) походження. Клінічна картина ПСР включає афективні прояви і вегетативно-вісцеральні дисфункції при переважній представленості останніх. Співвідношення афективних і соматичних порушень у клінічній картині психосоматичних (психовегетативних) розладів підпорядковується принципу зворотної залежності: при більшій представленості соматичних депресивні прояви відступають на другий план і навпаки – при значній виразності депресивних порушень менш виражені соматичні (Nemeroff, & Midlarsky, 2021; Rief, & Hiller, 2019; Харченко, 2015).

Клінічні прояви депресивних станів у структурі психосоматичних розладів мають певні відмінності, пов'язані з переважаючим депресивним афектом, що дозволяє типологізувати депресію з виділенням астенічного, тривожного, тривожного і тужного. Найчастіше зустрічаються типологічні варіанти депресії з величезним переважанням тривожного компонента синдрому (Schwarzer, & Renner 2000; Turner, 2008).

Динаміка психосоматичних розладів у дітей та підлітків найчастіше характеризується певною етапністю. На першому етапі проявами психосоматичних розладів найчастіше є короточасні афективні реакції з нерозгорнутими короточасними вегетосудинними порушеннями в одній або кількох вісцеральних системах. На другому

етапі відзначається збільшення частоти і подальше наростання вираженості і тривалості депресивних розладів з більш стійкими порушеннями функцій різних систем, частково підтверджених параклінічно, і виникненням психосоматичних (психовегетий). Третій етап – подальший розвиток вегетативно-вісцеральних порушень, частіше з фіксацією в одній із систем і трансформації функціональних порушень в органічні і їх становлення до психосоматичного захворювання (Carver, & Harris, 2018; Hellhammer, 2017).

Новий комплексний диференційований терапевтичний підхід на основі обліку типології, ступеня виразності та генезу депресивних розладів, а також біологічних і психосоціальних факторів ризику виникнення депресій з використанням поряд із симптоматичними засобами з антидепресивною спрямованістю дії є адекватним методом лікування дітей та підлітків з психосоматичними розладами. Застосування антидепресантів та інших психотропних засобів статистично достовірно підвищує ефективність терапії психосоматичних розладів у дитячо-підлітковому віці порівняно із симптоматичною терапією (Sampson, 2017; Sanders, 2018).

Висновки. У 42,9% досліджуваних із травматичною хворобою спинного мозку діагностована депресія (у тому числі у 13,2% виражена та тяжка депресія); переважання особистісної тривожності над реактивною. Виражена та важка депресія достовірно частіше виявляється у досліджуваних із травмою шийного відділу, тривога – грудного. Депресія та особистісна тривожність частіше зустрічається у дівчаток, реактивна тривожність вища у хлопчиків. У випробуваних з ТХСМ високою мірою розвинена саморегуляція, вольова регуляція, емоційний інтелект і залученість і, натомість, зниження афективного контролю та відсутності емоційної гнучкості. Когнітивна сфера у випробуваних з ТХСМ переважно відповідає нормативним даним, при цьому є тенденція до кращих показників когнітивних функцій у хворих з травмою шийного відділу хребта та спинного мозку.

Психосоматична патологія різних органів і систем у дітей і підлітків є емоційними порушеннями, що клінічно проявляються в різному ступені виразності вегетативно-вісцеральних (реакції, стану та захворювання) і афективних (субдепресія, прихована депресія та середньо виражена депресія) розладах.

Представленість афективних та соматичних проявів у клінічній картині психосоматичних розладів загалом підпорядкована принципу зворотної залежності виразності симптоматики – при значних соматичних депресивних проявах відходять на другий план, а при більш виражених депресивних розладах менш помітні соматичні. Вираженість депресії у дітей та підлітків з психосоматичними порушеннями незначна і не перевищує невротичного рівня.

Афективна патологія з функціональними соматичними порушеннями виступає найчастіше як визначальна клінічна картина психопатологічних станів, рідше як синдром у структурі інших, переважно прикордонних психічних розладів.

Депресивні порушення у структурі психосоматичних розладів мають певні якісні особливості, що дозволяє на основі переважання одного з типів депресивного афекту поділити їх на астеничні, тривожні, тужливі та змішані (астено-тривожні та тривожно-тужливі). Найбільш частими (602) є типологічні варіанти депресії із тривожним компонентом.

Клінічна картина психосоматичної патології у дітей та підлітків у її соматичній представленості значною мірою пов'язана з певним періодом онтогенезу у вигляді переважного прояву функціональними (психовегетативними) розладами: до 7 років – в основному у травній та шкірній системах, з 8 років – у руховій сфері з міалгіями та артралгіями, а також з алгічними (цефалгічними) проявами та з 10 років – порушеннями в ендокринній системі.

У виникненні та формуванні психосоматичної патології у дітей і підлітків поряд з основними факторами (афективним та онтогенетичним) беруть певну участь різні фактори ризику: біологічні (патологічно змінена «грунту» – мінімальна дисфункція мозку та ін.), генетичні (спадкова обтяжка психічними захворюваннями та ін) та психосоціальні (різні форми неправильного виховання та ін) фактори.

Динаміка психосоматичних розладів у дитячо-підлітковому віці характеризується трьома етапами: початковим у вигляді короткочасних емоційних порушень та функціональних соматичних розладів, психосоматичні реакції, потім посиленням депресивних та соматичних порушень з трансформацією у психосоматичні стани і далі вже мають органічну основу.

Виділення типологічних варіантів, що лежать в основі психовегетативних, депресивних порушень дозволяє обґрунтувати диференційовану антидепресивну терапію психосоматичних розладів у дитячо-підлітковому віці. Висока ефективність лікування психосоматичних розладів у дітей та підлітків із застосуванням препаратів антидепресивної, транквілізуючої та ноотропної дії з урахуванням типологічних особливостей, ступеня виразності та генезу депресивних розладів у порівнянні з симптоматичною, навіть що поєднується з седативною терапією підтверджує адекватність запропонованого лікування.

Проведене на ранніх вікових етапах адекватне психосоматичному стану лікування (психофармакотерапія і психотерапія) є не тільки терапевтичним, а й профілактичним

засобом, що дозволяє запобігти формуванню психосоматичних захворювань у наступні вікові періоди та у дорослому житті.

Діти та підлітки з психосоматичними розладами повинні спостерігатися у психіатра, невропатолога та педіатра одночасно, особливо в періоди загострення стану, з обов'язковим проведенням поряд із симптоматичним лікуванням антидепресантами, ноотропами та іншими психотропними препаратами.

Перспективи подальших досліджень полягають у встановленні характеру впливу біологічних (спадкових, церебрально-органічних) та психосоціальних факторів, а також віку на формування та динаміку психосоматичних розладів. А також перспективною є розробка та впровадження у лікувальну практику загальносоматичних та психіатричних дитячих закладів патогенетично обґрунтованих методів психотерапії досліджуваних з психосоматичними розладами.

Література

1. Воронов, М. (2017). *Психосоматика: практическое руководство*. Киев : Ника-Центр.
2. Харченко, Д.М. (2015). *Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень* : навчальний посібник Київ : Видавничий дім «Слово».
3. Хорни, К. (2018). *Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза*. Канон+РООИ «Реабилитация».
4. Amirkhan, J. (2016). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10. 59(5), 1066-1074.
5. Ataoglu, E., Tiftik, T., Kara, M., Tunc, H., Ersoz, M., Akkus, S. (2017). Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 51(1), 6-23.
6. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (2016). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
7. Benton, A.L., Varney, N., & Hamsher, K. (1978). Visuospatial judgment: a clinical test. *Archives of Neurology*, 35, 364-367.
8. Carver, C., & Harris, S. (2018). How important is the perception of personal control? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2 (26), 139–150.
9. Dahlberg, A., Rotila, M., Kautiainen, H., & Alaranta, H. (2017). Functional Independence in Persons with Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 10 (40), 812-818.
10. Hellhammer, D. (2017). *Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior. Perspectives and Promises of Clinical Psychology*. New York & London.
11. Hoffman, J.M., Bombardier, C.H., Graves, D.E., Kalpakjian, C.Z., & Krause, J.C. (2017). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 92(3), 411–418.
12. Jackson, K. M., & Aiken, L. S. (2020). A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and selfefficacy for sun protection. *Health Psychology*, 5 (19), 458–468.
13. Katz, R.C., Meyers, K., & Walls, J. (2019). Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 (18). 377–384.
14. Kennedy, P., & Rogers, B. (2016). Anxiety and Depression after Spinal Cord Injury: A Longitudinal Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 932-937.
15. Kuhl, J., & Fuhrman, A. (2018). *Decomposing self-regulation and self-control: The Volitional Components Inventory*. In: Motivation and self-regulation across the life span. New York, NY, US: Cambridge University Press.
16. Nemeroff, R., & Midlarsky, E. (2021). Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults. *Journal of Aging and Human Development*, 1 (50), 1–15.
17. Rief, W. & Hiller, W. (2019). Somatoforme Storungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Bern: Huber.

18. Sampson, E.E. (2017). *Establishing Embodiment in Psychology. The Body and Psychology*. Cambridge.
19. Sanders, D. (2018). *Counselling for Psychosomatic Problems*. London. Thousand Oaks. New Delhi.
20. Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 5 (19), 479–486.
21. Shunk, A.W., Davis, A.S., & Dean, R.S. (2017). Test Review: Dean C. Delis, Edith Kaplan, Joel H. Kramer, Delis Kaplan Executive Function System (D-KEFS). The Psychological Corporation, San Antonio, TX, *Applied Neuropsychology*, 4, 275-279.
22. Tulskey, D.S., Kisala, P.A., Victorson, D., Tate, D.G., Heinemann, A.W., Charlifue, S., Kirshblum, S.C., Fyffe, D., Gershon, R., Spungen, A.M., Bombardier, C.H., Dyson-Hudson, T.A., Amtmann, D., Kalpakjian, C.Z., Choi, S.W., Jette, A.M., Forchheimer, M., & Cella, D. (2016). Overview of the Spinal Cord Injury – Quality of Life (SCI-QOL) measurement system. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 3, 257-269.
23. Turner, B.S. (2008). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London. Thousand Oaks. New Delhi.
24. Wecht, J.M., & Bauman, W.A. (2017). Decentralized cardiovascular autonomic control and cognitive deficits in persons with spinal cord injury. *Journal Spinal Cord Med*, 36(2), 74-81.

References

1. Voronov, M. (2017). *Psichosomatika: prakticheskoe rukovodstvo* [Psychosomatics: a practical guide]. Kiev : Nika-Tsentr. [in Russian].
2. Harchenko, D.M. (2015). *Psichosomatichni rozladi*. Teoriyi, metodi dliagnostiki, rezultati doslidzhen: navchalnyi posibnik [Psychosomatic problems. Theories, methods of diagnostics, results and dosage: tutorial]. K.: Vidavnicхий dlm «Slovo». [in Ukrainian].
3. Horni, K. (2018). *Nashi vnutrennie konfliktyi. Konstruktivnaya teoriya nevroza* [Our internal conflicts. The constructive theory of neurosis]. Kanon ROOI «Reabilitatsiya». [in Russian].
4. Amirkhan, J. (2016). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10. 59(5), 1066-1074.
5. Ataoglu, E., Tiftik, T., Kara, M., Tunc, H., Ersoz, M., Akkus, S. (2017). Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 51(1), 6-23.
6. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (2016). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
7. Benton, A.L., Varney, N., & Hamsher, K. (1978). Visuospatial judgment: a clinical test. *Archives of Neurology*, 35, 364-367.
8. Carver, C., & Harris, S. (2018). How important is the perception of personal control? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2 (26), 139–150.
9. Dahlberg, A., Rotila, M., Kautiainen, H., & Alaranta, H. (2017). Functional Independence in Persons with Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 10 (40), 812-818.
10. Hellhammer, D. (2017). *Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior. Perspectives and Promises of Clinical Psychology*. New York & London.
11. Hoffman, J.M., Bombardier, C.H., Graves, D.E., Kalpakjian, C.Z., & Krause, J.C. (2017). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 92(3), 411–418.
12. Jackson, K. M., & Aiken, L. S. (2020). A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection. *Health Psychology*, 5 (19), 458–468.
13. Katz, R.C., Meyers, K., & Walls, J. (2019). Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 (18). 377–384.
14. Kennedy, P., & Rogers, B. (2016). Anxiety and Depression after Spinal Cord Injury: A Longitudinal Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 932-937.
15. Kuhl, J., & Fuhrman, A. (2018). *Decomposing self-regulation and self-control: The Volitional Components Inventory*. In: Motivation and self-regulation across the life span. New York, NY, US: Cambridge University Press.
16. Nemeroff, R., & Midlarsky, E. (2021). Gender and racial correlates of personal control among emotionally disturbed older adults. *Journal of Aging and Human Development*, 1 (50), 1–15.
17. Rief, W. & Hiller, W. (2019). *Somatoforme Storungen*. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Bern: Huber.
18. Sampson, E.E. (2017). *Establishing Embodiment in Psychology. The Body and Psychology*. Cambridge.
19. Sanders, D. (2018). *Counselling for Psychosomatic Problems*. London. Thousand Oaks. New Delhi.

20. Schwarzer, R., & Renner B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 5 (19), 479–486.
21. Shunk, A.W., Davis, A.S., & Dean, R.S. (2017). Test Review: Dean C. Delis, Edith Kaplan, Joel H. Kramer, Delis Kaplan Executive Function System (D-KEFS). The Psychological Corporation, San Antonio, TX, *Applied Neuropsychology*, 4, 275-279.
22. Tulskey, D.S., Kisala, P.A., Victorson, D., Tate, D.G., Heinemann, A.W., Charlifue, S., Kirshblum, S.C., Fyffe, D., Gershon, R., Spungen, A.M., Bombardier, C.H., Dyson-Hudson, T.A., Amtmann, D., Kalpakjian, C.Z., Choi, S.W., Jette, A.M., Forchheimer, M., & Cella, D. (2016). Overview of the Spinal Cord Injury – Quality of Life (SCI-QOL) measurement system. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 3, 257-269.
23. Turner, B.S. (2008). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London. Thousand Oaks. New Delhi.
24. Wecht, J.M., & Bauman, W.A. (2017). Decentralized cardiovascular autonomic control and cognitive deficits in persons with spinal cord injury. *Journal Spinal Cord Med*, 36(2), 74-81.

Відомості про авторів

Журба Анатолій, кандидат психологічних наук, доцент кафедри гуманітарних наук та фізичного виховання, ДЗ «Луганський державний медичний університет», Рубіжне, Україна

Jhurba, Anatolii, PhD, Associate Professor of Humanities and Physical Education, DZ «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3374-3612>

E-mail: drone1@ukr.net

Рябчик Ярослав, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Riabchych, Yaroslav, PhD, Associate Professor of the Department of Developmental Psychology of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3216-5059>

Отримано 1 серпня 2022 р.
Рецензовано 15 серпня 2022 р.
Прийнято 19 серпня 2022 р.

**Людмила Карамушка
Антоніна Шевченко**

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я КЕРІВНИКІВ ТА ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

Карамушка Людмила, Шевченко Антоніна. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни. У статті на основі емпіричного дослідження виявлено ряд проблем щодо психічного здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни, які притаманні значній кількості опитаних. Найбільш вираженими є проблеми, що стосуються здатності протидіяти стресу, далі слідує проблеми, що мають відношення до здатності здійснювати професійну діяльність (забезпечувати її ефективну організацію та продуктивність) і на останньому місці знаходяться проблеми, що пов'язані із здатністю налагоджувати стосунки з людьми, насамперед, у процесі професійної взаємодії. Разом з тим, констатовано, що для всіх складових психічного здоров'я переважної більшості опитаних керівників та педагогічних працівників закладів освіти, не дивлячись на всю складність воєнного періоду, притаманна позитивна спрямованість життєдіяльності (бачення перспектив майбутнього, віра в життя, позитивне ставлення до своєї діяльності, важливість навчання учнів тощо).

Ключові слова: психічне здоров'я, психічне здоров'я в умовах війни, складові психічного здоров'я, стрес, соціальне оточення, професійна діяльність, керівники, педагогічні працівники, заклади освіти.

Karamushka, Liudmyla, Shevchenko, Antonina. Empirical study of mental health characteristics of managers and teaching employees of educational institutions in the conditions of war.

The article reveals the content of the mental health of leaders and teaching staff of educational institutions in war time, which is understood as their ability to cope with every day stress of life in the war time, to establish relationships with people in war time, to effectively carry out professional activities aimed at helping their organization and society during the war period.

On the basis of empirical research, a number of problems related to the mental health of managers and teaching staff of educational institutions in war conditions, which are characteristic of a significant number of interviewees, have been identified. The most pronounced are problems related to the ability to counteract stress, followed by problems related to the ability to carry out professional activities (to ensure its effective organization and productivity) and in the last place there are problems related to the ability to establish relationships with people, primarily, in the process of professional interaction. At the same time, it was established that for all the components of mental health of the vast majority of interviewed leaders and teaching staff of educational institutions, despite all the complexity of the war period, a positive orientation of life is inherent (a vision of life prospects, faith in life, a positive attitude towards one's activities, the importance of student learning, etc.). The obtained data indicate the need for the development and implementation of special technologies aimed at preserving and maintaining the mental health of managers and teaching staff of educational institutions in war conditions, which can be used at the individual, group, organizational and societal levels.

Key words: mental health, mental health in conditions of war, components of mental health, stress, social environment, professional activity, managers, teaching staff, educational institutions

Вступ. Аналіз зарубіжної літератури показує, що серед вивчення психологічних наслідків війн вагоме місце займає проблема впливу війни на психічне здоров'я населення. Вона знайшла відображення в ряді досліджень, що стосуються психічних розладів

населення під впливом військових конфліктів, які відбувалися в різних регіонах (Murthy&Lakshminarayana, 2006; Priebe, Bogic, Ajdukovic, et al., 2010; Pierce, 1997 та ін.)

Проблема психологічних наслідків широкомасштабної війни РФ проти України лише почала вивчатись і висвітлюватися в наукових працях вітчизняних авторів (Зликов & Лукомська, 2022; Кокун, Мороз, Пішко & Лозінська, 2022; Deineko, 2022).

Щодо вивчення проблеми психічного здоров'я персоналу освітніх організацій в умовах мирного часу, то в роботах ряду авторів, у тому числі, і наших, розкрито ряд важливих аспектів цієї проблеми, що стосуються сутності психічного здоров'я (Карамушка, 2021), комплексу методик для дослідження цього феномену (Шевченко, 2019), індексу ставлення до здоров'я менеджерів освітніх організацій (Карамушка, Шевченко, 2019), психічного здоров'я вчителів (Dziuba, Karamushka, Halushko, et. al., 2021), психологічних чинників та умов забезпечення психологічного здоров'я менеджерів освітніх організацій в умовах Нової української школи (Карамушка, Шевченко, 2017, 2022) та ін.

Щодо впливу війни на вияви психічного здоров'я, то здійснено аналіз основних компонентів психічного здоров'я персоналу освітніх та наукових організацій (Карамушка, Креденцер, Терещенко та ін., 2022), а також розроблені окремі технології його забезпечення (Карамушка, 2022). Разом з тим, на рівні закладів загальної середньої освіти ця проблема не досліджувалась.

Мета дослідження: емпірично дослідити особливості психічного здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни за його основними складовими (здатність протидіяти стресу, налагоджувати стосунки з людьми, ефективно працювати на допомогу організації та суспільству і реалізувати свої здібності).

Методи та організація дослідження.

Для проведення дослідження використовувалась анкета «Психічне здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни» (Л.М. Карамушка), яка включала 8 основних запитань, які стосувались двох блоків питань: виявів основних складових психічного здоров'я; потреби в психологічній допомозі щодо підтримки психічного здоров'я та основних форм її здійснення. Також анкета включала 9 запитань «паспортички», які стосувались статі, віку, сімейного стану, наявності дітей, освіти, посади, характеристик місця проживання, пов'язаного із рівнем безпеки під час війни. Узагальнені відповіді респондентів на запитання анкети, які стосуються безпосередньо вираженості складових психічного здоров'я (по масиву в цілому), знайшли відображення у цій статті. Інші результати будуть представлені в наступних публікаціях.

Обробка результатів здійснювалась методами математичної статистики (описові статистики) за допомогою програми SPSS (22 версія).

Дослідження проводилось у квітні 2022 року серед слухачів курсів підвищення кваліфікації Комунального навчального закладу Київської обласної ради «Київський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних кадрів» (м. Біла Церква). Опитування здійснювалось за допомогою Google Forms.

Вибірка досліджуваних. Вибірка включала керівників та педагогічних працівників закладів середньої освіти різних районів Київської області. Всього опитано 114 осіб. Всі учасники дослідження надали інформовану згоду на участь в дослідженні.

За *соціально-демографічними характеристиками* респонденти були розподілені таким чином: 93,7% опитаних були жінки та 6,3% чоловіки. За віком респонденти були розподілені так: до 30 років – 7,2%, від 31 до 40 років – 21,6%, від 41 до 50 років – 27,9%, від 51 до 60 років – 31,5%, понад 60 років – 11,7%. Серед респондентів 77,3% були одружених, 18,2% – неодружених (розведених або ще не мали сім'ї). 7,3% опитаних не мали дітей, 40,5% мали одну дитину, 43,2% мали дві дитини, 9% мають троє і більше дітей. Тобто, переважна більшість опитаних були жінками, які були одружені, мали дітей були в активному професійному віці (від 31 до 60 років).

Щодо *організаційно-професійних характеристик*, то тут зафіксовані такі дані. За посадою респонденти, які мали вищу освіту, були розподілені так: керівники закладів загальної середньої освіти – 28,0%, заступники керівників закладів загальної середньої освіти – 44,9%, вчителі (початкова, середня, старша ланка) – 27,1%. Отже, більше двох третіх респондентів займали високу посаду в структурі закладів загальної середньої освіти (були керівниками та заступниками цих закладів).

За *характеристиками місця проживання, пов'язаного із рівнем безпеки під час війни* у першій її фазі (кінець лютого-квітень) опитувані розподілились наступним чином. Щодо місця знаходження під час війни отримано такі відповіді: 77,5% відповіли, що знаходились у своєму місті (селі), 16,2% переїхали у більш безпечне місто (село) в межах України і 6,3% переїхали у більш безпечне місце за кордоном. Із тих, хто знаходились у своєму місті (селі), 2,9% знаходились на окупованій території, 25,5% знаходились на території, де велись активні бойові дії, але не на окупованій території та 71,6% знаходились на території, де було відносно спокійно. Тобто, переважна більшість осіб знаходились у своєму місті (селі), де було відносно спокійно (територія була не окупованою і там не велись активні бойові дії).

Результати дослідження та їх обговорення.

1. Зміст та основні складові психічного здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів загальної освіти в умовах війни.

Відповідно до підходу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), *психічне здоров'я* розуміється як стан благополуччя, за якого людина реалізує власні здібності, може

справлятися зі звичайними стресами життя, може продуктивно та ефективно працювати на допомогу своїй громаді (World Health Organization. «Mental health: strengthening our response», 2022).

У документах ВООЗ зазначається, що психічне здоров'я є фундаментальною основою для нашої колективної та індивідуальної здатності мислити, переживати емоції та взаємодіяти один з одним, заробляти на життя й насолоджуватися ним. Відповідно, психічне здоров'я розглядається як життєво важлива проблема для індивідів, громад та суспільства у всьому світі (World Health Organization. «Mental health: strengthening our response», 2022).

Згідно підходу ВООЗ, психічне здоров'я визначається *низкою соціально-економічних, біологічних та екологічних чинників*, які впливають на його рівень в будь-який момент часу. Наприклад, насильство та стійкий соціально-економічний тиск є визнаними ризиками для психічного здоров'я, і найбільш чіткі докази цього пов'язані із сексуальним насильством. Також вказується на те, що погіршення психічного здоров'я пов'язане зі швидкими соціальними змінами, стресовими умовами праці, гендерною дискримінацією, соціальною ізоляцією, нездоровим способом життя, погіршенням фізичного здоров'я та порушеннями прав людини (World Health Organization. «Mental health: strengthening our response», 2022). У цьому контексті можна говорити про те, що *війна є найбільш вираженим негативним чинником*, який впливає на психічне здоров'я особистості, оскільки цей чинник обумовлює пряму загрозу життю людини і різні вияви насильства (політичного, військового, економічного, сексуального, тощо) (Карамушка, 2022).

Враховуючи загальні підходи ВООЗ (World Health Organization. «Mental health: strengthening our response», 2022) та наші власні розробки (Карамушка, 2021; Dziuba, Karamushka, Halushko, et. al., 2021) щодо розуміння сутності психічного здоров'я, можна говорити, на наш погляд, про те, що *психічне здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни* включає такі основні складові:

- 1) здатність справлятися з повсякденними стресами життя в умовах війни;
- 2) здатність налагоджувати стосунки з людьми в умовах війни;
- 3) здатність ефективно здійснювати свою професійну діяльність та працювати на користь своєї організації й суспільства, реалізувати свої здібності в умовах війни.

Зазначимо, що існують різні підходи щодо вивчення структури психічного здоров'я особистості в умовах війни. У нашому дослідженні аналіз складових психічного здоров'я здійснюється через висвітлення його негативних та позитивних виявів у різних сферах життєдіяльності людей в умовах війни, які названі вище, а також обґрунтуванні лише

деяких підходів до подолання негативних виявів психічного здоров'я в таких умовах, оскільки це має складати окрему тему для обговорення.

2. Здатність керівників та педагогічних працівників закладів освіти справлятися з повсякденними стресами життя в умовах війни.

Отримані результати свідчать про те, що значна частина опитаних переживають різні вияви стресу під час війни, які можна об'єднати у чотири групи (табл.1).

До першої групи можна віднести *вияви «гострого» стресу*, більшість із яких респонденти, скоріше всього, пережили у вираженій формі у перші дні війни. Сюди відносяться страх (75,7%), паніка (44,1%), шок (25,2%). Як бачимо, у цій групі найбільш вираженим є страх, оскільки більше двох третіх опитаних вказали на його наявність, та паніка, на яку вказало майже половина опитаних.

Таблиця 1

З якими виявами стресу Ви зустрілись під час війни? (в% від загальної кількості опитаних)

Вияви стресу	%
<i>Вияви «гострого» стресу:</i>	
пережив страх	75,7
пережив паніку	44,1
пережив шок	25,2
<i>Вияви «віддаленого» стресу:</i>	
відчуваю тривожність	83,8
відчуваю роздратованість	30,6
відчуваю депресію	21,6
відчуваю невпевненість в собі	19,8
пережив панічні атаки	18,0
став агресивним	10,8
<i>Вияви стресу, які стосуються перспектив життя:</i>	
відчуваю апатію	18,0
втратив смисл життя	1,8
<i>Вияви вираженого «гострого» стресу, які стосуються каліцтва та смерті близьких:</i>	
пережив горе у зв'язку з фізичними травмами /каліцтвом близьких людей	7,2
пережив горе у зв'язку з смертю близьких людей	7,2

Другу групу утворили вияви *«віддаленого» стресу*, з якими респонденти зустрілися у наступний період. Складовими цієї групи виступили такі показники стресу: тривожність (83,8%), роздратованість (30,6%), депресія (21,6%), невпевненість в собі (19,8%), панічні атаки (18,0%), агресивність (10,8%). Очевидним є те, що найбільш виражено тут представлена тривожність, яка спостерігається майже у всіх опитаних. Решта виявів стресу

представлена в середньому у однієї п'ятої опитаних. При цьому позитивним є те, що агресивність притаманна невеликій кількості опитаних.

У третю групу увійшли вияви стресу, які стосуються *перспектив життя*. Сюди віднесено апатію (18,0%) та втрата смислу життя (1,8%). Як бачимо, вияви цієї групи проявів стресу представлено у невеликій кількості респондентів, особливо мова йде про показник, який стосуються смислу життя, що, звичайно, заслуговує схвальної оцінки, оскільки свідчить про позитивну спрямованість життєдіяльності респондентів, навіть у такий складний час.

До четвертої групи було віднесено вияви *вираженого «гострого» стресу*, які мають відношення до *каліцтва та смерті близьких*: переживання горя у зв'язку з фізичними травмами/каліцтвом близьких людей (7,2%), переживання горя у зв'язку із смертю близьких людей (7,2%). Отримані дані свідчать про те, що, на щастя, число таких респондентів є невеликим.

Отже, отримані дані свідчать про те, що дуже велика кількість опитаних, які є високо статусними фахівцями, переживають різні вияви стресу в умовах війни, серед яких найбільш представленими є страх і тривожність, отже, вони не зовсім здатні справлятися з повсякденними стресами життя в умовах війни. Класифікація різних виявів стресу, які виникають в цей період, та їх профілактика і подолання складають окреме завдання надалі, але сьогодні можемо говорити про те, що без сумніву, доцільним є використання, як самими керівниками і педагогічними працівниками, так і працівниками психологічних служб різних способів протидії стресу в умовах війни. Такі способи представлено в ряді публікацій з цієї проблеми (Гринберг, 2002; Карамушка, 2022; Кокун, Мороз, Пішко&Лозінська, 2022; Miller&Rasmussen, 2010). Підкреслимо, що вирішення цього питання важливо як для ефективної організації своєї життєдіяльності, так і життєдіяльності учнів, за яких персонал освітніх організацій несе пряму відповідальність.

3. Здатність керівників та педагогічних працівників закладів освіти налагоджувати стосунки з людьми в умовах війни.

Результати дослідження показали, що досить значна частина респондентів вказали на наявність певних проблем у налагодженні взаємовідносин з іншими людьми, які стосуються широкого спектру стосунків (від конфліктів до зради та зневіри в людей, припинення з ними стосунків, як крайніх форм загострення стосунків з людьми) (табл. 2). Виявлені проблеми були об'єднано у п'ять основних груп.

Так, першу групу складають конфлікти, що стосуються *взаємодії з членами сім'ї та родини*, тобто, з найближчим колом соціальної взаємодії. На конфлікти з членами родини вказало 28,3%, конфлікти з батьками – 21,7%, конфлікти з дітьми – 19,6%, з

дружиною/чоловіком – 15,2%. Тобто, в середньому близько четвертої частини респондентів пережили конфлікти з членами сім'ї та родини, що, скоріше всього, можна пояснити тим, що переважна більшість проблем забезпечення своєї безпеки та організації життєдіяльності в умовах війни опитувані вирішували, насамперед, на рівні сім'ї та родини.

Таблиця 2

З якими проблемами у стосунках з людьми ви зустрілись під час війни?

(у % від загальної кількості опитаних)

Проблеми в стосунках з людьми	%
<i>Конфлікти з членами сім'ї та родини:</i>	
конфлікти з членами родини	28,3
конфлікти з батьками	21,7
конфлікти з дітьми	19,6
конфлікти з дружиною/чоловіком	15,2
<i>Конфлікти з друзями:</i>	
мав конфлікти з друзями	12,0
<i>Конфлікти з суб'єктами професійної взаємодії:</i>	
конфлікти з членами педагогічного колективу свого освітнього закладу	10,9
конфлікти з адміністрацією свого освітнього закладу	4,3
конфлікти з батьками своїх учнів	1,1
конфлікти з своїми учнями	0,0
<i>Конфлікти з людьми, які надавали допомогу вимушеним переселенцям:</i>	
напруженість в стосунках з людьми, які надавали мені житло (коли був вимушеним переселенцем в Україні)	1,1
напруженість в стосунках з людьми, які надавали мені житло (коли був вимушеним переселенцем за кодоном)	0,0
<i>Крайні форми загострення стосунків з людьми:</i>	
перестав спілкуватися із деякими із близьких людей	43,5
втратив віру в людей	12,0
пережив зраду близьких людей	7,6

Другу групу складають конфлікти, які стосуються *взаємодії з друзями*. На них вказало значно менше опитаних, порівняно з першою групою, всього 12,0%.

До третьої групи відносяться *конфлікти з суб'єктами професійної взаємодії*, тобто, з суб'єктами управлінської, педагогічної та освітньої діяльності, яка здійснюється в рамках закладів освіти, де працюють респонденти. На конфлікти з членами педагогічного колективу освітнього закладу вказало 10,9%, конфлікти з адміністрацією освітнього закладу – 4,3%, конфлікти з батьками своїх учнів – 1,1%, конфлікти з своїми учнями – 0,0%. Як бачимо, конфліктів з суб'єктами професійної взаємодії є значно менше, порівняно з конфліктами із з членами сім'ї та родини, що можна оцінити, як позитивний факт. З одного боку, це може

свідчити про сприятливий клімат в закладах середньої освіти, а з іншого боку, це може бути відображенням того, що в період війни більшість питань організації життєдіяльності вирішувались не стільки на рівні діяльності організацій, а стільки на рівні діяльності сімей і родин, тобто, в умовах війни така взаємодія здійснювалась не так інтенсивно. Окрім того, це, можливо, обумовлено і тим, що у сфері професійних стосунків люди є більш стриманими, ніж у сфері сімейних стосунків.

До четвертої групи відносяться конфлікти, що мають відношення до *взаємодії з людьми, які надавали житло* респондентам (як вимушеним переселенцям) в Україні та за кордоном. Число таких конфліктів складає всього 1,1% стосовно взаємодії з людьми, які надавали житло в Україні, а стосовно людей, які допомагали у вирішенні цього питання за кордоном, то такі конфлікти взагалі відсутні. Що можна пояснити тим, що конфліктувати з людьми, які надають тобі допомогу у екстремальній ситуації, зовсім не виправдано, оскільки задоволення однієї із базових потреб (потреби в безпечному житлі) напряду залежить від таких людей.

І п'яту групу складають проблеми, які стосуються *крайніх форм загострення стосунків з людьми*. 43,5% опитаних, майже половина, вказали на те, що перестали спілкуватися із деякими із близьких людей. Це за кількісним вираженням складає найбільшу кількість проблем у стосунках з людьми. Однак, лише 7,6% зазначили, що пережили зраду близьких людей, що є крайньою формою розриву стосунків з людьми. І лише 12,0 % зазначили, що втратили віру в людей, що свідчить, на наш погляд, про все ж таки позитивну спрямованість щодо соціальних контактів з людьми в умовах війни у більшості опитаних

Отже, отримані результати свідчать про те, що війна, як крайня форма соціальної напруженості, яка складає загрозу безпеці і життю людей, обумовлює виникнення значних проблем у соціальній взаємодії навіть у такої високоосвіченої і статусної категорії фахівців, якими є керівники і педагогічні працівники закладів освіти. Тобто, здатність керівників та педагогічних працівників закладів освіти налагоджувати стосунки з людьми в умовах війни є недостатньою. Таким чином, проблема психологічної підтримки цих фахівців, зокрема, щодо попередження та вирішення конфліктів, є достатньо актуальною. Окремі психологічні поради з цієї проблеми наведено у розроблених нами методичних рекомендаціях (Карамушка, 2022).

4. Здатність керівників та педагогічних працівників закладів освіти ефективно здійснювати свою професійну діяльність та працювати на користь своєї організації й суспільства, реалізувати свої здібності в умовах війни

Аналіз отриманих даних показав, що керівники та педагогічні працівники закладів освіти в умовах війни зустрілись з рядом проблем в їхній професійній діяльності (табл.3). Виявлені проблеми можна об'єднати у такі чотири групи.

Першу групу утворили проблеми, які мають відношення до *організації та продуктивності професійної діяльності*. Найбільша кількість, дві третини, опитаних (66,0%), вказали на те, що у них різко знизилась продуктивність діяльності. 36,2% респондентів - більше третини - зазначили, що вони не можуть організувати свій час. Значно менше (13,8%) відповіли, що їм в цілому важко адаптуватись до роботи до нових умов війни. І зовсім невелика кількість респондентів (4,3%) вказали на свою низьку самоефективність (зазначили, що вони не вірять в себе, свою здатність виконувати професійну діяльність). Як бачимо, у цій групі переважають проблеми, які мають відношення до продуктивності професійної діяльності та тайм-менеджменту. Скоріше всього, це можна пояснити переживанням респондентами різних виявів стресу, про що мова йшла вище, а також порушенням звичного розпорядку дня та виконання професійних функцій в рамках діяльності закладів освіти, більшість із яких фактично були зачиненими в перші місяці війни. Окрім того, на такі показники могла вплинути і зміна місця проживання для тих осіб, які стали вимушеними переселенцями, що повело за собою відсутність технічного обладнання для роботи (комп'ютера, інтернету тощо, а також проживання в одній кімнаті кількох людей (або в квартирі - кількох сімей).

Таблиця 3

З якими проблемами у здійсненні своєї професійної діяльності Ви зустрілись в умовах війни? (у % від загальної кількості опитаних)

Проблеми у здійсненні професійної діяльності	%
<i>Проблеми в організації та продуктивності професійної діяльності:</i>	
значно знизилась продуктивність діяльності	66,0
не можу організувати свій робочий час	36,2
мені в цілому важко адаптуватись до роботи до нових умов війни	13,8
не вірю в себе, свою здатність виконувати професійну діяльність	4,3
<i>Ставлення до професійної діяльності:</i>	
втратив бажання займатись своєю професійною діяльністю	9,6
не бачу перспектив своєї професійної діяльності	7,4
не хочу навчатись новому	5,3
<i>Ставлення до навчання учнів в умовах війни:</i>	
вважаю, що дистанційне навчання в умовах війни не має ніякого результату	19,1
вважаю, що навчати дітей в загрозованих умовах війни не має ніякого смислу	5,3
<i>Найближчі перспективи щодо здійснення професійної діяльності:</i>	
працювати в моєму закладі освіти неможливо, оскільки приміщення школи пошкоджене/зруйноване	5,3
працювати в моєму закладі освіти не планую, хочу виїхати в більш безпечний регіон України	2,1
втратив своє місце роботи, тому шукаю нову роботу	0,0
працювати тут не планую, хочу виїхати за кордон	0,0

Другу групу утворили проблеми, які стосуються *ставлення до професійної діяльності*. До цієї групи були включені такі відповіді респондентів: втратив бажання займатись своєю професійною діяльністю (9,6%), не бачу перспектив своєї професійної діяльності (7,4%), не хочу навчатись новому (5,3%). Отримані дані свідчать про те, що навіть у важких умовах війни лише незначна частина освітнього персоналу має негативну мотивацію щодо виконання своєї професійної діяльності, а переважна більшість опитаних мають позитивне ставлення до виконання своєї діяльності.

До третьої групи відносяться проблеми, які стосуються *навчання дітей*. Можна говорити про те, що в цілому до навчання дітей в умовах війни опитувані ставляться позитивно, про що свідчить той факт, що лише 5,3% опитаних відповіли, що навчати дітей в загрозливих умовах війни не має ніякого значення. Однак значно більше респондентів (19,1%), майже одна п'ята, критично ставляться до дистанційного навчання в цей період, про що говорять їх відповіді про те, що дистанційне навчання в умовах війни не є результативним. Таким чином, це свідчить про те, що організація дистанційного навчання, яке, скоріше всього, є найбільш реальною формою навчання учнів в цей складний період, потребує свого вдосконалення і, насамперед, формування мотивації учнів до навчання, розвиток навичок його здійснення, підтримки і контролю з боку педагогічних працівників для його успішного забезпечення.

І останню групу складають проблеми, які стосуються *найближчих перспектив здійснення професійної діяльності*. Звертає увагу на себе той факт, що число осіб, які вказали на проблеми цієї групи, є зовсім незначним. Всього 5,3% зазначили, що працювати в їхньому освітньому закладі неможливо, оскільки приміщення школи пошкоджене/зруйноване. 2,1% вказали на те, що працювати в їхньому закладі освіти не планують, оскільки хочуть виїхати в більш безпечний район України. Ніхто із опитаних не вказав на те, що втратив місце роботи, тому шукає нову роботу (0,0%), що свідчить про те, що робота в освітній сфері є достатньо стабільним місцем праці. І з приємністю також можна констатувати, що ніхто із опитаних (0,0%) не зазначив, що працювати в Україні не планує, а хоче виїхати за кордон на постійне місце проживання. Отже, в цілому можна заключити, що керівники та педагогічні працівники бачать позитивні перспективи своєї професійної діяльності, не дивлячись на складні умови війни, що можна, без сумніву, оцінити позитивно.

Таким чином, результати дослідження засвідчили те, що у керівників та педагогічних працівників закладів освіти на фоні позитивного ставлення до своєї професійної діяльності та перспектив її здійснення, яке спостерігається у переважній більшості опитаних, зафіксовані виражені проблеми у продуктивності діяльності та часової

її організації, а також частково проблеми в адаптації до нових умов війни та самоефективності. Це говорить про недостатню здатність керівників та педагогічних працівників здійснювати свою професійну діяльність та працювати на користь своєї організації й суспільства, реалізувати свої здібності в умовах війни. Це свідчить про необхідність реалізації спеціальної психологічної підтримки керівників та педагогічних працівників закладів освіти з означених питань. Окремі з цих розробок є в деяких наявних на сьогоднішній публікаціях (Карамушка, 2022), однак, в цілому це потребує спеціальної розробки надалі (у вигляді спеціальних психологічних технологій).

Висновки:

1. *Психічне здоров'я* керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни включає такі основні складові: 1) здатність справлятися з повсякденними стресами життя в умовах війни; 2) здатність налагоджувати стосунки з людьми в умовах війни; 3) здатність ефективно здійснювати свою професійну діяльність та працювати на користь своєї організації й суспільства, реалізувати свої здібності в умовах війни.

2. Виявлено ряд як *негативних, так і позитивних виявів* психічного здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни:

2.1. Констатовано *наявність виявів стресу* у значної кількості опитаних керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни, які об'єднано у чотири групи і які стосуються: «гострого» стресу; «віддаленого» стресу; стресу, який має відношення до перспектив життя; вираженого «гострого» стресу, який стосуються каліцтва та смерті близьких людей. Найбільш вираженими є страх і тривожність, як притаманні переважній більшості опитаних. Найменш вираженими є апатія і втрата смислу життя, які характерні для незначної кількості опитаних, що свідчить про позитивну перспективну спрямованість їхньої життєдіяльності.

2.2. Виявлено *проблеми в стосунках з людьми*, з якими зустрілись керівники та педагогічні працівники закладів освіти в умовах війни, які були розподілені на такі чотири групи: конфлікти з членами сім'ї та родини; конфлікти з друзями; конфлікти з учасниками управлінської та педагогічної взаємодії; конфлікти з людьми, які надавали допомогу вимушеним переселенцям; крайні форми загострення стосунків з людьми (зрада, зневіра, припинення спілкування). Найбільш вираженими є конфлікти з членами сім'ї, родини та іншими близькими людьми, які мають різні форми (від власне конфліктів до такої їх крайньої форми, як припинення стосунків). При цьому позитивним є те, що проблем в стосунках з людьми є значно менше у сфері професійної взаємодії, і те, що у лише зовсім у невеликої кількості фахівців зафіксована зневіра в людей.

2.3. Встановлено *проблеми у здійсненні професійної діяльності* керівниками та педагогічними працівниками закладів освіти в умовах війни, які об'єднано у п'ять груп і які стосуються: організації та продуктивності професійної діяльності; ставлення до професійної діяльності; ставлення до навчання учнів в умовах війни; найближчих перспектив щодо здійснення професійної діяльності. Найбільш вираженими є проблеми, які стосуються продуктивності діяльності, які притаманні двом третинам опитаних. Позитивним є те, що у переважної кількості опитаних спостерігається позитивне ставлення до своєї професійної діяльності та перспектив її здійснення.

2.4. *Порівняння негативних виявів різних складових психічного здоров'я* керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни показало, що найбільш вираженими є проблеми, які стосуються стресу, далі слідують проблеми, які стосуються продуктивності і організації професійної діяльності, і на останньому місці знаходяться проблеми, які мають відношення до стосунків з людьми, насамперед, у професійній взаємодії. Це ще раз говорить про те, що керівники та педагогічні працівники реалізують гуманістичну спрямованість своєї професійної діяльності. Окрім того, слід підкреслити, що для всіх складових психічного здоров'я переважної більшості опитаних керівників та педагогічних працівників закладів освіти, не дивлячись на всю складність воєнного періоду, притаманна позитивна спрямованість життєдіяльності (бачення перспектив життя, віри в життя, важливості навчання учнів).

3. Отримані дані свідчать про *недостатню здатність* керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни справлятися з повсякденними стресами життя, налагоджувати стосунки з людьми, ефективно здійснювати свою професійну діяльність та працювати на користь своєї організації й суспільства, реалізувати свої здібності. Це свідчить про необхідність *розробки та впровадження спеціальних технологій*, спрямованих на збереження та підтримку психічного здоров'я керівників та педагогічних працівників закладів освіти в умовах війни, які можуть використовуватися на індивідуальному, груповому, організаційному та суспільному рівнях.

До перспектив подальших досліджень відноситься вивчення особливостей психічного здоров'я різних категорій освітнього персоналу в умовах війни, а також аналіз організаційно-психологічних чинників, які впливають на його забезпечення.

Література

1. Гринберг, Дж. С. (2002). *Управление стрессом*: перевод з англ.
2. Зливков, В., & Лукомська, С. (2022). *Діти війни: теоретико-методичні і практичні аспекти психологічної допомоги*: Навч. пос. Київ-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.
3. Карамушка, Л.М. (2022). *Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та*

- підтримати: Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, <https://lib.iitta.gov.ua/730974/>
4. Карамушка, Л. (2021). Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. *Psychological Journal*, 7(5), 26–37. DOI:<https://doi.org/10.31108/1.2.7.5.3>
 5. Карамушка, Л., Креденцер, О., Терещенко, К., та ін. (2022). Особливості психічного здоров'я персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1 (25), 62-74. DOI:<https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.7>
 6. Карамушка, Л.М., & Шевченко, А.М. (2019). Аналіз індексу ставлення до здоров'я менеджерів освітніх організацій. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2-3 (17), 58-65.
 7. Карамушка, Л.М., & Шевченко А.М. (2022). *Забезпечення психологічного здоров'я менеджерів та педагогічних працівників освітніх організацій в умовах Нової української школи: навч. посібник*. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України.
 8. Карамушка, Л.М., & Шевченко, А.М. (2017). Психологічні чинники та умови забезпечення психологічного здоров'я менеджерів освітніх організацій. *Актуальні проблеми психології. Том I : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*, 22-29.
 9. Кокун, О.М., Мороз, В.М., Пішко, І.О., & Лозінська, Н.С. (2022). *Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій: метод. посібник*. Київ-Одеса: Фенікс.
 10. Шевченко, А.М. (2019). Комплекс методик для дослідження психологічного здоров'я менеджерів освітніх організацій. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2-3, 109-118.
 11. Deineko, O. (2022). *War in Ukraine: a sociological study*. Oslo, Norwegian Institute for Urban and Regional Research, Metropolitan University.
 12. Dziuba, T., Karamushka, L., Halushko, I., et. al. (2021). Mental health of teachers in Ukrainian educational organizations. *Wiadomości Lekarskie*, 74, 11, 2779-2783. URL:<https://wiadlek.pl/11-2021/>.
 13. Miller, K.E. & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science and Medicine*, 70, 7-16. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.09.029
 14. Murthy, R.S. & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25-30.
 15. Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., et al. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, 67, 518-28. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2010.37
 16. Pierce, P.F. (1997). Physical and emotional health of Gulf War veteran women. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*. 68(4), 317-21.

References

1. Grinberg, J. S. (2002). *Upravlenie stressom [Stress management]*. [In Russian]
2. Zlyvkov, V., & Lukomska, S. (2022). *Dityviiny: teoretyko-metodychni i praktychni aspekty psykholoichnoi dopomogy [Children of war: theoretical, methodological and practical aspects of psychological assistance]*. Vydavets PP Lysenko M. M. [In Ukrainian].
3. Karamushka, L. M. (2022). *Psykhichne zdorovya osobystosti pid chas viiny: yak iogo zberegty ta pidtrymaty: recommendations [Mental health of the individual during the war: how to preserve and support it: recommendations]*. Instytut psykholoichnoi imeni G.S. Kostyuka NAPN Ukrainy, <https://lib.iitta.gov.ua/730974/> [In Ukrainian]
4. Karamushka, L. (2021). *Psykhichne zdorovya: sutnist, osnovni determinanty, strategii ta programy zabezpechennya [Mental health: nature, key determinants, strategies and promotion programs]*. *Psychological Journal*, 7(5), 26–37. <https://doi.org/10.31108/1.2.7.5.3> [In Ukrainian]
5. Karamushka, L., Kredentser, O., Tereshchenko, Ivkin, V., Lagodzinska, V., & Kovalchuk, O. (2022). *Osoblyvosti psykhnichnogo zdorovya personalu osvithnikh ta naukovykh organizatsii v umovakh viiny [Peculiarities of the mental health of the staff of educational and scientific organizations in the conditions of war]*. *Organizatsiina psykholoia. Ekonomichna psykholoia*, 1(25), 62-74. <https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.7> [In Ukrainian]
6. Karamushka, L. M., & Shevchenko, A. M. (2019). *Analiz indeksu stavlennya do zdorovya menedzheriv osvithnikh organizatsii [Analysis of the health attitude index of managers of educational organizations]*. *Organizatsiina psykholoia. Ekonomichna psykholoia*, 2-3(17), 58-65. [In Ukrainian]
7. Karamushka, L. M., & Shevchenko, A. M. (2022). *Zabezpechennya psykholoichnogo zdorovya menedzheriv ta pedagogichnykh pratsivnykiv osvithnikh organizatsii v umovakh Novoyi ukrayinskoyi shkoly*

[Promoting psychological health of managers and teaching staff of educational organizations in the conditions of the New Ukrainian School]. G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the NAES of Ukraine. [In Ukrainian]

8. Karamushka, L. M., & Shevchenko, A. M. (2017). Psykhologichni chynnyky ta umovy zabezpechennya psykhologichnogo zdorovya menedzheriv osvitnikh organizatsii [Psychological factors in and conditions for promoting the psychological health of managers of educational organizations]. *Aktualni problemy psykhologii. Tom I: Organizatsiina psykhologia. Ekonomichna psykhologia. Sotsialna psykhologia*, 22-29. [In Ukrainian]
9. Kokun, O. M., Moroz, V. M., Pishko, I. O., & Lozinska, N. S. (22022). *Teoria i praktyka upravlinnya strakhom v umovakh boiovykh dii [Theory and practice of fearmanagement in combat conditions]*. Feniks, <https://lib.iitta.gov.ua/730971> [In Ukrainian]
10. Shevchenko, A.M. (2019). Kompleks metodyk dlya doslidzhennya psykhologichnogo zdorovya menedzheriv osvitnikh organizatsii [A complex of instruments to study the psychological well being of managers of educational organizations]. *Organizatsiina psykhologia. Ekonomichna psykhologia*, 2-3(9-10), 109-118. [In Ukrainian]
11. Deineko, O. (2022). *War in Ukraine: a sociological srudy*. Oslo, Norwegian Institute for Urbanand Regional Research, Metropolitan University.
12. Dziuba, T., Karamushka, L., Halushko, I., et. al. (2021). Mental health of teachers in Ukrainian educational organizations. *Wiadomości Lekarskie*, 74, 11, 2779-2783. URL:<https://wiadlek.pl/11-2021/>.
13. Miller, K.E. & Rasmussen, A. (2010). Warexposure, dailystressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science and Medicine*, 70, 7-16. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.09.029
14. Murthy, R.S. & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25-30.
15. Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., et al. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: a studyin 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, 67, 518-28. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2010.37
16. Pierce, P.F. (1997). Physical and emotional health of Gulf War veteran women. *Aviation, Space, and Enviromental Medicine*. 68(4), 317-21.

Відомості про авторів

Карамушка Людмила, академік НАПН України, доктор психологічних наук, професор, завідувачка лабораторії організаційної та соціальної психології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, Україна.

Karamushka, Liudmyla, Member of the NAES of Ukraine, Dr., Prof., Head, Lab. of Organizational and Social Psychology, Kostiuk Institute of Psychology of the NAES of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0622-3419>

E-mail: lkarama01@gmail.com

Шевченко Антоніна, кандидат психологічних наук, завідувачка кафедри педагогіки, психології та менеджменту освіти Комунального навчального закладу Київської обласної ради «Київський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних кадрів», Біла Церква, Україна.

Shevchenko, Antonina, PhD, Dept. of pedagogy, psychology and management, Academy of Continuous Education, BilaTserkva, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9644-9691>

E-mail: t131103@ukr.net

Отримано 9 серпня 2022 р.
Рецензовано 19 серпня 2022 р.
Прийнято 22 серпня 2022 р.

Вікторія Найчук
Вадим Швед
Ірина Саранча

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВИКЛАДАЧІВ ВИЩОЇ ШКОЛИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Найчук Вікторія, Швед Вадим, Саранча Ірина. Особливості прояву негативних емоційних станів викладачів вищої школи в умовах воєнного стану. Стаття присвячена проблемі прояву негативних емоційних станів викладачів закладів вищої освіти в умовах воєнного стану, розкриває основні результати емпіричного дослідження негативних емоційних станів викладачів, а саме: тривожності, стресу, вигорання в умовах воєнних дій.

Емоційні стани виконують важливу роль регуляції діяльності особистості, в тому числі і професійної діяльності викладача. Емоційні стани спрямовані на узгодження формування та трансформації пізнавальних і вольових факторів.

Оскільки сама професія викладача є стресовою, це призводить до виникнення низки негативних емоційних переживань, до формування емоційного вигорання. І саме викладачі найчастіше опиняються в ситуації кризи через зміни в суспільно-політичній, економічній та безпековій ситуації в країні. Реформування освіти, гібридна війна на Сході, пандемія та воєнна агресія проти України – за короткий термін ці події стали тригером не тільки серйозних змін в системі освіти, але і особистісних змін викладачів.

Отримані результати можуть дозволити виявляти групи викладачів, які знаходяться в кризовому стані для надання їм допомоги. Автори зауважують, що вивчення особливостей переживання негативних станів дозволить розробити ефективну систему профілактики і корекції цих станів, яка зможе не тільки використовувати вже існуючі дослідження, але і враховувати додаткові змінні, які стали потужними стресорами для представників вищої школи.

Ключові слова: *емоції, негативні емоційні стани, тривожність, стрес, фрустрація, емоційне вигорання, викладачі вищої школи, воєнні дії, воєнний стан*

Naichuk, Victoriia, Shved, Vadym, Sarancha, Iryna. Features of negative emotional states of teachers of higher school in conditions of martially law. The article is devoted to the problem of negative emotional states of teachers of higher education institutions in martiallaw, revealing the main results of the empirical study of negative emotional states of teachers, namely: anxiety, stress, and burnout in hostilities.

Emotional states play an essential role in regulating the activities of the individual, including the professional activities of the teacher. Emotional states aim to reconcile the formation and transformation of cognitive and volitional factors.

A prerequisite for the effective performance of a higher education teacher is the mobilization of mental processes and the maximum burden on human health (both somatic and psychological). The professional activity of the teacher requires him the maximum involvement of internalpersonal reserves.

Because the teaching profession itself is stressful, it leads to a number of negative emotional experiences, to the formation of emotional burnout. And it is teachers who often find themselves in a crisis situation due to changes in the supra-political, economic, and security situation in the country. Education reform, the hybrid war in the East, the pandemic and military aggression against Ukraine – in the short term, these events have become a trigger not only for major changes in the education system but also for personal changes in teachers.

The results obtained make possible to identify groups of teachers who are in crisis to help them. The authors note that the study of the peculiarities of experiencing negative conditions will allow the development of an effective system of prevention and correction of these conditions, which will be able not only to use existing research but also to take into account additional variables, which have become powerful stressors for highs chool representatives.

Keywords: *emotions, negative emotional states, anxiety, stress, frustration, emotional burnout, highschool teachers, martiallaw.*

Вступ. Емоційна сфера останнім часом активно лідирує як одна з найбільш несприятливих і патогенних сфер життєдіяльності кожної людини. Політичні та соціальні конфлікти, воєнні дії, пандемія Covid-19 – це неповний перелік несприятливих факторів, більше за останні 8 років, які стали причиною формування у переважної більшості українців патологічно-негативних емоційних станів.

Актуалізація вивчення негативних емоційних станів особистості передусім викликана воєнними подіями, які розпочались 24 лютого 2022 року. Якщо перед цим воєнні дії мали більш локальний характер, події лютого 2022 року призвели до катастрофічних наслідків для українців, загнавши їх в екстремальні умови.

Воєнні дії, які відбуваються на значній території України, виявляються травматичними для кожного українця, оскільки несуть катастрофічні наслідки абсолютно для всіх сфер життєдіяльності українського суспільства, в тому числі і вищої освіти. Зважаючи на це, доцільним вважаємо звернути увагу на розвиток негативних емоційних станів в умовах воєнного стану у категорії викладачів вищої школи.

Перші тижні війни, освіта, які і інші сфери життєдіяльності суспільства, опинились буквально в стані афекту, були дезорієнтовані, охоплені невизначеністю щодо заходів, спрямованих на збереження контингенту здобувачів, викладачів, адміністративних працівників закладів вищої освіти, а також шляхів можливого продовження освітнього процесу в умовах воєнного стану. У. Дж. Тірні, аналізуючи проблему освіти на тлі Другої світової війни, говорив про те, що освіта є для людства інструментом аналізу екстремальних умов, які дозволяють знаходити правильні рішення та способи максимально ефективного досягнення мирних цілей (Tierney, 2021).

В низці психологічних робіт зазначається, що емоційні стани мають протилежний вплив: можуть як активувати когнітивний процес і впливати на його перебіг, так і навпаки, тобто зв'язки між станами та когнітивними процесами (сприйняттям, уявою, пам'яттю, мисленням) можна характеризувати як динамічні і взаємні. На думку дослідників, емоційні стани можуть існувати у свідомості незалежно від когнітивних процесів, часто людина може знаходитись у тому чи іншому стані, не усвідомлюючи його. Крім того, науковці зауважують, що негативний психічний стан є реакцією людини на життєву ситуацію у вигляді стійкого цілісного синдрому. При цьому, доцільно виділяти такі основні ознаки психічного стану особистості, як цілісність, ситуативність, стійкість у часі, єдність переживання й поведінки, зв'язок з особистісними властивостями та психічними процесами (Kuznyecova, 2015; Nikitenko, 2015).

Деякі автори пишуть про те, що негативні психічні стани можуть спричинятися внаслідок перевтомлення, нервової напруги, невміння працювати з людьми, внаслідок критичних ситуацій (наприклад, на думку В. Москалець конкретні події в житті людини можуть викликати водночас стрес, фрустрацію, конфлікт і кризу (Moskalec, 2010).

Роботу викладача традиційно відносять до кризових професій через низку специфічних факторів, які безпосередньо сприяють розвитку негативних емоційних станів: багатофункціональність діяльності, великий обсяг інформаційного навантаження, інтенсивне спілкування, рівень відповідальності, неоднорідність аудиторії за інтелектуальними та соціально-культурними особливостями тощо (Kuznucova, 2015). Саме у представників цієї категорії професіоналів частіше, ніж у інших, діагностують високий рівень стресу, тривожності, професійного вигорання. І абсолютно логічним нам здається значне підвищення рівня негативних станів у викладачів в умовах воєнного стану.

Метою даного дослідження є виявлення психологічних особливостей прояву негативних емоційних станів викладачів вищої школи в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

1. Теоретичний аналіз та узагальнення наукових досліджень щодо проблеми прояву негативних емоційних станів у викладачів вищої школи.
2. Формування вибірки та підбір відповідного діагностичного матеріалу, організація емпіричного дослідження.
3. Реалізація емпіричного дослідження прояву негативних емоційних станів у викладачів вищої школи в умовах воєнного стану.
4. Математико-статистичний та якісний аналіз отриманих результатів, формулювання висновків.

Методи та організація дослідження.

Дослідження відбувалось в декілька етапів протягом п'яти тижнів (з березня по травень 2022 року).

Комплекс методів представлений теоретичними (аналіз, синтез, узагальнення), емпіричними (бесіда, анкетування) та математичними методами. До групи психодіагностичних методів було обрано: методику «Експрес-діагностика стану стресу К. Шрайнер, методику діагностики депресивних станів «Диференціальна діагностика депресивних станів» В. Жмурова, методику «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, методику діагностики рівня емоційного вигорання В. Бойка. Методики були запропоновані в електронному форматі (використовували Google-форму).

Вибірка дослідження представлена 43 викладачами, співробітниками Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна», Вінницького державного педагогічного університету імені М. Коцюбинського, Харківського національного педагогічного університету імені Г. Сковороди. В запропонованій гугл-формі була включена згода на обробку даних.

Учасникам дослідження було запропоновано відповісти на низку запитань перед початком анкетувань для виявлення деяких аспектів, пов'язаних зі специфікою дослідження (на момент діагностики всі учасники повернулись до викладацької діяльності в асинхронному дистанційному форматі). Так, 100% викладачів незалежно від регіону зазначили, що відчують значне збільшення переживання негативних емоцій у порівнянні зі станом до 24 лютого, зниження рівня контролю над емоціями та поведінкою, 93% відзначили постійне відчуття тривоги, «очікування на щось». 71% вважають «неможливим повернення до нормального життя», 78% вказують на негативний вплив емоційного стану на процес викладацької діяльності, при цьому 83% зазначили, що повернення до роботи зі студентами мало позитивний вплив на їх емоційний стан.

Результати дослідження та їх обговорення.

Результати дослідження показали, що переважна частина опитаних викладачів мають середній та високий рівень прояву стресу (41% та 32% відповідно). Отже, більшість досліджених нами викладачів характеризуються низьким контролем власних емоцій та поведінки, мають ознаки перевтоми та виснаження, їм необхідно віднайти власні способи саморегуляції емоцій в стресових ситуаціях.

Результати діагностики депресивних станів вказують на те, що депресивні стани відносно рівномірно проявляються у викладачів на помірному (26%), легкому (30%) та мінімальному рівнях (23%). Занепокоєння викликають викладачі, які продемонстрували показники вираженої (11%) та глибокої депресії (7%).

В результаті дослідження психічних станів (методика Айзенка) нами був зроблений висновок про те, що для більшості учасників нашого дослідження характерний прояв показників тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності на середньому рівні (51%, 46%, 51% та 39% відповідно). Значна частка викладачів мають високий рівень прояву цих станів (27%, 32%, 30% та 23% відповідно). Такі результати можуть вказувати на характерну для таких викладачів емоційну нестійкість, деяку внутрішню стурбованість, впертість у відстоюванні власної позиції, можливо, - на їх відчуття незахищеності, на розгубленість, напруженість, запальність, нестриманість, схильність сприймати ситуації як загрозливі для себе.

При цьому варто зазначити, що часто така ситуація може супроводжуватись змінами в емоційній сфері, проявом внутрішніх суперечностей та неспокоєм; такі викладачі можуть відчувати розгубленість, застрягання на емоційно-значущих переживаннях, прояви невпевненості та ворожисті, зниження контролю власних емоцій. Для них може бути притаманна висока чутливість до невдач, до перешкод, що здаються непереборними, тривожність, неусвідомлення співвідношення реальності та об'єктивних можливостей, неадекватна оцінка своїх якостей (позитивних і негативних якостей), конфліктність.

Наступна методика, використана в нашому дослідженні – методика діагностики емоційного вигорання особистості В. Бойка. Відповідно результатам даної методики ми виявили рівень сформованості кожної з фаз емоційного вигорання, а також визначили, наскільки сформованими є симптоми в межах кожної фази, і, на підсумок - загальний рівень емоційного вигорання у викладачів.

Кількісний аналіз по кожній з фаз синдрому емоційного вигорання показав, що фаза напруги сформувалася у 37% викладачів, в стадії формування перебуває у 48%, не сформувалася у 14%. Нервова (тривожна) напруга, характерна для цієї фази, є передвісником і «запускаючим» механізмом у формуванні емоційного вигорання. Що стосується симптомів, то за результатами дослідження маємо таку картину:

Симптом «переживання психотравмуючих обставин». Не проявляються симптом у 27%, симптоматика складається - у 53%, склалась - у 20 % викладачів. Даний симптом проявляється і посилюється усвідомленням психотравмуючих чинників професійної діяльності, які важко або зовсім не підлягають корекції. Абсолютно зрозуміло, що враховуючи фізичне та емоційне навантаження, та загалом психотравмуючий характер умов діяльності в ситуації воєнного стану, показники формування і сформованості є цілком очікуваними.

Симптом «незадоволеності собою» - результат невдач або нездатності вплинути на психотравмуючі обставини; людина зазвичай відчуває невдоволення собою, обраною професією, посадою, конкретними обов'язками. Не сформована у 39 %, на етапі формування- у 48 %, сформована - у 13 % респондентів.

Симптом «загнаності в кут» виникає, коли психотравмуючі обставини дуже тиснуть і усунути їх неможливо, приходить відчуття безпорадності. Не сформована симптоматика у 25%, на етапі формування- у 58%, сформована- у 17% респондентів.

Симптом «тривоги і депресії» характеризується почуттям незадоволеності діяльністю і собою, породжуючи потужні енергетичні напруги в формі переживання ситуативної або особистісної тривоги, розчарування в собі, в обраній професії, в конкретній

посаді або місці роботи. Не сформована симптоматика виявлена у 31%, на етапі формування- у 58%, сформована- у 12% респондентів.

Дослідження показників за наступною – фазою резистенції вказують на те, що не сформувалася дана фаза у 27%, в стадії формування у 53%, сформувалася у 20%. Перебуваючи в цій фазі, людина свідомо чи несвідомо прагне до психологічного комфорту, зниження тиску зовнішніх обставин. Такий результат абсолютно логічний, враховуючи той тиск, як з точки зору фізичного навантаження, так і з точки зору психоемоційного, який відчують на собі викладачі в цей складний період.

Симптом «неадекватного виборчого емоційного реагування» - не сформована симптоматика у 13%, на етапі формування - у 53%, сформована- у 31% респондентів. Даний симптом проявляється в неможливості диференціації різниці між двома принципово різними явищами: економічним проявом емоцій і неадекватним виборчим емоційним реагуванням. У тому випадку, якщо мова йде про здатність підключати до взаємодії емоції помірної інтенсивності, то такий режим є достатньо припустимим. Однак, якщо емоційний фон йде в бік негативних переживань або його інтенсивність не відповідає подразникові, то це є ознакою неадекватності. Сформованість даного симптому у викладачів в умовах війни є зрозумілою.

Симптом «емоційно-моральної дезорієнтації» проявляється в притупленні емоційного реагування щодо інших людей, їх потреб і почуттів, відбираючи гідних і недостойних. Не сформована симптоматика виявлена у 13%, на етапі формування - у 60%, сформована- у 27% учасників.

Симптом «розширення сфери економії емоцій» набуває негативного значення, якщо дана форма захисту здійснюється в непрофесійної діяльності, проявляючись як надто насичена розмова, замкнутість, дистанціювання. Не сформована симптоматика виявлена у 31% викладачів, на етапі формування- у 48%, сформована- у 21% респондентів.

Симптом «Редукція професійних обов'язків» проявляється в спробах полегшити або скоротити обов'язки, які вимагають емоційних витрат. Не сформована симптоматика виявлена у 31%, на етапі формування - у 53%, сформована - у 16% респондентів.

Всі симптоми фази «резистенції» в тій чи іншій мірі склалися у викладачів. Такі результати є тривожними, оскільки можуть вказувати на байдужість і незацікавленість викладачів в результатах своєї праці, емоційну відчуженість від оточуючих.

Фаза виснаження не сформувалася у 31%, в стадії формування - у 48%, сформувалася - у 21%. Цей стан характеризується вираженим падінням загального енергетичного тону

і ослабленням нервової системи. Емоційний захист у формі «вигорання» стає атрибутом особистості.

Симптом «емоційного дефіциту» проявляється в тому випадку, коли людина не в змозі увійти в стан, співчувати і співпереживати, відгукуватися на ситуації. В ускладненій формі у такої людини все рідше проявляються позитивні емоції і з'являються різкість, грубість, дратівливість. Не сформована симптоматика виявлена у 31%, на етапі формування- у 60%, сформована- у 9% респондентів.

Симптом «емоційної відстороненості» майже повністю виключає емоції зі сфери професійної діяльності. При цьому в інших сферах людина живе повноцінними емоціями. Не сформована симптоматика виявлена у 31 %, на етапі формування- у 58%, сформована- у 11% викладачів.

При прояві симптому «особистісної відстороненості або деперсоналізації» зазначається повна або часткова втрата інтересу до людини-суб'єкта професійної діяльності. У найбільш важких випадках мають місце агресивні реакції. Не сформована симптоматика виявлена у 39%, на етапі формування- у 48%, сформована- у 13% респондентів.

Симптом «психосоматичних та психовегетативних порушень» проявляється на рівні фізичного і психічного самопочуття і характеризується погіршенням настрою, негативними асоціаціями, безсонням, почуттям страху, психовегетативними реакціями тощо. Не сформована симптоматика виявлена у 37%, на етапі формування- у 48%, сформована- у 15% респондентів.

Отже, спираючись на загальні результати, ми припускаємо, що фактично половина досліджуваних викладачів схильна або вже має синдром емоційного вигорання.

Висновки. Грунтовний аналіз дослідження прояву негативних емоційних станів дозволив сформулювати наступні висновки: переважна частина опитаних викладачів мають середній та високий рівень прояву стресу, а депресивні стани відносно рівномірно проявляються у викладачів на помірному, легкому та мінімальному рівнях. Крім того, для більшості учасників характерний прояв показників тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності на середньому рівні. Також нами було виявлено, що у переважної частини викладачів або сформувалась або перебувають в стадії формування всі три фази вигорання: фаза напруги, фаза резистенції, фаза виснаження.

Можемо констатувати, що негативні емоційні прояви здійснюють деструктивний характер та руйнівний вплив не лише на професійну діяльність викладача, але й на його особистість. Особливо чітко цей вплив прослідковується в умовах воєнної агресії проти

України та в умовах воєнного стану. Нами було проведене емпіричне дослідження, в результаті якого ми виявили, що переважна більшість викладачів мають прояви тривожності та депресивних станів, низький рівень стресостійкості, саморегуляції своїх емоційних станів, високий ступінь сформованості емоційного вигорання.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у виявленні можливих відмінностей в переживанні негативних емоційних станів у викладачів з різних регіонів України, а також розробка системи психологічної допомоги викладачам, які мають високі показники прояву негативних станів.

Література

1. Кузнєцова, О. Т. (2015). Системний підхід як засіб управління якістю навчання студентів у вищому навчальному закладі. *Науковий вісник Кременецької гуманітарно-педагогічної академії імені Тараса Шевченка. Серія: Педагогіка, 1*, 80–87.
2. Нікітенко, С. (2015). Актуальні проблеми вдосконалення професійно орієнтованої підготовки студентів засобами фізичної культури та спорту. *Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини, 2*, 181–187.
3. Москалець, В.П. (2010). Структурно – функціональна організація особистості. Психологія і суспільство. *Український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис, 2* (40), 20–26
4. Мирончук, Н.М. (2017). Професійне вигорання викладача вищої школи: чинники, ознаки, способи протидії. *Теоретичні і методичні засади розвитку і самовдосконалення особистості педагога-новатора в контексті модернізації нової української школи*, 62–67.
5. Tierney, W.G. (2021). What Should Higher Ed Learn From World War II? <https://www.insidehighered.com/views/2021/04/05/higher-ed-should-learn-lessons-world-war-ii-about-serving-public-good-opinion>

References

1. Kuznyecova, O. T. (2015). Systemnyj pidxid yak zasib upravlinnya yakistyu na vchannya studentiv u vyshhomu navchalnomu zakladi. [A systematic approach as a means of managing the quality of student education in a higher educational institution] *Naukovyj visnyk Kremeneckoyi humanitarno-pedahohichnoyi akademiyi imeni Tarasa Shevchenka. Seriya: Pedahohika, 1*, 80-87. [in Ukrainian].
2. Nikitenko, S. (2015). Aktualni problemy vdoshkonalennya profesijnooriyentovanoyi pidhotovky studentiv zasobamy fizychnoyi kultury ta sportu. [Current problems in the improvement of students' professionally-oriented training by means of physical education and sports] *Moloda sportyvna nauka Ukrayiny: zb. nauk. pr. z haluzifiz. vixovannya, sportu i zdorovya lyudyny. 2*, 181-187. [in Ukrainian]
3. Moskalec, V. P. (2010). Strukturno-funkcionalna orhanizaciya osobystosti. [The structural and functional organization of the individual] *Psykhohohiya i suspilstvo. Ukrayinskyjteoretyko-metodolohichny j sociohumanitarnyj chasopys, 2* (40), 20-26. [in Ukrainian]
4. Myronchuk, N. M. (2017). Profesijnevyhorannyavykladachavyshhoyishkoly: chynnyky, oznaky, sposobyprotidyiyi. [Occupational burnout among higher school teachers: factors, signs, countermeasures] *Teoretychni i metodychni zasady rozvytku i samovdoskonalennya osobystosti pedahoha-novatora v konteksti modernizaciy i novoyi ukrayinskoyi shkoly*, 62-67. [in Ukrainian]
5. Tierney, W. G. (2021). What Should Higher Ed Learn From World War II? <https://tinyurl.com/yc2n4k5m>

Відомості про авторів

Найчук Вікторія, кандидат психологічних наук, докторант кафедри психології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди, Харків, Україна; доцент кафедри соціальних технологій Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна», Вінниця, Україна

Naichuk, Victoriia, PhD, PhD student, Department of Psychology H.S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University, Kharkiv, Ukraine; Associate Professor, Department of social technologies, Vinnytsia Institute of The University «Ukraine», Vinnytsia, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2971-1386>

E-mail: naichukvv@gmail.com

Швед Вадим, кандидат економічних наук, професор кафедри бізнесу та права Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна», Вінниця, Україна.

Shved, Vadym, PhD, Professor, Department of social technologies, Vinnytsia Institute of The University «Ukraine», Vinnytsia, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5497-0975>

E-mail: osvitav@gmail.com

Саранча Ірина, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри психології та соціальної роботи, Вінницький державний педагогічний університет ім. Михайла Коцюбинського, Вінниця, Україна.

Sarancha, Iryna, PhD, Associate Professor, Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University, Vinnytsia, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5715-6271>

E-mail: isarancha@gmail.com

Отримано 19 серпня 2022 р.
Рецензовано 31 серпня 2022 р.
Прийнято 5 вересня 2022 р.

Яніна Омельченко

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УМОВАХ ВІЙНИ

Омельченко Яніна. *Особливості психологічної допомоги дітям в умовах війни.* В статті представлено результати аналізу наукових джерел, даних емпіричного дослідження та результатів практичної роботи з дітьми, що постраждали через військові події. Показано, що психоемоційний баланс батьків впливає на психоемоційний баланс їхніх дітей; тип реагування на стрес та успішність подолання кризових обставин батьків позначається на здатності їхніх дітей долати життєві випробування. Окреслено специфіку надання психологічної допомоги дітям в умовах війни та у поствійськовий час. Визначена необхідність врахування наступних сімейних факторів у процесі здійснення психологічної допомоги постраждалим дітям: психоемоційний стан батьків; ступінь відкритості, надійності, передбачуваності, близькості стосунків у сімейному оточенні, зокрема: домінуючі реакції значущих дорослих на власний стрес та той, що переживає дитина. Визначено основні складові кризової допомоги та психологічного супроводу постраждалих дітей. Виокремлено етапи відновлення психоемоційного балансу дітей, які постраждали від впливу надмірних стресових чинників. Визначено вектори розвитку життєстійкості дітей.

Ключові слова: кризові обставини, дистрес, симптоми посттравматичного стресового розладу, психоемоційний баланс, психопрофілактика, психоедукація, кризова допомога, психологічний супровід, навички самодопомоги, життєстійкість.

Yanina Omelchenko. *Peculiarities of psychological assistance to children in war conditions.* The article presents the results of scientific sources' analysis, empirical research data and the results of practical work with children affected by military events. In addition, it is identified how parents' psycho-emotional balance influence their children's state; type of reaction to stress and parents' successfulness in overcoming crisis situations affects their children's ability to overcome life's challenges. The specifics of providing psychological assistance to children in the war and post-war conditions are outlined. There were determined the necessity of accountancy for such family factors in the process of providing psychological help to aggrieved children like: parents' psycho-emotional state; level of openness, dependency, reliability, predictability, the level of closeness in the family circle; dominant reactions of significant adults to their own stress and that experienced by the child. The main components of crisis assistance and psychological support provided to emotionally damaged children have been identified. The restoration stages of the affected by negative stress factors children's psycho-emotional balance are highlighted: restoring a sense of basic security; activation and hardening of psychological resources; reprocessing of the negative psycho-emotional states; mechanisms of self-recovery's actualization, adaptation to a new life situation. Differentiated vectors of children's resilience's development: emotional and mental health care, prophylaxis, overcoming symptoms of distress; establishing close relationship with parents, developing a reliable attachment to them; the ability to act efficiently in stressful situations; overcoming alienation, integration into social space, post-traumatic growth.

Key words: crisis conditions, distress, symptoms of post-traumatic stress disorder, psycho-emotional balance, psycho-prophylaxis, psychoeducation, crisisassistance, psychologicalsupport, self-help skills, resilience.

Вступ. Військові події значно порушили звичний для дітей плін життя. Нині ми знаходимось у ситуації, коли військові події ще тривають і мають різну ступінь гостроти на різних територіях країни. Діти можуть перебувати як у зоні гострих бойових дій, так і у відносній безпеці, або ж перебувати в умовах повної безпеки, проте, маємо констатувати, що всі вони, так чи інакше, потерпали від впливу надмірних стресових чинників. Може статися так, що діти позбавилися можливості спілкування та близького контакту з кимось із батьків через вимушене переміщення, військову службу когось із них, фізично втратили когось із близьких під час військових подій або ж взагалі лишаються сиротами. Сім'ї ж потерпають від вимушеної розлуки один з одним, потерпають від втрати відчуття безпеки, домівки, ресурсів на прожиття. Станом на сьогодні, практично немає громадянина в країні, який би так чи інакше не зіткнувся зі значними стресовими впливами через військові події. Таким чином, проблеми психологічного супроводу дітей, розвитку у них психологічної витривалості, життєстійкості у воєнний та повоєнний часи є надзвичайно актуальною і потребує всебічного дослідження.

Мета. На основі теоретичного аналізу наукових джерел, результату емпіричного дослідження та аналізу практичної роботи з постраждалими дітьми через військові події, окреслити специфіку надання психологічної допомоги дітям, розвитку їхньої життєстійкості в умовах воєнного та післявоєнного часу.

Методи та організація дослідження.

Дослідження проведено у 2018-2019 році серед учасників бойових дій в зоні ООС (34 чоловіків та 1 жінка, що мали вік від 27 до 45 років) та їхніх дітей (35 дітей віком від 6 до 15 років), на що респонденти дали усну згоду. Експериментальна база дослідження – Черкаський обласний клінічний госпіталь.

Наявність та специфіка симптомів ПТСР у дітей та їхніх батьків досліджувались з допомогою: авторської анкети «Ознаки ПТСР у дітей» (заповнювалась батьками), авторської анкети «Симптоми ПТСР у дорослих», «Опитувальник по симптомах посттравматичного стресового розладу після впливу надмірних стресових подій» (заповнювався дітьми).

Анкети «Ознаки ПТСР у дітей» та «Симптоми ПТСР у дорослих» розроблено на основі аналізу відповідних джерел та включають перелік типових симптомів ПТСР у дорослих та дітей. «Опитувальник по симптомах посттравматичного стресового розладу після впливу надмірних стресових подій» є адаптацією PCL-5.

Кількісний аналіз даних здійснювався методами альтернативного аналізу та U-критерію Манна-Уїтні, надалі здійснювалась класифікація ПТСР-симптоматики у дітей та

їхніх батьків, порівнювався ступінь вираженості симптоматики по вибіркам та їхня подібність чи відмінність.

Результати дослідження та їх обговорення.

Теоретичний аналіз літератури показав, що проблема надання психологічної допомоги дітям у військовий час, на жаль, не є новою та має ознаки масовості і широко представлена у дослідженнях зарубіжних колег. Фактично, можна констатувати, що останні кілька десятиліть відзначаються посиленням інтересом наукової спільноти до проблеми впливу військових подій на дітей (Drury, Williams, 2012). Станом на 2014 рік зазначалося, що більше одного мільярда дітей у всьому світі проживають на територіях, охоплених збройними конфліктами, війною або тероризмом (Chrisman, Dougherty, 2014). У 2016 році Вища комісія ООН у справах біженців оприлюднила дані про те, що 59,5 мільйонів людей у всьому світі зазнали вимушеного переміщення і половину з цієї кількості становили діти до 18 років (Calam, 2017). При цьому, у дітей, які були очевидцями збройних конфліктів, частіше виявляються психічні розлади у загальній популяції (Attanayake, Mc Kay, Joffres, 2009). Наслідки стресу можуть відбиватися також на здатності дитини встановлювати соціальні контакти, адаптуватися до середовища (Pearn, 2003). У дітей, що пережили травмування через втрату безпечності середовища через війну більшою мірою діагностуються депресія (в 4,5 раз), суїцидальна поведінка (у 12,2 рази) (Fremont, 2004), імпульсивна поведінка, орієнтація на винагороду та вибір нездорового способу життя, розвиток психотравми (Calam, 2017). Окрім того, спостерігалися хронічні, тривалі наслідки впливу військових подій у вигляді розвитку дисоціації, стану відчуженості, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Drury, Williams, 2012; Chrisman, Dougherty; 2014, Borba, Ng, Stevenson, 2016; Michelle Liu, 2017). Негативні наслідки у вигляді схильності до девіантної, насильницької поведінки, вживання наркотичних речовин та алкоголю також нерідко виникали через пережите дітьми травмування через війну або терористичні акти (Pearn, 2003; Michelle Liu, 2017). При цьому, як зазначають зарубіжні дослідники, дорослі схильні недооцінювати посттравматичні стресові реакції своїх дітей і можуть взагалі заперечувати наявність таких реакцій (Fremont, 2004). Разом з тим виявились кореляції між батьківською та дитячою психопатологією, яка виникла внаслідок впливу надмірних стресових чинників через війну, а сімейне оточення і батьківська діяльність суттєво впливали на ментальне благополуччя дітей (Slone, Mann, 2016).

Науковці наголошують на необхідності різноманітних форм підтримки дорослих та особливо дітей, які потерпають від впливу війни, в тому числі на запровадженні заходів, які би зменшували негативні наслідки через надмірні стресові впливи (Mark, Jordans, Wietse,

2016). Особлива увага приділяється поствійськовому часу, який вважається не менш небезпечним для психоемоційного благополуччя дітей. Наприклад, дослідження дітей та молоді після громадянської війни у Ліберії показало, що стресори продовжували негативно впливати на емоційне благополуччя досліджуваної групи ще довго після війни. Крім того, з'явилися нові стресори, які руйнівні впливали на дітей та молодь – інфекційні захворювання, ранні шлюби, нехтування батьками, втрата батьків тощо (Borba, Lauren et al., 2016). Результати досліджень, в яких вивчалися довгострокові наслідки впливу військових подій, вказують також на зв'язок між схильністю дорослих до захворювань та передчасної смерті і їхнім травмуванням у дитинстві. Причому, відзначається, що загроза є суттєвою для дітей та їхніх сімей, життя яких змінилося через війну та вимушене переміщення (Rachel, 2017). Разом з тим дослідження кількох постконфліктних суспільств показало, що проблеми психічного здоров'я, психосоціальна адаптація дітей вирішувались більш ефективно, якщо соціальні програми були представлені у суспільстві (Borba, Lauren et al., 2016). Dyregrov, A., Salloum, A., Kristensen, P., наголошують на необхідності багаторічного просунутого мультиметодичного втручання, що спрямоване на лікування травми дитини, залучення батьків чи опікунів до допомоги дитині, розгляду проблем сімейної системи, забезпечення безпечного середовища (Dyregrov, Salloum, Kristensen, et al., 2015).

Таким чином, чинники надмірного стресу через військові події мають надзвичайно руйнівний вплив на ментальне здоров'я дітей та їхнє психоемоційне благополуччя. Причому, негативні наслідки спостерігаються не лише у зоні перебування дітей у гострих бойових діях, а й у місці вимушеного переміщення родин, а також мають довготривалу перспективу прояву. Для попередження масового розвитку негативних наслідків впливу військових подій на психіку дітей необхідно розробляти і застосовувати комплексні програми психологічного супроводу та психологічної реабілітації дітей та їхніх родин.

Проблема чинників, наслідків та психологічної допомоги дітям в умовах війни та вимушеного переміщення досліджувалась нами, починаючи з 2014 року, і на рівні теоретико-методологічному, і на рівні практичного застосування розроблених ефективних психотехнік. Так, працюючи кризовим консультантом на вимогу часу у Кризовому центрі медико-психологічної допомоги населенню при Інституті Г.С. Костюка НАПН України, починаючи від моменту вторгнення країни-агресора на сході країни і продовжуючи таку роботу після широкомасштабного вторгнення, нами здійснено комплексне вивчення специфіки психологічної допомоги дітям в умовах кризи, спричиненої військовими подіями. Так, працюючи з дітьми та їхніми сім'ями у сучасних умовах, ми знаходимось перед фактами, які зумовлюють нас певним чином вибудовувати алгоритми психологічної

допомоги, підбирати відповідні психотехніки. Очевидним є те, що психологічна допомога має набувати ознак доступності, масовості, враховувати фактори найчастішої неможливості тривалого супроводу постраждалих, обмеженості по часу контакту з дітьми та дорослими, необхідності застосування таких психотехнік, які були б придатними для широкого застосування, виокремлювались у навички самопомоги. Варто робити акценти на оволодіння дітьми навичками збереження та підтримки психоемоційного балансу, розвитку життєстійкості, стресостійкості у них. При цьому слід врахувати, що фахівці, які надають кризову допомогу дітям і їхнім сім'ям, переважно самі є учасниками травмівних подій, тому потребують уваги щодо заходів попередження розвитку психоемоційного вигорання, ретравматизації, посттравматичних симптомів, застосування заходів підтримки власного психоемоційного балансу.

Станом на сьогодні, нами виокремлено такі групи постраждалих дітей, які потерпають від впливу надмірних стресових чинників:

1. За територіальною ознакою:

- діти, які перебувають в зоні гострого військового конфлікту;
- діти, які перебувають у власних домівках на відносно безпечній території, але потерпають від втрати відчуття безпеки;
- вимушено переселені діти, що перебувають в Україні, серед них такі, що мають збережене житло чи втратили домівки;
- тимчасово переміщені діти, що перебувають за межами України, серед них такі, що мають збережене житло чи втратили домівки;
- діти, які перебувають на окупованій території;
- діти, які були незаконно депортовані ворогом.

2. За наявністю близького оточення:

- діти, які розлучені з близьким членом родини через вимушене переселення, біженство;
- діти, які розлучені з близьким членом родини через військову службу цієї людини;
- діти, які втратили на війні когось із близьких членів родини;
- діти, які залишились сиротами через війну.

3. За ступенем впливу травмівних подій:

- діти, які є/були безпосередніми очевидцями, учасниками тяжких військових подій (бомбардування, обстріли, окупація, катування тощо);

- діти, які відчувають/відчували суттєву зовнішню загрозу для життя (ракетний, артилерійський обстріли, перебування недалеко від зони активних бойових дій, загроза окупації), але не були безпосередніми очевидцями активних бойових дій;

- діти, які знаходяться у відносній безпеці або у повній безпеці, але втратили відчуття стабільності, безпеки через надзвичайні події в країні.

4. За етапом переживання травмівної ситуації:

- діти, які переживають гостру фазу травмівних обставин;
- діти, які нещодавно ізольовані від впливу гострого стресового чинника;
- діти, що потерпають від хронічних травмівних та гострих стресових обставин.

5. За специфікою опанування дітьми гострою/хронічною травмівною ситуацією:

- діти, у яких діагностуються психотичні чи межеві стани;
- діти з розладами адаптації;
- діти, що мають негативні симптоми через вплив надмірних стресових чинників, проте зберігають навички адаптації.

Отже, надаючи психологічну допомогу дітям у сучасних умовах, важливо враховувати *чинники травматизації та специфіку нагальної ситуації*, в якій перебуває дитина, а також те, що стресове навантаження на дітей надзвичайно високе, оскільки вони потерпають від *безпосереднього впливу травмівних обставин, від тривалої розлуки з їхніми батьками*, які знаходяться на службі у ЗСУ. Частина дітей буквально втрачає своїх батьків через їхню загибель, а деякі втрачають контакт та стосунок через втрату близькості, тепла з батьками, які потерпають від ПТСР-симптоматики через сучасні кризові обставини. (Омельченко, 2019, 2020).

Таким чином, діти потерпають від сильного стресового впливу, разом з тим найчастіше не можуть вивести в комунікацію свої переживання, символізувати їх через мовлення. Проте їхні стресові переживання проявляються в поведінці, в іграх, фантазіях, емоціях, відбиваються на процесах мислення, мовлення, пам'яті, викликають психосоматичні розлади тощо. Дорослі при цьому нерідко відзначають, що дитина почала вести себе незвично і нестерпно, але намагаються просто ввести дисциплінарні заходи, не пов'язуючи цю поведінку зі стресовими чинниками. (Омельченко, 2015, 2020; Кісарчук, Омельченко, 2016; Міщук, 2019).

Порівняння вибірки дітей та їхніх батьків з допомогою U-критерію Манна-Уїтні щодо частоти прояву ПТСР-симптомів у цих групах показало, що вибірки батьків (військовослужбовців) та їхніх дітей (за результатом оцінювання дорослих) подібні за

критерієм частоти прояву симптомів ПТСР, при емпіричному значенні $U_{\text{емп}}=378,5$, яке знаходиться у зоні незначущості при таких критичних значеннях $U_{\text{емп}}$:

$U_{\text{емп}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
281	326

За результатами аналізу відповідей батьків та дітей про наявність симптомів ПТСР та їхню частоту встановлено, що емпіричне значення $U_{\text{емп}}=403$ знаходиться у зоні незначущості при таких критичних значеннях $U_{\text{емп}}$:

$U_{\text{емп}}$	
$p \leq 0.01$	$p \leq 0.05$
270	314

Таким чином, вибірки батьків та дітей подібні за ознаками наявності та частоти проявів симптомів ПТСР.

Отже, наше дослідження показало, що фактор впливу *психоемоційного стану, особливостей реакції на стрес значущих дорослих у процесі подолання дітьми кризових обставин* є надзвичайно важливим і його необхідно враховувати у процесі здійснення психологічної допомоги.

З огляду на ці результати міркуємо, що оскільки психоемоційні стани батьків та їхніх дітей взаємопов'язані, то одним із основних компонентів у процесі подолання або розгортання психотравмівного процесу у дітей є саме психоемоційних стан їхніх батьків. Ймовірно, типові симптоми ПТСР у значущих дорослих, такі як: гіперреактивність, інтрузії та уникнення (Буряк, Гіневський, Катеруша, 2015; Кудренко, Афанасенко, 2018) провокують складнощі їхнього контакту з дітьми, викликають у останніх відчуття відчуженості, втрати близькості з батьками, сталого та надійного зв'язку, а це, відповідно, може впливати на виникнення стану підвищеної збудливості дітей – гіперреактивності, підвищення рівня тривоги розлуки, страх втратити контакт, що стає специфічним і значним стресовим чинником (Омельченко, 2020).

З огляду на це, варто здійснювати заходи психоедукації батьків щодо значущості їхнього психоемоційного балансу у процесі подолання дитиною наслідків впливу надмірних стресових чинників, сприяти створенню умов у родині, які були б сприятливими для збереження та відновлення ментального здоров'я дитини, розвитку життєстійкості, стресостійкості дітей. Важливо враховувати наступні сімейні фактори, здійснюючи психологічну допомогу дітям:

а) *психоемоційний стан батьків* – наявність дистресу, ПТСР-симптомів, психотравми у батьків, які сприяють виникненню таких же розладів у дітей, ускладнюють їхній перебіг та подолання;

б) *ступінь відкритості, надійності, передбачуваності, близькості стосунків у родині* – порушення цих показників у родинних стосунках створює значний додатковий стресовий вплив для дітей, що значно ускладнює перебіг психотравматичного процесу та подолання наслідків дистресу;

в) *домінуючі реакції значущих дорослих на власний стрес та який переживає дитина* – діти вчаться, у першу чергу, від батьків, як реагувати на стресові обставини. Несприятливий тип реагування дорослих на стрес погіршує та ускладнює стресові реакції у дітей, негативно позначається на їхньому засвоєнні досвіду, інтеграції конструктивних висновків зі стресових обставин. Батьки чи інші значущі дорослі можуть допомогти дитині успішно пережити кризові обставини без подальшого розвитку реакції дистресу, психотравми чи формування симптомів ПТСР. Вони можуть сприяти формуванню життєстійкості дітей та засвоєнню важливих висновків, які можна винести з пережитого. Проте, деструктивний тип реагування батьків на кризові обставини може також і значно погіршити ситуацію (Омельченко, 2019, 2020).

Таким чином, нарощення значних факторів травматизації, масовість явища, неоднорідність умов перебування родин ускладнюють процес надання психологічної допомоги дітям. Основні напрямки допомоги мають широку амплітуду і включають в себе: а) надання кризової допомоги дитині після впливу надмірних травматичних чинників; б) психологічний супровід дітей, що перебувають у зоні гострих військових дій/потерпали від впливу гострих військових дій; в) психопрофілактика розвитку посттравматичних стресових розладів у дітей; г) психоедукація близьких дорослих щодо специфіки перебігу посттравматичного періоду у дітей та специфіки подолання негативних наслідків впливу надмірних стресових чинників; д) психоедукація працівників закладів освіти щодо специфіки перебігу посттравматичного періоду у дітей та специфіки подолання негативних наслідків впливу надмірних стресових чинників.

Кризова допомога дітям, які знаходяться в ситуації впливу травмівних чинників або нещодавно відчували такий вплив, здійснюється у напрямках:

1. Робота з близьким оточенням дитини;
2. Робота з самою дитиною.

Робота з близьким оточенням дитини включає в себе етапи: а) виведення близьких дорослих дитини з гострої фази стресового стану; б) навчіння дорослих доступним технікам саморегуляції та самовідновлення після впливу надмірних стресових чинників; в) психоедукація дорослих щодо специфіки перебігу постстресового періоду у дітей, основних принципів та технік надання допомоги дітям у процесі подолання ними станів гострого стресу, виокремлення провідної ролі значущих дорослих у процесі проживання кризових обставин, стану гострого стресу, періоду подолання наслідків впливу надзвичайних подій.

Психотехніки самопомоги дорослих мають бути чіткими та доступними для виконання і розуміння, узагальнені у вигляді коротких інструкцій, які подаються у формі інфографіки. Основні напрямки дії психотехнік включають в себе навички збалансування усіх складових, що потерпають від впливу надмірного стресу: тіло, емоції, когнітивні процеси. Насамперед, це дихальні вправи, вправи відреагування тілесної напруги, зняття емоційних блоків, виведення когнітивних процесів зі стану сопоу.

Робота з самою дитиною включає в себе етапи: а) виведення дитини з гострої фази стресового стану; б) навчіння дитини доступним технікам саморегуляції, які ми пропонуємо роботи щоденно разом з ранковою зарядкою (Дітей від 7ми років варто спонукати до самостійного виконання вправ. Щодо більш молодших дітей, то важливо долучати батьків до організації виконання антистресових вправ).

Психотехніки допомоги дітям у стані гострого стресу також мають включати в себе впливи на тілесний, емоційний та когнітивний рівні. Так, застосовуючи вправи з дітьми, ми просимо їх зробити елементарні, прості дії для регуляції дихання, повернення відчуттів у тілі, відновлення відчуття фізичних та психологічних меж тощо.

Зважаючи ж на сучасні обставини та той факт, що переважна кількість дітей так чи інакше зіткнулася з кризовими обставинами, важливо не лише виявляти дітей, які потерпають від наслідків впливу психотравмівних чинників, а й систематично здійснювати заходи психогігієни та психопрофілактики, широко розповсюджуючи базові знання та навички у сімейному колі та у закладах освіти.

Психологічний супровід дітей, які потерпали від впливу надмірних травмівних чинників і знаходяться у безпечній/умовно безпечній ситуації важливо спрямовувати на

подолання наслідків перебування у надзвичайних стресових обставинах та попередження розвитку посттравматичного стресового розладу. Наразі вирізняємо три основні напрямки роботи фахівця:

1. Формування сприятливого середовища;
2. Психологічна робота з батьками;
3. Психологічна робота з дитиною.

Формування сприятливого для дитини середовища полягає у створенні його характеристик, які є базовими для подолання негативних наслідків впливу надмірних стресових чинників: безпечність, послідовність, константність, ритмічність, атмосфера поваги (Омельченко, 2015, 2020).

Безпечність середовища – базова характеристика, яка попереджає повторні переживання стресових станів через відчуття загрози (реальної чи уявної) і водночас створює сприятливе тло для відновлення психоемоційного балансу дитини. Окрім фактичної безпеки або хоча б ситуації умовної безпеки, яка нині притаманна для великої частини країни, фахівець піклується про власне внутрішнє відчуття безпеки, доносить важливість відновлення цього відчуття у близьких дорослих, які оточують дитину. Для успішного подолання психотравми дітей важливо, щоб дорослі мали змогу бути сталими та надійними, передбачуваними.

Константність та ритмічність середовища – характеристика, яка сприяє встановленню надійних, передбачуваних стосунків з дитиною, що є однією з основних умов подолання психотравми. Константність забезпечується через дотримання однорідних та постійних умов, в яких знаходиться дитина, дотримання постійності контакту психолога/психотерапевта з нею. Ритмічність забезпечується завдяки чіткому, не обтяженому режиму діяльності дитини, чіткому часу взаємодії психолога з нею.

Послідовність, передбачуваність – характеристика, яка забезпечується через довірчий, надійний, структурований, послідовний та передбачуваний стосунок дорослих з дитиною.

Атмосфера поваги – характеристика, яка теж є ключовою для відновлення психоемоційного балансу дітей і забезпечується у стосунках через прояви любові, інтересу до внутрішнього світу дитини, транслювання важливості дитини у стосунках, дотримання психологічних кордонів, надання свободи вибору, довірчість, увагу до почуттів, поведінкових проявів, міркувань дитини, віру у особисті сили дитини, оптимізм у спілкуванні, толерантність, рівноправність у діалозі. При цьому варто зауважити, що надмірне опікування та жалісливе ставлення є антиподом до проявів поваги і здатні

створити руйнівне тло стосунків та несприятливе тло для подолання наслідків психотравми (Омельченко, 2015, 2020).

Психологічна робота з батьками дітей включає в себе заходи психоедукації та консультативний супровід. Варто навчати близьких дорослих, які знаходяться поряд з дітьми, навичкам підтримки та відновлення психоемоційного балансу, психогігієни, загартовування життєстійкості, навичкам конструктивного реагування на стресові чинники, інформувати про основні симптоми стресу у дітей та вчити базовим навичкам допомоги дітям у процесі подолання кризових обставин. Ми пропонуємо батькам застосовувати доступні техніки саморегуляції психоемоційного стану дітей, що знаходяться у безпечній/умовно безпечній ситуації.

Психологічна робота з дитиною, яка зазнала впливу надмірних стресових чинників через військові події, включає в себе такі етапи:

1. *Відновлення відчуття базової безпеки* – базовий етап психологічної роботи, на якому відновлюється почуття захищеності, надійності, сталості середовища, послаблюються занадто жорсткі механізми захисту психіки, що актуалізувалися через надмірні стресові чинники, відбувається зняття тілесних та емоційних надмірних напружень.

2. *Активация та загартовування психологічних ресурсів* – етап, на якому відновлюються та зміцнюються природні психологічні ресурси дитини, відбувається оволодіння дітьми навичками саморегуляції та психогігієни;

3. *Пропрацювання негативний психоемоційних станів* – етап, на якому відбувається створення умов для опрацювання та копінгу негативних переживань, що виникли у зв'язу зі стресовими обставинами;

4. *Актуалізація механізмів самовідновлення, адаптації до нової життєвої ситуації* – етап, на якому відбувається зміцнення та закріплення позитивних змін у психоемоційному стані дітей, активация процесу самовідновлення, формування сприятливого соціального середовища та адаптація до нього (Омельченко, 2015).

Важливою складовою психологічної допомоги дітям на четвертому етапі їхньої реабілітації у військовий та поствійськовий час є *розвиток життєстійкості*. *Життєстійкість* – вміння ефективно існувати всупереч життєвим перешкодам та труднощам (Титаренко, 2009); здатність особистості опиратися стресовим чинникам, що є і вродженою властивістю і сукупністю розвинутих особистісних характеристик (Титаренко, 2009; Лазос, 2015); набуває сили, коли людина долає перешкоди, навчається не пасувати перед випробуваннями, не ховатись від страждань (Титаренко, 2009). Життєстійкість

складають такі особистісні риси як цілеспрямованість, активність, витримка, сміливість (Титаренко, 2009). На наш погляд, саме розвиток життестійкості сприяє не лише профілактиці та подоланню ПТСР-симптоматики у дітей, а й позитивно впливає на процес посттравматичного зростання. При цьому, маркерами розвитку життестійкості є не лише наявність вищезначених особистісних рис, а і уміння свідомо та вчасно здійснювати життєві вибори; будувати стратегії подолання стресових ситуацій (Омельченко, 2020). Життестійкість прослідковується у активній позиції дитини, яка реалізується у її життєвому просторі і має такі характеристики: поміркована оцінка стресових обставин без применшення та перебільшення, створення мотивації до процесів трансформації, відкритість новому, готовність до дій у стресовій ситуації, відповідальність щодо власного життя та здоров'я, пошук соціальної підтримки (Омельченко, 2020), подолання відчуження (Міщук, 2019). Отже, життестійкість дитини проявляється через *активну життєву позицію*, що полягає у здатності брати відповідальність за своє життя та життєвий простір, сприймати складні життєві обставини як такі, що містять в собі можливості набуття нового досвіду, потенціал особистісного розвитку та посттравматичного зростання (Омельченко, 2020).

Розглянемо детальніше, які саме вектори активної життєвої позиції необхідно брати у фокус пропрацювання, якщо мова йде про дітей, що потерпають від наслідків впливу військових подій. Крім того, означимо техніки пропрацювання, які фахівець може застосовувати у роботі з дітьми, а також навчати самостійно застосовувати їх, розвиваючи навички саморегуляції:

1. Піклування про емоційне та ментальне здоров'я, профілактика, подолання симптомів дистресу;
2. Пропрацювання стосунків з батьками, розвиток надійної прив'язаності з ними;
3. Уміння ефективно діяти у стресових ситуаціях;
4. Подолання відчуженості, інтеграція у соціальний простір, посттравматичне зростання (Омельченко, 2020, Омельченко, Міщук та інш., 2020).

Отже, розвиток життестійкості дітей у військовий час та поствійськовий період пов'язаний з активацією специфічних ділянок активності дитини, що включає в себе особистісні та соціальні компоненти.

Висновки. Таким чином, чинники надмірного стресу через військові події мають надзвичайно руйнівний вплив на ментальне здоров'я дітей та їхнє психоемоційне благополуччя. Негативні наслідки мають довготривалу перспективу прояву. Для попередження масового розвитку негативних наслідків впливу військових подій на психіку

дітей необхідно розробляти і застосовувати комплексні програми психологічного супроводу та психологічної реабілітації дітей та їхніх родин.

Надаючи психологічну допомогу дітям у сучасних умовах, важливо враховувати чинники травматизації та специфіку нагальної ситуації, в якій перебуває дитина, а також те, що стресове навантаження на дітей надзвичайно високе, оскільки вони потерпають і від безпосереднього впливу травмівних обставин, а також від супутніх сімейних обставин та факторів. Важливо враховувати наступні сімейні фактори, здійснюючи психологічну допомогу дітям: психоемоційний стан батьків; ступінь відкритості, надійності, передбачуваності, близькості стосунків у сімейному оточенні, зокрема; домінуючі реакції значущих дорослих на власний стрес та який переживає дитина.

Кризова допомога дітям, які знаходяться в ситуації впливу травмівних чинників або нещодавно відчували такий вплив, здійснюється у напрямках: робота з близьким оточенням дитини; робота з самою дитиною. Психологічний супровід дітей, які потерпали від впливу надмірних травмівних чинників реалізується у напрямках: формування сприятливого середовища; психологічна робота з батьками; психологічна робота з дитиною.

Психологічна робота з дитиною, яка зазнала впливу надмірних стресових чинників через військові події, складається із наступних етапів: відновлення відчуття базової безпеки; активація та загартування психологічних ресурсів; пропрацювання негативних психоемоційних станів; актуалізація механізмів самовідновлення, адаптації до нової життєвої ситуації.

Вирізняються наступні вектори розвитку життєстійкості дітей: піклування про емоційне та ментальне здоров'я, профілактика, подолання симптомів дистресу; пропрацювання стосунків з батьками, розвиток надійної прив'язаності з ними; уміння ефективно діяти у стресових ситуаціях; подолання відчуженості, інтеграція у соціальний простір, посттравматичне зростання.

Література

1. Буряк, О.О., Гіневський, М.І., & Катеруша, Г.Л. (2015). Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*, 2(43), 176-181.
2. Кісарчук, З.Г., & Омельченко, Я.М. (2016). Специфіка перебігу кризових станів, психотравми та посттравматичного стресового розладу у дітей. *Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник*. Київ, 9-21.
3. Кудренко, О.В., & Афанасенко, В.С. (2018). Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців повітряних сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*, 2(31), 137-144.
4. Лазос, Г. П. (2015). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник*. Київ: ТОВ «Видавництво «Логос», 26-64.

5. Мішук, С.С. (2015). Згуртування як провідна умова подолання психотравми: традиційний та сучасний контексти. *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник*. Київ: ТОВ «Видавництво «Логос», 64 – 77.
6. Мішук, С.С. (2019). Відчуженість як центральний феномен психотравмівного процесу. *Психологічний часопис*, 12, 137-151. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12>.
7. Омельченко, Я.М. (2015). Психологічна допомога дітям з тимчасово переселених родин. *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій Методичний посібник*. За заг. ред. З. Г. Кісарчук, Київ: ТОВ «Видавництво «Логос», 46-60.
8. Омельченко, Я.М. (2019). Значення типу реагування на стрес значимих дорослих у процесі формування стресостійкості особистості. *Психологічний часопис*, 12, 169-181. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12>.
9. Омельченко, Я.М. (2020). Діти і стрес. *Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців*. Київ, 60-75.
10. Омельченко, Я.М. (2020). Технологія розвитку життєстійкості дітей військовослужбовців, що мають прояви ПТСР, засобом відновлення сприятливого психоемоційного контакту у родині. *Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу. Монографія*. Ред. З.Г. Кісарчук, Київ: Видавничий Дім «Слово», 87-114.
11. Омельченко, Я.М., Мішук, С.С. та інші. (2020). *Сонце в кишені: книга-антистрес*. Вінниця: ТОВ «Твори».
12. Титаренко, Т.М. (2009). *Кризове психологічне консультування: програма навчального курсу*. Київ: Міленіум.
13. Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., et al. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Med Confl Surviv*, 25(1), 4–19.
14. Borba, C.P., & Lauren, C.Ng. et al. (2016). A mental health needs assessment of children and adolescents in post-conflict Liberia: results from a quantitative key-informant survey. *Int. J. Cult. Ment. Health*, 9(1), 56-70. DOI: 10.1080/17542863.2015.1106569.
15. Drury, J., & Williams, R. (2012). Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism. *Curr Opin Psychiatry*, 25(4), 277–284.
16. Jordans, M.J., Pigott, H., & Tol, W.A. (2016). Interventions for children affected by armed conflict: A systematic review of mental health and psychosocial support in low- and middle-income countries. *Curr Psychiatry Rep*, 18(1), 9.
17. Calam, R. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scand J Public Health*, 45(3), 209–211.
18. Chrisman, A.K., & Dougherty, J.G. (2014). Mass trauma: disasters, terrorism, and war. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 23(2), 257–279.
19. Drury, J., & Williams, R. (2012). Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism. *Curr Opin Psychiatry*, 25(4), 277–284.
20. Dyregrov, A., Salloum, A., & Kristensen, P., et al. (2015). Grief and traumatic grief in children in the context of mass trauma. *Curr Psychiatry Rep*, 17(6), 48. DOI: 10.1007/s11920-015-0577-x.
21. Fremont, W.P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(4), 381–392.
22. Mark, J. D., Jordans, H.P., & Wietse, A.T. (2016). Interventions for Children Affected by Armed Conflict: a Systematic Review of Mental Health and Psychosocial Support in Low- and Middle-Income Countries. *Child and Family Disaster Psychiatry*, 14. DOI: 10.1007/s11920-015-0648-z.
23. Michelle Liu, M.D. (2017). War and Children. *American Journal of Psychiatry*, 12(7), 3-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.120702>.
24. Pearn, J. (2003). Children and war. *J Paediatr Child Health*, 39(3), 166–172.
25. Rachel C. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scand J Public Health*, 45(3), 209-211. DOI: 10.1177/1403494816675776.
26. 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.

References

1. Buriak, O. O., Hinevskyi, M. I., & Katerusha, H. L. (2015). Viiskovy syndrom «ATO»: aktualnist ta shliakhy vyrishennia na derzhavnomu rivni [ATO syndrome: incidence and ways of treatment at the government level]. *Zbirnyk naukovykh prats Kharkivskoho universytetu Povitrianykh Syl*, 2(43), 176-181. [In Ukrainian]
2. Kisarchuk, Z. H., & Omelchenko, Ya. M. (2016). Spetsyfika perebihu kryzovykh staniv, psykhotravy ta posttravmatychnoho stresovoho rozladu u ditei. [Features of crisis conditions, traumas and PTSD in children] *Psykhologichna dopomoha ditiam u kryzovykh sytuatsiiakh: metody i tekhniki: metodychnyi posibnyk*. Kyiv, 9-21. [In Ukrainian]
3. Kudrenko, O. V., & Afanasenko, V. S. (2018). Vplyv stres-faktoriv boiovoi obstanovky na psykhyku viiskovosluzhbovtiv povitrianykh syl (na osnovi dosvidu ATO) [The impact of combat-related stress-factors on Air Force personnel]. *Nauka i tekhnika Povitrianykh Syl Zbroinykh Syl Ukrainy*, 2(31), 137-144. [In Ukrainian]
4. Lazos, H. P. (2015). Rezilientnist: kontseptualizatsiia poniat, ohliad suchasnykh doslidzhen [Resilience: concepts and latest research]. *Psykhologichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk*. Logos, 26-64. [In Ukrainian]
5. Mishchuk, S. S. (2015). Zghurtuvannia yak providna umova podolannia psykhotravy: tradytsiinyi ta suchasnyi konteksty [Cohesion as a key prerequisite for trauma treatment: traditional and contemporary contexts]. *Psykhologichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii: metodychnyi posibnyk*. Logos, 64-77. [In Ukrainian]
6. Mishchuk, S. S. (2019). Vidchuzhenist yak tsentralnyi fenomen psykhotravmivnogo protsesu [Alienation as a central phenomenon trauma process]. *Psykhologichnyi chasopys*. 5(12), 137-151. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12> [In Ukrainian]
7. Omelchenko, Ya. M. (2015). Psykhologichna dopomoha ditiam z tymchasovo pereselenykh rodyn [Psychological help to displaced children]. In Z. Kisarchuk (Ed.) *Psykhologichna dopomoha postrazhdalym vnaslidok kryzovykh travmatychnykh podii* (pp. 46-60). Logos. [In Ukrainian]
8. Omelchenko, Ya. M. (2019). Znachennia typu reahuvannia na stres znachymykh doroslykh u protsesi formuvannia stresostiikosti osobystosti [The role of stress-response type in the formation of personal stress resistance]. *Psykhologichnyi chasopys*, 5(12), 169-181. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12> [In Ukrainian]
9. Omelchenko, Ya. M. (2020). Dity i stres. Nevydymy naslidky viiny. Yak rozpoznavaty? Yak spilkuvatys? Yak dopomohty podolaty? [Children and stress. Invisible war consequences. How to identify? How to communicate? How to help overcome?]. *Dovidnyk dlia shyroko kola fakhivtsiv*. Kyiv, 60-75. [In Ukrainian]
10. Omelchenko, Ya. M. (2020). Tekhnolohiia rozvytku zhyttiistiikosti ditei viiskovosluzhbovtiv, shcho maiut proiavy PTSR, zasobom vidnovlennia spriiatlyvoho psykhoemotsiinoho kontaktu u rodyni [The technologies of hardiness development in children of the military with PTSD by restoring positive psychological and emotional contacts in family]. In Z. Kisarchuk (Ed.) *Tekhnolohii psykhoterapevtychnoi dopomohy postrazhdalym u podolanni proiaviv posttravmatychnoho stresovoho rozladu*, 87-114. Slovo. [In Ukrainian]
11. Omelchenko, Ya. M., & Mishchuk, S. S. (2020). *Sontse v kysheni: knyha-antystres [The pocketed sun: the anti-stress book]*. Tvory. [In Ukrainian]
12. Tytarenko, T. M. (2009). *Kryzove psykhologichne konsultuvannia: prohrama navchalnoho kursu [Crisis counseling: a course program]*. Akademiia pedahohichnykh nauk Ukrainy, Instytut sotsialnoi ta politychnoi psykhologii. Milenium. [In Ukrainian]
13. Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., et al. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Med Confl Surviv*, 25(1), 4-19.
14. Borba, C.P., & Lauren, C.Ng. et al. (2016). A mental health needs assessment of children and adolescents in post-conflict Liberia: results from a quantitative key-informant survey. *Int. J. Cult. Ment. Health*, 9(1), 56-70. DOI: 10.1080/17542863.2015.1106569.
15. Drury, J., & Williams, R. (2012). Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism. *Curr Opin Psychiatry*, 25(4), 277-284.
16. Jordans, M.J., Pigott, H., & Tol, W.A. (2016). Interventions for children affected by armed conflict: A systematic review of mental health and psychosocial support in low- and middle-income countries. *Curr Psychiatry Rep*, 18(1), 9.

17. Calam, R. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scand J Public Health*, 45(3), 209–211.
18. Chrisman, A.K., & Dougherty, J.G. (2014). Mass trauma: disasters, terrorism, and war. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 23(2), 257–279.
19. Drury, J., & Williams, R. (2012). Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism. *Curr Opin Psychiatry*, 25(4), 277–284.
20. Dyregrov, A., Salloum, A., & Kristensen, P., et al. (2015). Grief and traumatic grief in children in the context of mass trauma. *Curr Psychiatry Rep*, 17(6), 48. DOI: 10.1007/s11920-015-0577-x.
21. Fremont, W.P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(4), 381–392.
22. Mark, J. D., Jordans, H.P., & Wietse, A.T. (2016). Interventions for Children Affected by Armed Conflict: a Systematic Review of Mental Health and Psychosocial Support in Low- and Middle-Income Countries. *Child and Family Disaster Psychiatry*, 14. DOI: 10.1007/s11920-015-0648-z.
23. Michelle Liu, M.D. (2017). War and Children. *American Journal of Psychiatry*, 12(7), 3-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.120702>.
24. Pearn, J. (2003). Children and war. *J Paediatr Child Health*, 39(3), 166–172.
25. Rachel C. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scand J Public Health*, 45(3), 209–211. DOI: 10.1177/1403494816675776.
26. 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.

Відомості про автора

Омельченко Яніна, кандидат психологічних наук, в.о. завідувачої лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Київ, Україна

Omelchenko, Yanina, PhD in psychology sciences, Head of the Laboratory of Counseling Psychology and Psychotherapy, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the NAPS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3012-2258>

E-mail: yaniom587@gmail.com

Отримано 2 серпня 2022 р.
Рецензовано 15 серпня 2022 р.
Прийнято 18 серпня 2022 р.

Вікторія Пономарьова
Дар'я Трофімова
Тарас Карамушка

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СПОРТИВНОЇ ТРАВМИ У СПОРТСМЕНІВ

Пономарьова Вікторія, Трофімова Дар'я, Карамушка Тарас. Психологічні особливості переживання спортивної травми у спортсменів.

В статті розглянуто поняття спортивної травми та зроблено огляд досліджень, що присвячені цьому явищу. Було визначено, що спортивна травма призводить до різних наслідків для суб'єкта: це можуть бути як позитивні надбання (посттравматичний особистісний ріст), так і негативні наслідки (посттравматичний стресовий розлад, припинення спортивної кар'єри, нові травми).

Емпіричну базу дослідження сумарно склали 90 респондентів, в тому числі: 60 спортсменів і 30 не спортсменів. В статті аналізуються результати використання стандартизованого інтерв'ю «Моя травма».

Було показано, що спортивна травма відрізняється від побутової змістом, динамікою і феноменологією в цілому і тому може бути вивчена як особлива життєва подія з використанням спеціальних дослідницьких інструментів.

Виявлено відмінності в передумовах та переживанні спортсменів зі спортивною травмою і не спортсменів з побутовою. Спортсмени в два рази частіше вказують на наявність значних подій перед отриманням травми. Порівняння емоційних і больових переживань, супутніх травм у спортсменів і не спортсменів, показало, що їх варіативність і нюансування в групі спортсменів набагато вище. В цілому спортсмени демонструють більш високий рівень негативного афекту в порівнянні з людьми, які не займаються спортом.

Ключові слова: спортивна травма, посттравматичний стресовий розлад, копінг-стратегії, реабілітація.

Ponomaryova, Viktoria, Trofimova, Daria, Karamushka, Taras. Psychological features of experiencing a sports injury in athletes. The article examines the concept of sports injury and provides a research overview devoted to this phenomenon. A sports injury is considered as special life event. Unlike domestic injuries, its probability is determined by the subject's voluntary choice of a sports career, and the normative moment of its realization. It has been established that it has a high intensity of experience, combines painful sensations and emotional stress, and the significance of the consequences. It was determined that a sports injury has different consequences for the subject: it can be both positive gains (post-traumatic personal growth) and negative consequences (post-traumatic stress disorder, termination of a sports career, new injuries).

A total of 90 respondents made up the empirical base of the study, including: 60 athletes and 30 non-athletes. The article analyzes the results of using the standardized interview «My trauma». It was shown that sports injuries differ from everyday ones in content, dynamics and phenomenology as a whole and therefore can be studied as a special life event using special research tools.

Biographical (number of events before the injury) and personal (locus of control) were identified as prerequisites for traumatization in athletes. Differences in the prerequisites and experiences of athletes with a sports injury and non-athletes with a household injury have been revealed. Athletes are twice as likely to indicate the presence of significant events before receiving an injury. A comparison of emotional and painful experiences accompanying trauma in athletes and non-athletes showed that their variability and nuances are much higher in the group of athletes.

In general, athletes show a higher level of negative affect compared to people who do not play sports.

Key words: sports injury, post-traumatic stress disorder, coping strategies, rehabilitation.

Вступ. Травма є повсякденним атрибутом спортивної практики. Однак, якщо раніше в рамках «культури ризику» або спортивної етики спортсменів вчили, що травма і страх болю є неприйнятною поведінкою, то зараз, у 20-их роках XXI століття, велика увага приділяється не тільки функціональному відновленню травмованого організму, але і відновленню психологічного стану. Після закінчення процесу реабілітації спортсмени стикаються з різними труднощами, переживають почуття невизначеності, переживають страх повторної травми, не можуть показувати результати, які у них були до травми (Alzate, Ramirez, Lazaro, 2004).

Роль психологічних факторів в отриманні травми і в процесі реабілітації вкрай велика (Gould, Udry, 1997). Нещодавні дослідження дозволили виділити навички копінг-поведінки, які відіграють важливу роль в процесі відновлення, а саме: постанову цілей, позитивну самоінструкцію, раціоналізацію, імажинацію. Відзначається також роль соціальної підтримки як одного з основних ресурсів копіngu який допомагає в реабілітації спортсмена після травми (Bianco, 2001). Показано, що спортсмени, які мають внутрішню мотивацію, готові слухати тренера, зберегли позитивне ставлення до процесу реабілітації і травми, більш вдало долають ситуації травми (Ansheli in.,2001).

Серед труднощів, з якими стикається спортсмен, особлива увага приділяється спортивній травмі. Вона знаходиться трохи в стороні від стандартних стресів перед змаганнями та інших стресорів. Спортивна травма має щонайменше подвійне значення: з одного боку, це звичне і в деякій мірі очікуване явище в спорті, з іншого боку - вона порушує звичний спосіб життя спортсмена, змінює його плани і навіть може служити причиною передчасного завершення спортивної кар'єри. Цікавий момент, пов'язаний зі спортивною травмою: вона виникає як результат добровільно прийнятого рішення і прагнення до вищих досягнень, проте в той же час порушує ту саму добровільність у баченні життєвого шляху. У зв'язку з цим переживання ситуації травми представляє великий інтерес для вивчення. (Бочавер та ін, 2014). У дослідженнях спортивної травми одні автори в основному приділяють увагу емоційній стороні події та переживанням спортсмена (Hanton, Fletcher, 2005), інші вивчають способи копіngu з травмою (Green, Weinberg, 2001).

Незважаючи на поширеність травми в спорті, до 1990-х років було відносно небагато досліджень з культурного чи соціального аспектів болю, травми та інвалідизації в спорті. Найбільш відомими в той час були роботи Дж. Котарбі, присвячені соціальним аспектам хронічного болю. Спортсмени високого рівня можуть разом з перемогами і славою заробити хронічні хвороби (Kotarba, 1983), отримати серйозні травми і навіть мають шанс скоротити тривалість життя. Однак, на думку автора, вони не в змозі провести чіткі відмінності між звичайним та хронічним болем. Дж. Котарба також зазначає, що спортсмени з недостатньо сформованою спортивною ідентичністю більш сприйнятливі до

культури болю і прийняття травми. Недостатня спортивна ідентичність може бути пов'язана з нестачею навичок і рівнем підготовки і нетривалими заняттями спортом. Що ж змушує їх прийняти ці ризики і погодитися на можливі витрати? На думку Дж. Котарба, частота прояву болю в спорті відображає властиву йому ірраціональність і задоволення спортсменів, яке вони отримують від спорту, можливо, переносячи їх за межі стандартних міркувань про фізичні незручності.

В рамках нашого дослідження спортивна травма буде визначатися як отримане під час змагання або тренування ушкодження, яке виводить з ладу спортсмена і позбавляє його можливості брати участь в змаганнях або в тренувальному процесі.

Мета дослідження: дослідити спортивну травму в контексті життєвого шляху людини.

Методи та організація дослідження.

В рамках програми емпіричного дослідження, використовувалися наступні методики: стандартизоване інтерв'ю «Моя травма». Також були використані наступні бланкові методики: Індикатор стратегій подолання Д. Амірхана (Amirkhan, 1990), Шкала позитивного афекту і негативного афекту (Нартова-Бочавер, Астанина, 2014), Опитувальник суб'єктивного благополуччя (Tennant, Fishwick, Platt, Joseph, Stewart-Brown, 2006).

В даній статті розглянуто результати використання стандартизованого інтерв'ю серед двох груп: спортсменів та не спортсменів.

Дослідження було організоване та проводилось в рамках дипломної роботи магістрантом Валерією Євгеніївною Зінченко. Емпіричну базу дослідження сумарно склали 90 респондентів, в тому числі: 60 спортсменів і 30 не спортсменів. Серед спортсменів представників жіночої статі 29 і чоловічої статі - 31. Вік респондентів від 13 до 35 років (М вік=20); для вивчення вікових особливостей вони були розділені на три групи: підлітки (М вік = 15,4); юнаки (М вік = 19,2); дорослі (М вік =24,5).

Респонденти є професійними спортсменами, що представляють різні види спорту: ігрові види (баскетбол, волейбол, гандбол, теніс, футбол); поодинокі циклічні види (велоспорт, легка атлетика, лижні гонки, спортивне орієнтування); складно-координаційні види (боротьба, скелелазіння, спортивна гімнастика, художня гімнастика, фігурне катання).

До контрольної групи увійшли ті, що навчаються в школах / гімназіях / ліцеях / ВНЗ, майбутні працівники інтелектуальної і фізичної роботи. В силу активності і значущості соматичного здоров'я в підлітковому та юнацькому віці, травми для них як і для спортсменів є серйозним переживанням, і цей епізод істотно погіршує якість життя.

У нашому дослідженні у спортсменів і не спортсменів були відзначені наступні види травм (рис. 1).

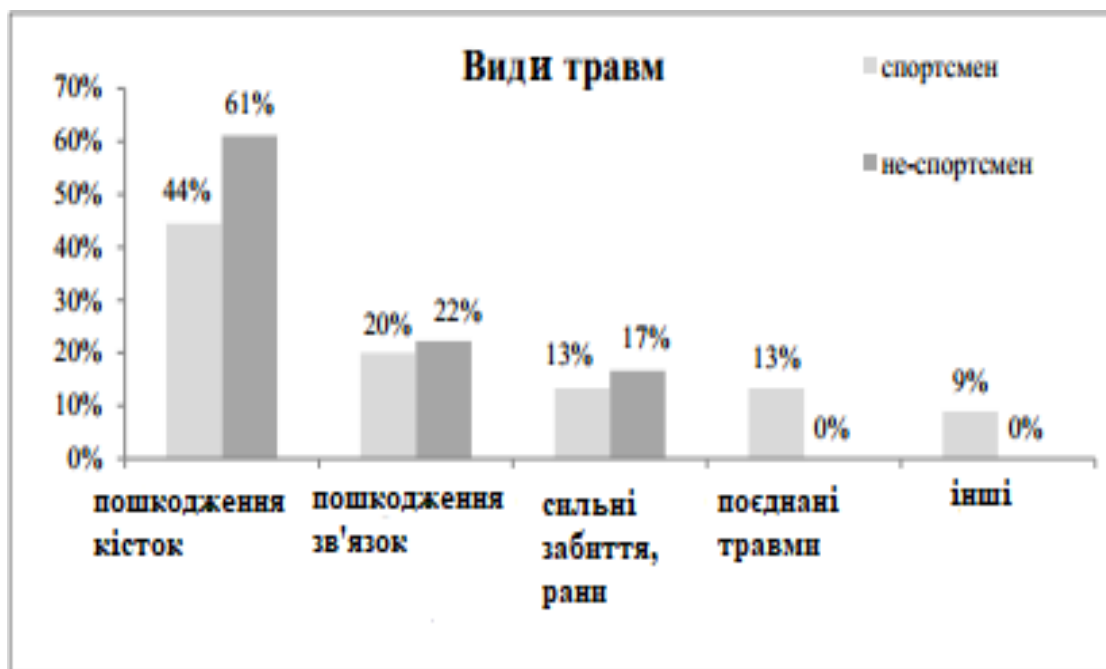


Рис. 1. Види травм у спортсменів

В цілому, не спортсмени описують свої пошкодження без подробиць, максимум відзначаючи частину тіла, яка постраждала (наприклад, перелом руки або ноги). Травми, описані спортсменами, характеризуються великою різноманітністю. По-перше, вони відзначають наявність поєднаних травм, що включають в себе і забиті місця, і рвані рани, і переломи, по-друге, у них відзначаються такі травми, як, наприклад, пошкодження коліна або пахова грижа, які ми віднесли до категорії Інші. Спортсмени описують свої травми вкрай докладно (наприклад, «подвійний гвинтовий перелом кісток гомілки - великої гомілкової в нижній третині, малої гомілкової - у верхній третині»). З групи спортсменів (45 осіб) тільки 7 осіб (15,5%) вказали, що це їх перша травма. Серед не спортсменів майже половина (44,4%) зазначила, що це їх перша травма. Ці дані підтверджують велику схильність до травм серед спортсменів, ніж серед людей, які не займаються спортом.

Використовувалися стандартизовані опитувальники та якісні методи:

1. Шкала позитивного афекту і негативного афекту (PANAS) (Нартова-Бочавер, Астанина, 2014)
2. Індикатор стратегій подолання Д.Амірхана в адаптації Н.А. Сіроті і В.М.Ялтонського (Amirkhan, 1990)
3. Опитувальник суб'єктивного благополуччя (The Warwick- Edinburgh Mental Well-being Scale - WEMWBS) (Tennant, Fishwick, Platt, Joseph, Stewart-Brown, 2006)

4. Авторське спеціально розроблене для цілей дослідження інтерв'ю, спрямоване на вивчення особливостей емоційного стану тих, хто отримав травму, а також способів подолання травм і їх наслідків - «Моя травма». Результати саме цього інтерв'ю і будуть розглянуті в даній публікації.

Інтерв'ю включає 8 питань: 1) Перерахуйте важливі події, які відбулися в останні півроку до моменту отримання травми. 2) Згадайте Ваш стан під час тренування / змагань, коли була отримана травма. 3) Яке відчуття Ви відчули, коли одержали травму? Опишіть Ваші думки та емоції в той момент. 4) Чи допомагав Вам хтось відновити Вашу душевну рівновагу? Якщо так, то хто?

5) Як Ви впоралися (справляєтеся) зі своїми почуттями, переживаннями? Що Вам допомогло (допомагає)? 6) Що б Ви порадили людям, які опинилися в такій же ситуації? 7) Чи змінилося після травми що-небудь у Вашому ставленні до себе? 8) Чи змінилося після травми що-небудь у Вашому ставленні до світу і до інших людей?

В інтерв'ю респондентам також пропонувалося описати свої больові відчуття і думки в момент отримання травми і в процесі відновлення.

Спортсменам задавалися два питання:

Напишіть, будь ласка, на що були схожі ваші больові відчуття. «З чим би Ви могли їх порівняти? Наприклад: «Мене наче затиснули в лещата»;

«Відчуття ніби в мене прибили десятки тоненьких голок»; «Було відчуття, що в голові стався вибух».

Напишіть, будь ласка, як би ви описали своє одужання. Наприклад:

«Прийшов до тями після хвороби», «Знову в строю».

У самозвіті про силу больових відчуттів ми просили відзначити силу больових відчуттів за шкалою від 1 до 4 (1-я практично не відчував больових відчуттів; 2-больові відчуття доставляли мені невеликий дискомфорт; 3-біль був досить сильним, але терпимим; 4 - біль був нестерпним) при отриманні травми, в середині процесу відновлення і в кінці реабілітації.

Обробка даних була виконана в програмі SPSS. Дисперсійний аналіз був застосований для перевірки статистичного припущення про рівність середніх значень в декількох групах респондентів.

Результати дослідження та їх обговорення.

Проаналізувавши інтерв'ю ми отримали такі результати: більшість неспортсменів на перше питання (перерахуйте важливі події, які відбулися в останні півроку, до моменту отримання травми) вказали на відсутність подій (52%), причому 30% зробили це через те, що вони їх не пам'ятають. А ті, хто відзначив зміни, в більшості говорили про побутові речі («Поїздка на дачу», «Придбання машини») (25%) або про навчання і роботу (17%).

Описані спортсменами події, які передували травмі, нами також були проаналізовані і розділені на 5 груп:

- події, пов'язані зі спортом - 49% («звичайні тренування», «підготовка до змагань», «виконала КМС»)
- зміна соціальної ситуації -18% («весілля», «народження дитини», «зміна роботи»)
- відсутність значущих подій / не пам'ятаю -15%
- інше-11% («сходив в похід», «вийняв пластину з раніше зламаної ключиці»)
- навчання - 7% («навчався», «закінчив екстернат»).

Таким чином, ми бачимо, що більшість спортсменів (85%), на відміну від не спортсменів виділяють наявність значущих подій перед отриманням травми. Дані події характеризуються високим рівнем диференційованості, спортсмени згадують безліч деталей. Також більшість важливих подій вони відзначають в спортивній сфері. Це може бути наслідком не об'єктивно більш високої насиченості життєвими подіями життя спортсменів, а їх суб'єктивного ставлення до них. Однак, в будь-якому випадку, вони виділяють майже в два рази більше подій перед отриманням травми на відміну від не спортсменів.

Вивчивши відповіді не спортсменів на друге питання (згадайте Ваш стан до того моменту, коли була отримана травма), ми не виявили будь-які особливості при описі стану перед отриманням травми, так як вони в більшості вказують, що стан був звичайним (36%) або гарним (36%). Також багато респондентів зміщують акцент з того, що вони відчували до отримання травми, на момент безпосередньо переживання травми, описуючи свій стан як біль і шок (19,4%).

Вивчивши варіанти стану під час тренування / змагань, коли була отримана травма в групі спортсменів, ми виділили 5 груп:

- переважання негативного стану -35,6%
- втома - 43,6% («дуже втомлена, вичавлений як лимон», «втомилася, травма отримана вже в кінці тренування»)
- почуття страху, хвилювання - 31,4% («скоріше проїхати складну ділянку, стан тривоги»)
- переважання позитивного стану - 31,1%
- впевненість в успіху - 50% («Настрій - на перемогу», «впевненість в успішності тренування»)
- позитивні емоції - 50% («Радість», «Було весело»)
- інше - 15,6% («травма отримана не під час тренування», «травма виявилася тільки в Києві»)

- звичайний / нормальний стан - 13,3% («все було як завжди», «нормальний настрій»)
- не пам'ятаю - 4,4%.

Переживання травми. Ми розділили досліджуваних на дві вікові підгрупи: молодших спортсменів (від 15 до 21 року) і старших спортсменів (від 22 до 27 років), щоб вивчити вікові особливості переживання в ситуації отримання і подолання травми.

Проаналізувавши почуття і емоції, які зазнали спортсмени, коли отримали травму, ми виділили 6 груп:

- думки про майбутнє - 31,3% («злякався, що не зможу більше катати»,
- «Через півтора місяця змагання! Чи зможу я виступити?», «Думала про те, як скоро це пройде, щоб продовжити повноцінно тренуватися»).
- біль / шок - 18,8% («Біль, зірочки в очах», «Треба б закричати. Як це робиться?»)
- розчарування - 12,5%
- негативні емоції (злість, образа) - 10,4%
- почуття провини / звинувачення - 10,4%
- продовження виступу - 8,3%
- інше - 8,3%

У групі Думки про майбутнє 80% хвилювань і переживань у спортсменів були пов'язані з подальшою спортивною кар'єрою. У групі «Розчарування» 50% відповідей пояснювалися як «розчарування в своїх навичках». Інша половина була саме розчарована через неможливість продовжити змагання. Варто зазначити, що страх за свій фізичний стан (в сенсі можливої інвалідизації без урахування майбутніх занять спортом) вказали тільки 4% опитаних в групі спортсменів. У групі «Почуття провини/звинувачення» 40% звинуватили в отриманні ними травми свого тренера.

Для виявлення відмінностей між спортсменами і не спортсменами по афективної сфері, ми використовували U критерій Манна-Уїтні і коефіцієнт кореляція Спірмена (таблиця 1).

Ми бачимо, що існують значні відмінності за рівнем Негативного афекту, причому ці дані характерні як для жінок, так і для чоловіків. Це пояснюється тим, що для спортсменів травма є фактором, який практично повністю виключає можливість займатися своєю головною справою. Крім тимчасового відриву від спортивної діяльності існує ймовірність того, що після травми спортсмен або зовсім не зможе повернутися, або не зможе повернутися на колишній рівень. Люди, що не займаються спортом, при травмі в меншій мірі позбавлені можливості самореалізації в основній своїй діяльності.

Таблиця 1

**Відмінності Негативного / Позитивного афекту у спортсменів і не спортсменів
різної статі**

	U критерій Манна-Уїтні		r (Спірмен)	
	Позитивний афект	Негативний афект	Позитивний афект	Негативний афект
УВсі	U=681 p =,216	U=335,5 p =,000	,138	,507**
жЖ	U= 129,5 p=,166	U=36 p =,000	,228	,684**
чЧ	U= 190,5 p=,742	U=120,5 p =,031	,051	,332*

Примітка. Напівжирним виділені відмінності, значимі на рівні $p < 0.01$.

Розглянувши відповіді не спортсменів на четверте питання: «Чи допомагав Вам хтось відновити Вашу душевну рівновагу? Якщо так, то хто?», ми виділили 3 основні групи тих, хто їх підтримував. Це друзі, родичі, іноді лікар; окрему групу склали люди, які опинилися взагалі без соціальної підтримки (рисунок 2).

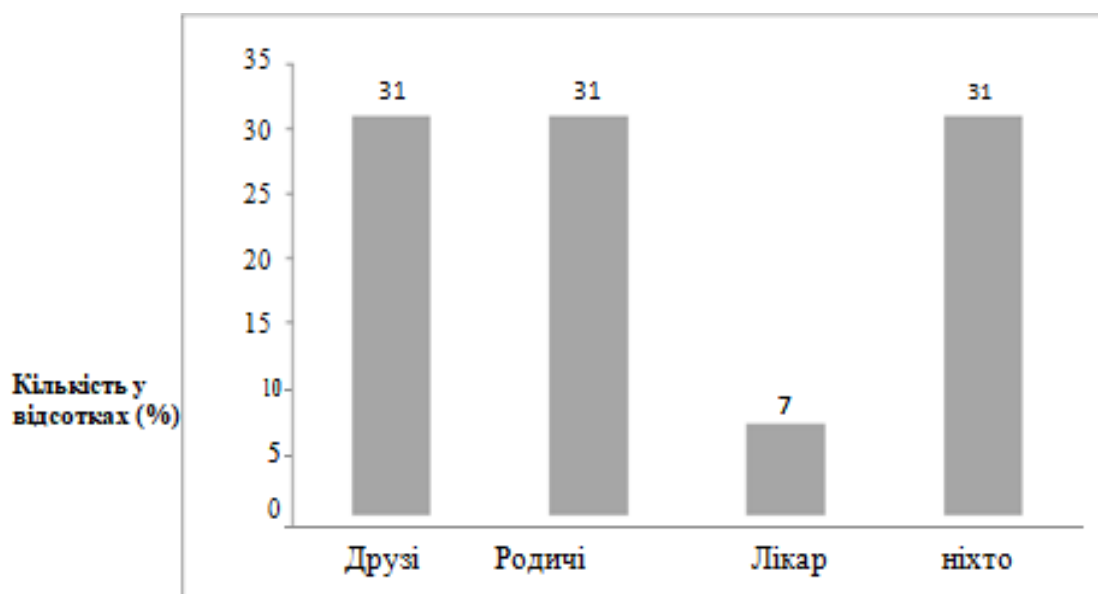


Рис. 2. Соціальні групи, що підтримували не спортсменів

Як ми бачимо з рисунка 3 не спортсмени вказували, що вони в рівній мірі отримували допомогу від друзів та рідних людей, а також взагалі була відсутність підтримки. Тільки 3 респонденти відмітити серед них лікарів. У відповідь на дане питання, досліджувані вказали, що їх підтримували декілька соціальних груп, наприклад, як рідні, так і друзі. У групах не спортсменів відзначається підтримка лише двох груп (18%). Допомога 1 групі відзначили 51%.

У групі спортсменів, вивчивши відповіді на питання про підтримку при відновленні, ми виділили 5 груп на основі того, хто допоміг та підтримав (рисунк 3): друзі - 35,8%, родичі - 28,4%, ніхто не допоміг -17,9%, тренер - 16,4%, лікар - 1,5%.

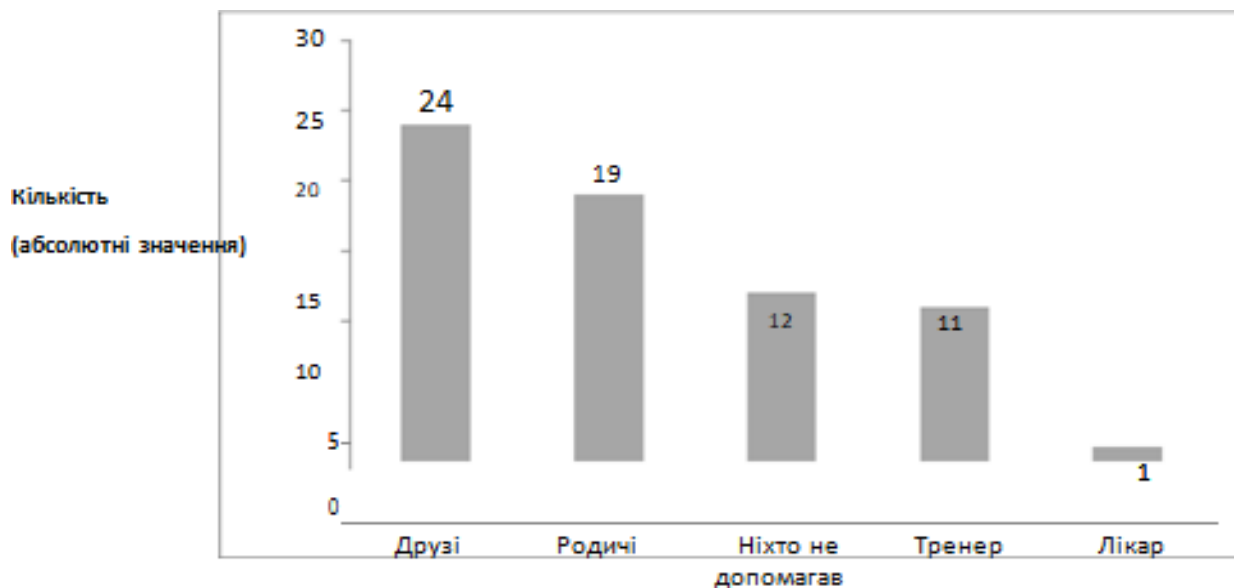


Рис. 3. Розподіл соціальних груп, що допомагали та підтримували

Так як респонденти часто вказували, що їм допомогли, наприклад, як рідні, так і друзі, ми виробили ще 3 групи, на основі кількості людей (соціальних груп), що допомогли спортсменам відновитися:

- Одна група (друзі/ родичі / тренер) - 35,5%
- Дві групи (друзі та рідні / друзі та тренери) - 26,7%
- Жодна з груп - 26,7%
- Три групи (друзі, рідні, тренер / друзі, рідні, лікарі) - 11,1%

Серед відповідей не спортсменів на питання «Щоб Ви рекомендували людям, що опинились в такій же ситуації?» можна видати дві більші групи:

практичні поради (50%) та поради, пов'язані з підтримкою (36%), які в основному зводяться до формул - не переживати, не сумувати.

На питання «Що би Ви рекомендували людям, опинились в такій же ситуації?» у групах спортсменів ми отримали досить різноманітні відповіді, однак можна видати три основні групи:

- Триматися, не сумувати - 26, 6%: «Не падати духом», «У любому випадку – не можна сумувати»
- Практичні поради - 22,2%: «Якщо не потрібно, не робити об'ємні тренування», «не уникати процедур та гімнастики, які визначають лікарі»

- Не кидати спорт - 20%.

З усіх опитаних лише один респондент порадив знайти себе в чомусь іншому. Відзначимо, що людина, що порадила це, сама так і не повернулася до спорту, так як не дозволила травма.

При розгляді відповідей у дорослих групах, було виявлено, що дорослі частіше дають рекомендації, що пов'язані із порадами не розставатися зі спортом: не кидати, триматися, не жаліти себе и продовжувати спортивну практику. Також від них більше надходить практичних порад, пов'язаних із правильним складанням дієт, виконанням спеціальних вправ (з 10 згадувань, 7 у цій групі).

Деякі автори зосереджені на глибоко вкоріненій «культурі ризику», або «спортивної етики». В рамках цієї специфічної культури спортсменів вчать, що «поступки» травм і страху болі є неприйнятною поведінкою і що вони повинні бути готові піти на жертви і «заплатити ціну за участь в спорті». У ряді досліджень прийняття болю і пережитий ризик пов'язані з домінуючими поняттями мужності (Arvinen-Barrow, Walker, 2013). З цієї точки зору, чоловіків з самого раннього віку вчать бути наполегливим, агресивним і сильними як тілом, так і духом. Таким чином, спорт часом відображає певну культуру, яка характеризується високим рівнем толерантності до небезпеки.

У вітчизняній психології спорту та професійної діяльності проблема ресурсів розглядається з точки зору можливості протистояння стомлення і професійного стресу. На думку В.А. Бодрова, необхідно також розмежувати поняття «резерв» і «ресурс». Перше пов'язане з можливостями організму, а друге поняття відноситься до особливостей енергетичних та інформаційних процесів, адаптивності і стійкості професійно орієнтованих функцій (Бодров, 2009). У деяких дослідженнях, присвячених спорту вищих досягнень, ресурси розуміються як чинники, які протистоять емоційному вигоранню (Гринь, 2008), а також як когнітивні якості, що визначають успішність у спорті. Напрямок дослідження розмежування понять резерву та ресурсу можна розглядати як перспективу даного дослідження, адже на відмінності цих двох понять не було приділено достатньої уваги.

На думку авторів фундаментальної монографії з психології спортивної травми, копінг-ресурси також включають в себе особистісні якості спортсменів і особливості середовища. Сюди входять такі фактори, як поведінка в цілому (наприклад, догляд за собою, сон, харчування); психологічні та ментальні навички (наприклад, управління думками і емоціями, розподіл уваги), а також зовнішні фактори (наприклад, соціальна підтримка) (Arvinen-Barrow та ін., 2013). Цей напрямок також є важливим та є цікавим з точки зору поглибленого продовження даного дослідження.

Спортивна травма створює ситуацію емоційного порушення, в якій соціальна підтримка може впливати на емоційну реакцію спортсмена на травму (Green та ін., 2001).

Використання соціальної підтримки як ресурсу може зменшити стрес, поліпшити настрій, підвищити мотивацію до реабілітації і поліпшити прихильність до лікування (Hanson та ін., 1992). Враховуючи результати даного дослідження, в майбутньому передбачається важливим та цікавим врахувати фактор соціальної підтримки та розглянути його з точки зору спортсменів із різними видами травм.

Висновки. Виявлено відмінності в передумовах та переживанні спортсменів зі спортивною травмою і не спортсменів з побутовою. Спортсмени в два рази частіше вказують на наявність значних подій перед отриманням травми. Порівняння емоційних і больових переживань, супутніх травм у спортсменів і не спортсменів, показало, що їх варіативність і нюансування в групі спортсменів набагато вище. В цілому спортсмени демонструють більш високий рівень негативного афекту в порівнянні з людьми, які не займаються спортом.

Таким чином, було показано, що спортивна травма відрізняється від побутової змістом, динамікою і феноменологією в цілому і тому може бути вивчена як особлива життєва подія з використанням спеціальних дослідницьких інструментів.

Теоретико-методологічний аналіз предметної області виявив, що спортивна травма - полідетерміноване явище, що має біографічні, індивідуально-особистісні та ситуативні передумови, і тому може бути вивчена тільки в контексті цілісного життєвого шляху людини, будучи співвіднесеною зі значимими змінами, що відбуваються в інших життєвих сферах, в залежності від завдань розвитку, віку суб'єкта і моменту його спортивної кар'єри.

Біографічна передумова - це щільність значущих подій в період, що передує травмі; індивідуально-особистісні передумови включають стать і диспозиціональні якості особистості, а також пережитий індивідом рівень стресу і тривоги; ситуативні пов'язані з самопочуттям, мікрокліматом, актуальними відносинами в команді або з тренером.

Література

1. Alzate Saezde Heredia, R., Ramirez, A., Lazaro, I. (2004). The effect of psychological response on recovery of sport injury. *Research in Sports Medicine*, 12, 15-31.
2. Anshel, M.H., Delany, J. (2001). Sources of acute stress, cognitive appraisals, and coping strategies of male and female child athletes. *Journal of Sport Behavior*, 40, 329-354.
3. Arvinen-Barrow, M., Walker, N. (2003). *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation*. New York: Routledge. 210 p.
4. Bianco, T. (2001). Social support and recovery from sport injury: Elite skiers share their experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 72, 376-388.
5. Gould, D., Udry, E., Bridges, D., Beck, L. (1997). Coping With Season-Ending Injuries. *The Sport Psychologist*, 11, 379-399.
6. Green, S. L., Weinberg, R.S. (2001). Relationships among athletic identity, copings kills, social support, and the psychological impact of injury in recreational participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 40-59.
7. Hanson, S.J., McCullagh, P., Tonymon, P. (1992). The relationship of personality characteristics, life stress, and coping resources to athletic injuries. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 262-272.
8. Hanton, S., Fletcher, D., Coughlan, G. Stress in elite sport performers: A comparative study of competitive and organizational stressors (2005). *Journal of Sports Sciences*, 23, 1129-1141.
9. Kotarba, J.A. (1983). *Chronic Pain: Its Social Dimensions*. Beverly Hills, 347.

References

1. Alzate Saezde Heredia, R., Ramirez, A., Lazaro, I. (2004). The effect of psychological response on recovery of sportinjury. *Research in Sports Medicine*, 12, 15-31.
2. Anshel, M.H., Delany, J. (2001). Sources of acute stress, cognitive appraisals, and coping strategies of male and female child athletes. *Journal of Sport Behavior*, 40, 329–354.
3. Arvinen-Barrow, M., Walker, N. (2003). *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation*. New York: Routledge. 210 p.
4. Bianco, T. (2001). Social support and recovery from sport injury: Elite skiers share their experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 72, 376–388.
5. Gould, D., Udry, E., Bridges, D., Beck, L. (1997). Coping With Season-Ending Injuries. *The Sport Psychologist*, 11, 379-399.
6. Green, S. L., Weinberg, R.S. (2001). Relationships among athletic identity, copings kills, social support, and the psychological impact of injury in recreational participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 40–59.
7. Hanson, S.J., McCullagh, P., Tonyon, P. (1992). The relationship of personality characteristics, lifestress, and coping resources to athletic injuries. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 262-272.
8. Hanton, S., Fletcher, D., Coughlan, G. Stress in elite sport performers: A comparative study of competitive and organizational stressors (2005). *Journal of Sports Sciences*, 23, 1129–1141.
9. Kotarba, J.A. (1983). *Chronic Pain: Its Social Dimensions*. Beverly Hills, 347.

Відомості про авторів

Пономарьова Вікторія, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології, ТОВ «Київський інститут сучасної психології та психотерапії», Київ, Україна

Ponomaryova, Viktoria, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Social Psychology, LLC «Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy», Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7757-1694>

E-mail: infapon@gmail.com

Трофімова Дар'я, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології, ТОВ «Київський інститут сучасної психології та психотерапії», Київ, Україна

Trofimova, Daria, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Social Psychology, LLC «Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy», Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7628-1860>

E-mail: dariia.trofimova@gmail.com

Карамушка Тарас, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології, ТОВ «Київський інститут сучасної психології та психотерапії», Київ, Україна

Karamushka, Taras, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Department of Social Psychology, LLC «Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy», Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-8327>

E-mail: Tkarama90@gmail.com

Отримано 1 серпня 2022 р.
Рецензовано 15 серпня 2022 р.
Прийнято 19 серпня 2022 р.

Андрій Трофімов
Ольга Цикаленко
Валерія Заболотна

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ В УМОВАХ ВЕДЕННЯ СУЧАСНОГО БІЗНЕСУ

Трофімов Андрій, Цикаленко Ольга, Заболотна Валерія. Толерантність до невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу. Стаття присвячена аналізу наукової інформації, яка вже зараз напрацьована в напрямку дослідження толерантності до невизначеності в сучасному бізнесі, розробці концептуальної моделі цього феномену та плануванню подальших досліджень в цьому напрямку.

Оскільки на сьогоднішній день поняття «толерантність до невизначеності» вживається у вкрай широкому розумінні, виникає необхідність звужити межі цього поняття та диференціювати його за напрямками діяльності, оскільки кожний напрямок має свою специфіку, варіанти ризиків та непередбачуваних ситуацій.

Задля забезпечення коректного розуміння терміну «толерантність до невизначеності» були проаналізовані наукові джерела, які стосуються способів ставлення до ситуацій невизначеності та наведені результати операціоналізації конструктивної моделі толерантності до невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу, які включають опис його компонентів.

Подальша робота буде сфокусована на дослідженні взаємопов'язаності компонентів концептуальної моделі феномена толерантність до невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу.

Ключові слова: толерантність, невизначеність, бізнес, резистентність, резильєнтність, антиципація, раціоналізм, ризикованість, життєздатність, вольова саморегуляція.

Trofimov, Andrii, Tsykalenko, Olga, Zabolotna, Valeriia. Tolerance to uncertainty in modern business. This article is devoted to the analysis of scientific information that has already been developed in the direction of researching tolerance to uncertainty in modern business, the development of a conceptual model of this phenomenon, and the planning of further research in this direction.

Since today the concept of «uncertainty tolerance» is used in an extremely broad sense, there is a need to narrow the boundaries of this concept and differentiate it by areas of activity, since each area has its own specifics, risks options and unforeseen situations.

In order to ensure a correct understanding of the term «uncertainty tolerance», related to ways of dealing with situations of uncertainty scientific sources were analyzed, and the results of the operationalization of the constructive model of uncertainty tolerance in modern business, which include a description of its components, were presented.

Further research will be focused on the interrelationship study of the tolerance to uncertainty phenomenon's conceptual model components in the conditions of conducting modern business.

Key words: tolerance to uncertainty, modern business, factors causing the state of uncertainty in business, resistance to change, resilience, anticipation in business, informational rationalism, readiness for risk, viability, volitional self-regulation.

Вступ. Сьогодні наша країна знаходиться в стані війни. Україна потерпає від потужної кризи, що охопила політичне, соціальне, духовне життя країни, сферу економіки, тощо. Деякі підприємства припинили роботу фізично, деякі опинилися на тимчасово окупованих територіях; порушені ланцюги постачання сировини та комплектуючих;

порушена логістична система руху товарів; деякі ринки збуту припинили існування або суттєво зменшилися; зменшився або змінився попит на деякі товари та послуги; у суспільства з'явилися інші більш актуальні потреби; суттєво змінився кадровий склад підприємств: деякі працівники були призвані до лав ЗСУ, деякі були переміщені в межах України, деякі покинули країну.

Суттєво підвищилися рівень невизначеності й швидкість змін умов внутрішнього та зовнішнього економічного середовища. Для утримання своїх позицій кожне підприємство, яке має змогу працювати, повинно не тільки враховувати потреби ринку, а й знаходити нові шляхи економічного зростання, що забезпечать підприємству сталий економічний розвиток та конкурентоспроможність.

Спроможність швидко пристосовуватися до різкої зміни економічної ситуації стала ключовим фактором не лише ефективності діяльності, але й виживання як невеликих підприємств, так і гігантських корпорацій. Толерантність до невизначеності бізнесменів в ситуації, що склалася, детермінує напрямки та перші кроки на шляху виживання та розвитку підприємств за умов сучасного ведення бізнесу.

Наше дослідження не втратить своєї актуальності і в подальшому, так як ситуація невизначеності властива бізнесу і в мирний час. Це обумовлене тим, що будь-який бізнес завжди пов'язаний з конкурентною боротьбою, зі змінами в умовах логістики, появою нових постачальників або зникненням старих, із з'явленням нових ринків збуту, з науковими відкриттями, з розвитком нових технологій та з іншими подібними змінами в умовах функціонування. Дефіцит або профіцит інформації, нечіткі критерії результативності, високі темпи змін, що відбуваються в сучасних соціальних системах та інститутах, трансформація комунікативних форм, коли спілкування відбувається одночасно в багатьох напрямках та форматах, незрозумілий характер розвитку подій – сучасний бізнес майже безперервно стикається зі станом невизначеності.

Невизначеність є неминучою та може бути або руйнівною, або стимулюючою та є водночас і потенціалом для тривоги, і можливістю в залежності від способу реагування на неї (Опанасюк, 2019).

Чарльз Дарвін відносно умов виживання біологічних видів казав про те, що виживає не найсильніший чи найрозумніший вид, а той, що найкраще пристосовується до змін. Це твердження є справедливим і для сучасного бізнесу (Шматько, 2016).

Таким чином, на сучасному етапі розвитку економіки значно підвищується роль феномену толерантності до невизначеності як системи господарювання в цілому, так і на рівні окремих підприємницьких структур. Це потребує початка досліджень в напрямку

розробки концептуальної моделі толерантності до невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу як бази для подальшої роботи.

Мета дослідження: створити концептуальну модель толерантності до невизначеності за умов сучасного ведення бізнесу, придатну для подальшого використання, інтегруючи усі напрямки її попередніх досліджень.

Для досягнення мети ми вирішували наступні **завдання**:

1. Проаналізувати підходи до розуміння конструкту «толерантність до невизначеності» у філософських та психологічних джерелах;
2. Систематизувати компоненти конструкту толерантності до невизначеності та провести його операціоналізацію для умов ведення сучасного бізнесу;
3. Добрати шкали виміру її конструктивних складових, а також визначити напрямки та методики її подальшого дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз літератури дозволяє побачити, що проблему толерантності до невизначеності в тій чи іншій мірі вивчали як зарубіжні так і вітчизняні автори. Вчені розглядали зміст і структуру толерантності до невизначеності, визначали толерантність до невизначеності як рису особистості, як ситуаційно-специфічну установку, як інтегральну здібність особистості, як динамічну характеристику, розглядали пов'язані з невизначеністю феномени та особливості ставлення особистості до неї (Котова, 2015).

В Україні дослідження толерантності до невизначеності у психології тривають відносно небагато часу і характеризуються спрямуванням за певними напрямками. Найпоширеніші дослідження стосуються питань формування толерантності до невизначеності стосовно сфер діяльності, розгляду толерантності до невизначеності як чинника благополуччя людини, чинника адаптації вчених до соціальних змін, фрустраційної толерантності.

Зарубіжні та вітчизняні науковці присвятили свої роботи лише дослідженню загальних аспектів функціонування суб'єктів підприємництва в умовах невизначеності та ризику (Водолазська, 2018)

Безпосередньо роль толерантності до невизначеності в бізнес-діяльності прозвучала лише в роботах деяких зарубіжних вчених: N. Bennett, B. Lamberton, N. Huber, M. Lane і K. Klenke, G. Lumpkin, S. Bakalis і T. Joiner (Томаржевська, 2018).

Вперше принцип невизначеності було сформульовано У. Гейзенбергом ще 1927 р. У його так званій Копенгагенській інтерпретації невизначеність не пов'язана з обмеженими можливостями людського пізнання, вона існує як реальна властивість навколишнього світу. Розвиваючи ці ідеї в квантовій теорії нестійких динамічних систем, І.Р. Пригожин спеціально

зазначив: «Ймовірність – більше не стан нашого розуму, зумовлений нашим незнанням, а є результатом законів природи» (Prigogine, 1997).

В.П. Зінченко зазначає, що проблема невизначеності протягом довгого часу розглядалася як певна перешкода на шляху до досягнення об'єктивного знання. Вважалося, що науковий прогрес поступово знижуватиме міру невизначеності загалом, а наявність невизначеності у конкретній ситуації перед конкретною людиною пов'язана лише з неповнотою інформації, якою він володіє. У світовій психології такий підхід знайшов свій відбиток у принципі детермінізму (Литвин, 2019).

Однак, живі організми постійно стикаються з невизначеністю, і так було завжди, із самого зародження життя. Отже, психіка людини має якимось чином адаптуватися до невизначеності, в самій психіці мають бути закладені якісь механізми такого пристосування. Тому, на деякому етапі розвитку науки на зміну класичній ідеї жорсткої детермінації всього і вся приходить принцип невизначеності з його ідеєю природної спонтанності.

Більше 60 років тому Е. Френкель-Брунsvік уперше показала, що реакції на невизначеність різні у різних людей, і ввела в психологію поняття «інтолерантність до невизначеності» («intolerance of ambiguity»). Вона трактувала цей психологічний конструкт переважно як когнітивну змінну, що характеризує нездатність людини справлятися зі складністю навколишнього світу, як «тенденцію вдаватися до суджень на кшталт чорне-біле, робити поспішні висновки, часто у відриві від реальності» (Frenkel-Brunswik, 1949).

І.Н. Леонов, який здійснив ґрунтовний аналіз толерантності до невизначеності в історичному контексті становлення конструкта, приходить до висновку, що більшість західних вчених визначають даний феномен саме як рису особистості, що передбачає погляд на конструкт як стабільний у часі, як такий, що змінюється лише під впливом нового досвіду або цілеспрямованої активності самого суб'єкта.

Для сучасного етапу досліджень толерантності до невизначеності характерним є поява робіт узагальнюючого характеру. До таких, у першу чергу, необхідно віднести аналіз вітчизняних і закордонних робіт, виконаних А. Гусевим та І. Леоновим, що розкривають універсальний характер толерантності до невизначеності як психологічного феномена (Саннікова, Санніков, 2020).

Таким чином, толерантність до невизначеності є багаторівневим та багатовимірним особистісним конструктом, який може бути віднесений до інтегральних характеристик особистості (Томаржевська, 2018).

Фактори, які спричиняють виникнення стану невизначеності у сучасному бізнесі

Змінюваність бізнес-середовища невинно зростає та втрачає минулу циклічність та прогнозованість. Врахування факторів зовнішнього макро- та мікро- середовища, які

спричиняють виникнення стану невизначеності у сучасному бізнесі, та пошук шляхів ефективної взаємодії з ними є головним підґрунтям забезпечення стратегічної стійкості будь-якого сучасного підприємства (Гусєва, 2013).

Джерелами невизначеності в діяльності підприємств можуть служити наступні групи факторів:

- властиві суспільству: суперечливість суспільних явищ, елементи стихійності, випадковості;
- породжувані непередбачуваністю природних явищ і процесів;
- пов'язані браком інформації, з обмеженістю людини в зборі та переробці інформації, з постійною мінливістю інформації;
- пов'язані з впливом науково-технічного прогресу;
- зумовлені впливом суб'єктів на економічне життя, їх взаємодією;
- пов'язані з обмеженістю, недостатністю ресурсів;
- пов'язані з відносністю процесу пізнання навколишньої дійсності;
- пов'язані з існуючими відмінностями в соціально-психологічних установках, намірах, оцінках, стереотипах поведінки суб'єктів;
- пов'язані з легальними діями конкурентів (дослідження і розробки) та з недобросовісною конкуренцією (Антонюк та ін., 2018).

Компоненти концептуальної моделі толерантності до невизначеності в умовах сучасного бізнесу.

В результаті теоретичного аналізу даної проблеми та узагальнення отриманої інформації нами було виділено сім компонентів концептуальної моделі толерантності до невизначеності за умов ведення сучасного бізнесу між точкою біфуркації (моментом початку дії факторів, що викликають стан невизначеності) та точкою стабілізації бізнесу (моментом отримання результатів – позитивних, чи негативних, – які говорять про те, що зміни в діяльності підприємства, які є наслідками стану невизначеності, відбулися).

1. Резистентність до змін – здатність підприємця вчасно та чутливо реагувати на зміни, що відбуваються.

2. Резильєнтність – здатність тримати удар, проявляючи гнучкість та відновлювати свій діловий та робочий стан.

3. Життєздатність – здатність не допускати вплив невизначеності на якість психічних процесів або відновлювати психічні стани за допомогою дієвих копінг-стратегій.

4. Інформаційний раціоналізм – здатність оцінити ступінь релевантності інформації, виділити імпліцитну інформацію з експліцитних наративів, застосувати корисну інформацію.

5. Антиципація – здатність спрогнозувати розвиток подій за умови відсутності інформації про типові процедури додання певної ситуації.

6. Ризикованість – обумовлена такими особистісними якостями як здатність йти на ризик, сміливість, впевненість, авантюризм тощо.

7. Вольова саморегуляція та рішучість – обумовлена вольовими якостями підприємця, здатністю приймати рішення та отримувати результат.

Резистентність, як чутливість до настання змін.

Сама сутність дійсної непередбачуваності унеможливорює застосування будь-яких методів прогнозування. Адже дійсно непередбачувана подія – така, на оцінку ймовірності настання якої не впливає ані наявна інформація, ані досвід (Говорунов, 2016).

В таких умовах висока чутливість (резистентність) підприємця до змін дозволяє своєчасно виявити початок настання змін та непередбачуваних подій та швидко пристосовуватися до непередбачено змінених умов.

Виявлена та описана в роботі Е. Лоренцом чутливість до початкових умов («ефект метелика») особливо важлива для складних динамічних систем: невеликі зміни в початковому стані системи можуть привести (а можуть і не привести) до суттєвих змін в майбутніх станах системи (Lorenz, 1972).

В психології існує поняття, протилежне «резистентності до змін». Це поняття – «сліпота до змін». Одним із провідних дослідників цього феномену є Рональд Ренсінк. У його дослідженнях та дослідженнях його послідовників цей феномен розглядався стосовно зорового сприйняття сцен, що раптово та несподівано змінюються. Феномен сліпоти до зміни визначають як стійку нездатність помітити зміни у сприйнятій зоровій сцені в умовах короткого переривання її сприйняття (Rensink, 2013).

Але ми вважаємо, що в контексті формування толерантності до невизначеності «сліпоту до змін» можна застосувати, як більш широке поняття, яке стосується не тільки зорового, а й когнітивного сприйняття оточуючого світу, в тому числі й ринкової ситуації, а також як антагонізм до феномену резистентності (чутливості) до змін. Ці поняття, звісно, потребують подальшого дослідження.

Таким чином, резистентність до змін, як здатність відчувати як можна раніше найменші ознаки настання ситуації невизначеності, грає дуже велику роль у формуванні толерантності до невизначеності та оперативного реагування на неї відповідними діями, які не допустять руйнування.

Резильєнтність, як здатність швидкого повернення у первісний стан

Термін «резильєнтність» використовується дуже рідко через свою недостатню розробленість і поширеність серед психологів.

У його психологічному трактуванні синонімічно використовуються такі терміни, як салютогенез (salutogenesis) (Хілько, 2019), витривалість (hardiness) (Antonovsky, 1984), фортигенез (fortigenesis) (Strümpfer, 1995), стійкість (fortitude) (Pretorius & Diedericks, 1994).

Розробкою даного поняття займаються такі закордонні колеги як George A. Bonanno, Rachel Yehuda, Catherine Panter-Brick, Rutter M., Luthar S.S. та ін.

У вітчизняних дослідженнях немає однозначного розуміння феномену резильєнтності: одні вчені ототожнюють його із поняттям «життєздатність» і розглядають як вроджену якість особистості, інші розглядають у контексті адаптації/деадаптації і як компетенцію чи вміння, і як здатність гідно зустрічати та долати несприятливі обставини та виклики.

З практичної точки зору дуже важливо відзначити, що концепція «резильєнтності» ширша, ніж просто «подолання», оскільки вона включає два поняття: опір руйнації та здатність будувати повноцінну роботу у складних умовах. У цьому сенсі «резильєнтність» відрізняється від понять «впоратися зі складною ситуацією», «подолати перешкоди», «знайти вихід» (Ефименко, 2017)

За терміном «resilience» у зарубіжній літературі закріплено такий зміст: здатність людини до подолання несприятливих життєвих обставин з можливістю відновлюватися та використовувати для цього всі можливі внутрішні та зовнішні ресурси, здатність до життя у всіх його проявах, здатність існувати та розвиватися.

Резилієнс – це адаптивний динамічний процес повернення до початкового психосоціального функціонування після певного періоду дезадаптивного функціонування внаслідок дезорганізуючої дії психотравмуючих факторів (Кокун та ін., 2022).

Нами резильєнтність буде розглядатися, як «пружність», як здатність швидкого відновлення функціонального стану та емоційної стійкості підприємців після кризових, стресових чи шоківих подій.

Таким чином, можна припустити, що чим вищою буде резильєнтність підприємця чи підприємства, тим менш болісно будуть сприйняті неочікувані економічні зміни на ринку або в суспільстві, тобто більшою буде його толерантність до невизначеності.

Життєздатність, як прагнення до виживання завдяки ефективному застосуванню копінг-стратегій

Провідну роль у конструктивному опануванні труднощів сьогодні відводять також такому феномену як життєздатність (життєстійкість) як здатності не тільки вижити в складних умовах, а й досягти значущих цілей, розвиватися всупереч впливу зовнішніх негативних факторів.

В психологічній науці проблема життєздатності є новою і недостатньо вивченою. Говорячи про вітчизняну психологію, то поняття «hardiness» було актуалізовано лише у 2000 р., коли було запропоновано позначати цей феномен як саме життєздатність (Кузікова, 2020).

За даними досліджень, життєздатність виявляється ключовою змінною, що опосередковує вплив стресогенних факторів на успішність підприємницької діяльності.

Проте важливо розуміти, що даний феномен не є тотожним копінг-стратегіям, які розглядалися Р. Лазарусом і С. Фолкманом. З їх точки зору ці стратегії спрямовані на подолання складних економічних ситуацій з огляду на те, яким чином підприємець використовує цю стратегію (Lazarus, 1981).

Тобто, копінг-стратегії представляють собою систему дій, які є традиційними для особистості і можуть приводити не тільки до відтворення продуктивної поведінки, а й до регресу, в той час як «hardiness» – це метаздатність, настанова на виживання, риса особистості, що мобілізує її внутрішні сили, активізує творчість і дозволяє справлятися зі стресом ефективно в напрямі особистісного зростання (Кузікова, 2020).

Таким чином, ми бачимо, що життєздатність не розглядається як копінг-стратегія, але науково вважається настановою на виживання та загалом позитивним феноменом; вона тісно пов'язана з процесом адаптації підприємця до складних ситуацій, що викликані станом невизначеності (Кузікова, 2020).

Тобто, середній та високий рівень сформованості компетенцій життєстійкості зумовлює високу ефективність використання копінг-стратегій та сприяє формуванню толерантності до невизначеності (Ларіна, 2018).

Інформаційний раціоналізм, як здатність виділяти та використовувати імпліцитну та релевантну інформацію.

Сучасна людина перебуває в умовах, де майже неможливо собі уявити невизначеність через дефіцит інформації: такі ситуації, скоріше, виникають внаслідок перенасиченості взаємосуперечливими даними (Канеман, Тверски, 2005). Це приводить до того, що підприємець відчуває дефіцит саме корисних знань про суть явищ, коли кожна альтернатива може мати декілька результатів і вірогідність виникнення цих результатів невідома.

Також в умовах сучасного розвитку інформаційних технологій, при наявності безлічі джерел інформації, в умовах дії політтехнологій, пропагандисткого тиску та веденні гібридної війни в Україні дуже важливою стає здатність виділяти імпліцитний зміст з експліцитних наративів (Котова, Недайбіда, 2015).

Якщо спробувати змодельовати толерантність до невизначеності підприємця в контексті інформаційного потоку, що стосується функціонування бізнесу, то можна запропонувати таку метафору: передбачається, що існує верхній та нижній поріг кількості релевантної інформації. При наростанні кількості релевантної інформації і перетині нижнього порогу підприємець відчуває себе в «комфортному коридорі»: кількість релевантної інформації оптимальна саме для нього. При подальшому ж наростанні кількості релевантної інформації і перетині верхнього порогу він покидає «комфортний коридор» і зустрічається з невизначеністю. Таким чином, кількість релевантної інформації менше нижнього порогу – це невизначеність за типом нестачі експліцитної інформації. А надмірність релевантної інформації – це невизначеність за типом взаємосуперечливих даних. Таким чином ширина «коридору комфорту» - це міра вираженості особистісної характеристики толерантності до невизначеності (Литвин, 2019).

Отже, відношення підприємця до стану невизначеності де термінується в тому числі й його інформаційним раціоналізмом, як здатністю до аналізу потоку інформації, відкидання інформаційного шуму та відокремлювання корисних знань, що дозволять приймати адекватні раціональні рішення.

Антиципація, як здатність прогнозувати результат в умовах невизначеності.

Сама сутність дійсної непередбачуваності настання стану невизначеності унеможливорює застосування будь-яких методів прогнозування. Ані експертні методи оцінки, ані економіко-статистичні методи, ані розрахунково-аналітичні, ані аналогові методи – не є придатними через відсутність статистичної інформації, аналогів, досвіду виходу з ситуацій, яких ще не було (Чернявська, 2009).

Результати наших спостережень і бесід з бізнесменами показали нам те, що в умовах ризику і невизначеності ухвалювати правильні рішення бізнесменам (з їх слів) допомагає інтуїція або бізнес-чуття.

Сучасні уявлення про інтуїцію подані в багатьох наукових працях (А. Маслоу, А. Менегетті, Д. Канеман, А. Тверські та ін.).

Але, наприклад, А. Ребер, визначаючи термін «інтуїція» як прямий і безпосередній спосіб розуміння або знання і такий, що виникає без свідомого роздуму, висловлює думку, що це поняття часто супроводжують дві різні конотації:

- а) цей процес є безпосереднім і деякою мірою містичним;
- б) процес інтуїції є реакцією на тонкі сигнали і зв'язки, що сприймаються імпліцитно.

Тому ми будемо оперувати більш науковим поняттям – «антиципація».

Поняття «антиципація» у психологію увів Вільгельм Вундт, і воно органічно долучилося до термінологічного апарату психології свідомості (Wundt W., 1912).

Антиципацію у сенсі апріорного знання як основний принцип пізнання розглядав І. Кант. Під нею він розумів знання, за допомогою яких людина апріорно пізнає те, що пізнається емпірично (Кант, 1994).

Пізніше цей термін став трактуватися як «здатність зіставляти інформацію про наявну ситуацію з інформацією про минулий досвід, що зберігається в пам'яті, і на основі всіх цих даних будувати гіпотези про майбутні події, приписуючи їм ту чи іншу імовірність» (Фейгенберг, 1977).

Високий рівень розвитку антиципації дозволяє продуктивно діяти та приймати рішення за умов дефіциту інформації та часу, що виступає однією із найважливіших навичок у діяльності підприємців у стані невизначеності (Альенде Сэм Коннифф, 2019)

Ризикованість, як готовність до ризику.

Будь-який суб'єкт ринкових відносин проявляє власну готовність йти на ризик в умовах невизначеності, тому що поряд з ризиком втрат існує можливість додаткових доходів (Васильєв, 2015).

Факторами виникнення ризиків в бізнесі є: конкурентна діяльність, стан невизначеності, невідома ймовірність настання тих чи інших подій.

Ризик є діяльністю, що пов'язана з подоланням невизначеності в ситуації неминучого вибору, у процесі якої є можливість кількісно та якісно оцінити ймовірність досягнення передбачуваного результату, невдачі і відхилення від мети (Пічугіна, Федун, 2021).

Готовність до ризику в концепції Т. Корнілової розуміється як особистісна властивість саморегуляції, що дозволяє людині приймати рішення і діяти в ситуаціях невизначеності. Тобто, це не стільки особистісна диспозиція, скільки достатньо генералізована характеристика способів виходу суб'єкта з ситуацій невизначеності (Артемов, Сингаївська, 2022).

В. Лозниця вважає, що специфічною особливістю діяльності підприємця сучасного бізнесу (на відміну від найманого робітника) є невизначеність у виборі не тільки засобів, але і цілей діяльності. Відсутність інструкцій і жорсткої регламентації призводить до необхідності дуже часто приймати важливі рішення, що є додатковим психологічним навантаженням (Лозниця, 2001).

Готовність до ризику ґрунтується на придбаних уміннях здійснювати вірні оцінки, приймати та реалізовувати правильні рішення в ситуаціях невизначеності. Як психологічна категорія, ризик являє собою усвідомлену людиною можливу небезпеку (Мартіросян, 2019).

Але невизначеність, з одного боку, несе ризик, а з іншого – відкриває нові можливості, що допомагають підприємцям в досягненні цільових показників прибутковості, а також у

запобіганні нераціонального використання ресурсів у процесі здійснення діяльності (Друкер, 2013).

Тому, ми вважаємо, що готовність до ризику також є одним з компонентів, який буде впливати на ступінь толерантності до невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу.

Вольова саморегуляція та прийняття рішень.

Вчені вказують, що однією з необхідних умов успішного прийняття рішень є наявність у людини набору певних особистісних якостей, які забезпечують достатню вольову саморегуляцію.

Деякі з досліджень даної проблематики дістали форму завершених концептуальних розробок. Це підтверджена практикою концепція психологічної системи прийняття рішень, що представляє прийняття рішення як «інтегральний психічний процес» Карпова О.В., теорія смислової регуляції Тихомирова О.К., концепція множинної функціонально-рівневої регуляції прийняття інтелектуальних рішень, яка торкається частково й особистісних перемінних Корнілової Т.В.. Більш загальним базисом існуючих напрямів дослідження прийняття рішення виступила теорія функціональних систем П.К. Анохіна (Артемов, Сингаївська, 2022).

Відзначимо, що однією з перших і плідних спроб аналізу провідної ролі суб'єктивного фактору в прийнятті рішень була зроблена Ю. Козелецьким (Водолазська, 2018). Володіючи здатністю до вольової саморегуляції і толерантністю до невизначеності у випадку, коли система опиняється в кризових умовах або знаходиться в точці біфуркації, підприємець чітко усвідомлює, що саме він має взяти на себе відповідальність та прийняти рішення і тим самим запобігти можливій аварії, катастрофі або руйнації бізнесу (Котова, Недайбіда, 2015).

Параметри рішень, що приймаються, у багатьох випадках вже не просто в більшій чи меншій мірі залежать від особистості, а й прямо нею визначаються. Дослідники (П.К. Анохин, Г.О. Балл, В.К. Калін, Г.С. Костюк, О.К. Тихомиров та ін.) виокремлюють такі вольові якості, необхідні для здатності прийняття рішень в умовах невизначеності, як: рішучість, цілеспрямованість, наполегливість, самовладання, самостійність волі, відповідальність за прийняття організаційних рішень, тощо (Крайнюк, 2007).

Таким чином, вольову саморегуляцію, як основу для прийняття управлінських рішень, також можна розглядати, як елемент концептуальної моделі толерантності до невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу.

Перспективи подальших досліджень та добір методик.

В подальшому ми бачимо необхідність проведення відповідних дослідів з визначення ступеню взаємозалежності елементів концептуальної моделі «толерантності до

невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу» та їх впливу на загальний показник сформованості толерантності до невизначеності сучасних бізнесменів.

Для оцінки вираженості кожного з елементів концептуальної моделі ми пропонуємо для використання добір оціночних шкал та оціночних методик:

1. Резистентність до змін—методика «Особистісна готовність до змін» (Ролнік, Хезер, Голд, Халл, в адаптації Н. Бажанової та Г. Бардієр)
2. Резильєнтність—Коротка шкала резильєнтності (Brief Resilience Scale, BRS) Б. Сміта) або копінг-стратегії (тест Лазаруса)
3. Життєздатність – Модель нідерландського вченого В. Шауфелі «Перевірка на життєздатність».
4. Інформаційний раціоналізм – шкала освідомлюваності та уважності Брауна и Райана (Brown & Ryan, 2003) (Mindful Attention Awareness Scale, MAAS).
5. Антиципація – Тест антиципаційної спроможності (прогностичної компетентності) (ТАС(ПК)) розроблена В. Д. Менделевичем.
6. Готовність до ризику – Методика діагностики ступеня готовності ризику Шуберта (Тест схильності до ризику Шуберта).
7. Вольова саморегуляція – «Дослідження вольової саморегуляції» А.В. Звіркова та Є.В. Ейдмана

Висновки. Толерантність до невизначеності підприємців сфери сучасного бізнесу в умовах стрімких змін та настання непередбачуваних станів є тим чинником, який сприятиме покращенню продуктивної діяльності, що в свою чергу сприятиме підвищенню рівня економічних показників діяльності підприємства та конкурентоспроможності в умовах сучасного розвитку економіки України.

Узагальнення отриманої інформації показало, що толерантний до невизначеності сучасний бізнесмен є резистентним (чутливим) до настання непередбачуваних змін, він резильєнтний (швидко відновлює свій стан та стан підприємства до первісного), в нього висока ступінь життєздатності, він прагне до виживання та розвитку завдяки ефективному застосуванню копінг-стратегій, він раціонально отримує та застосовує інформацію, відкидаючи інформаційний шум та оперуючи релевантною інформацією та імпліцитним змістом, в нього достатньо розвинута антиципація і він вдало прогнозує розвиток подій та результати прийнятих рішень, він здатний до розумного ризику та до прийняття на себе відповідальності за прийняті вольові рішення.

Тобто компонентами конструктивної моделі толерантності до невизначеності в умовах ведення сучасного бізнесу є: резистентність, резильєнтність, життєздатність, інформаційний раціоналізм, антиципація, готовність до ризику, вольова саморегуляція.

Подальше дослідження толерантності до невизначеності підприємців є актуальним для українського сьогодення та вимагає вивчення взаємозв'язків елементів концептуальної моделі толерантності до невизначеності та характеристик особистості, що приймає рішення в сфері бізнесу, вдосконалення методів і діагностичних процедур.

Література

1. Антонюк, Д.А., Бухаріна, Л.М., Онищенко, О.А., & Шишкін В.О. (2018). *Підприємництво в сучасних умовах розвитку*. Науково-практичний посібник. Запоріжжя.
2. Артемов, В.Ю., & Сингаївська, І.В. (2022) Особливості прийняття рішень в умовах невизначеності. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 1(65), 149-163.
3. Альенде Сэм Коннифф. (2019) *Бути піратом. Як кинути світу виклик і перемогти*. Видавництво: Азбука-бізнес.
4. Базецька, Г.І. (2021). Економічна поведінка в умовах невизначеності. *Економічна теорія та право*, 4(47), 53–68.
5. Васильєв, Т.А. (2015). *Економічний ризик: методи оцінки та управління*: навч. Посібник. Суми: ДВНЗ «УАБС НБУ».
6. Водолазська, О. А. (2018). Методологічні засади фінансового менеджменту суб'єктів підприємництва в умовах невизначеності. *Економічний аналіз*, 4, 82-87.
7. Говорунов, О.Г. (2016). Застосовність методів прогнозування та управління ризиками в умовах непередбачуваності. *Теоретичні та прикладні питання економіки*, 1, 183-191.
8. Гусев, А.І. (2007). До проблеми формування та розвитку толерантності до невизначеності. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Сер. Психологічні науки*, 17 (41), 101-113.
9. Гусева, О.Ю. (2013). Удосконалення методів прийняття рішень у процесі управління стратегічними змінами на підприємстві. *Вісник ДНУЕТ ім. М. Туган-Барановського. Сер.: Економічні науки*, 4, 73-80.
10. Друкер, П. (2013). *Завдання менеджменту ХХІ століття*. Пер. з англ. Вільямс.
11. Канеман, Д., & Тверски, А. (2005). *Прийняття рішень в неопределенности: Правила и предубеждения*: пер. с англ. Харьков: Гуманитарный центр.
12. Кант, І. (2000). Критика чистого розуму. Київ: «Юніверс».
13. Кокун, О.М. Клочков, В.В., Мороз, В.М., Пішко, І.О., & Лозінська, Н.С. (2022) *Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій*: метод. посіб. Київ-Одеса : Фенікс.
14. Котова, Ю.В., & Недайбіда, Ю.П. (2015). Особливості толерантності до невизначеності особистості при прийнятті рішення під впливом випадкових факторів у точці біфуркації. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*, 7, 167-171.
15. Крайнюк, В.М. (2007). *Психологія стресостійкості особистості*: монографія. К. : Ніка-Центр.
16. Кузікова, С.Б. (2020). Життестійкість, як адаптаційний ресурс особистості. *Психологічні координати розвитку особистості : реалії і перспективи* : збірник наук. матеріалів V Міжнар. наук.-практ. онлайн-конф. (27-28 квітня 2020 р., м. Полтава). Полтава.
17. Ларіна, Т.О. (2018). Особливості вияву копінг-стратегій особистості, що зазнала впливу травматичної ситуації. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 41(44), 180 – 191.
18. Литвин, С.В. (2019). Толерантність до невизначеності як психологічний конструкт. *Psychological journal*, 1 (21), 90-107.
19. Лозниця, В. С. (2001). *Психологія менеджменту: теорія і практика*. Київ: ЕксОб.
20. Мартіросян, М.В. (2019). Готовність до ризику в ситуаціях невизначеності юриста. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: мат. V Міжнар. наук.-практ. конф. м. Суми*, 202-205.
21. Опанасюк, А.С. (2019). Третя та четверта технологічні революції. *Бізнесінформ*, 2. URL: <http://rcrs.sumdu.edu.ua/images/pic/new-4.pdf>
22. Пічугіна, М.А., & Федун, В.В. (2021). Зміна парадигми менеджменту в контексті глобалізації. *Бізнес, інновації, менеджмент: проблеми та перспективи*. Зб. тез доп. II Міжнар. наук.-практ. конф., 22 квіт. 2021 р., 188.

23. Саннікова, О.П., & Санніков, О.І. (2020). Толерантність до невизначеності, як предиктор прийняття рішень особистістю. *Вісник післядипломної освіти*, 12(41).
24. Томаржевська, І.В. (2018). Феномен «толерантність до невизначеності» і його психологічний аналіз. *Психологічний журнал*, 1, 64-69.
25. Хілько, С.О. (2019). Дослідження впливу рефлексії на формування толерантності до невизначеності у майбутніх психологів. *Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки*, 10, 97-119.
26. Чернявська, Т.П. (2010). Управління інтуїцією: ресурс успішності лідерів бізнесу. *Теорія і практика управління соціальними системами*, 3, 91-97.
27. Шматко, Н.М. (2016). Фактори формування гнучкості промислових підприємств України. *Вісник національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут»*, 28, 100-104.
28. Antonovsky, A. (1984). The Sense of Coherence as a Determinant of Health. *Advances, Institute for Advancement of Health*, 3, 37-50.
29. Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *J. Personality*, 1, 108-143.
30. Lazarus, R.S. (1981). *The stress and coping paradigm. Models for clinical psychopathology*. N.
31. Lorenz, E. N. (1972). *Predictability; Does The Flap of a Butterfly's wings in Brazil Set Off a Tornado in Texas*. American Association for the Advancement of Science.
32. Pretorius, T.B. & Diedericks, M. (1994). Problem-solving appraisal, social support and stress-depression relationship. *South African Journal of Psychology*, 24(2), 86-90.
33. Prigogine, I. (1997). *The End of Certainty: Time, Chaos, and the New Laws of Nature*. NY: Free Press; F First Edition.
34. Rensink, R. (2013). *Perception and attention*. The Oxford hand-book of cognitive psychology. Oxford library of psychology. N. Y.: Oxford Univ. Press.
35. Strümpfer, D.W. (1995). The origins of health and strength: From «salutogenesis» to «fortigenesis». *South African Journal of Psychology*, 25(2), 81-89.
36. Wundt, W. (1912). *An introduction to psychology*. Macmillan.

References

1. Antonyuk, D. A., Bukharina, L. M., Onyschenko, O. A., & Shyshkin V. O. (2018). *Pidpryyemnytstvo v suchasnykh umovakh rozvytku [Entrepreneurship in modern conditions of development]*. Naukovo-praktychnyi posibnyk. Zaporizhzhya. [In Ukrainian]
2. Artemov, V. Yu., & Syngaivska, I. V. (2022). Osoblyvosti pryinyattya rishen v umovakh nevyznachenosti [Peculiarities of decision-making in conditions of uncertainty]. *Vcheni zapysky Universytetu «KROK»*, 1(65), 149-163. [In Ukrainian]
3. Alende Səm Konnyff. (2019). *Buty piratom. Yak kynuty svitu vyklyk i peremogty [To be a pirate. How to challenge the world and win]*. Vydavnytstvo: Azbuka-biznes. [In Ukrainian]
4. Bazetska, G. I. (2021). Ekonomichna povedinka v umovakh nevyznachenosti [Economic behavior in conditions of uncertainty]. *Ekonomichna teoria ta pravo*, 4(47), 53-68. [In Ukrainian]
5. Vasylyev, T. A. (2015). *Ekonomichniy ryzyk: metody otsinky ta upravlinnya: navch [Economic risk: assessment and management methods]*. DVNZ «UABS NBU». [In Ukrainian]
6. Vodolazska, O. A. (2018). Metodologichni zasady finansovogo menedzhmentu subyektiv pidpryyemnytstva v umovakh nevyznachenosti [Methodological principles of financial management of business entities in conditions of uncertainty]. *Ekonomichniy analiz*, 4, 82-87. [In Ukrainian]
7. Govorunov, O. G. (2016). Zastosovnist metodiv prognozuvannya ta upravlinnya ryzykamy v umovakh neperedbachuvanosti [Applicability of forecasting and risk management methods in conditions of unpredictability]. *Teoretychni ta prykladni pytannya ekonomiky*, 1, 183-191. [In Ukrainian]
8. Gusyev, A. I. (2007). Do problemy formuvannya ta rozvytku tolerantnosti do nevyznachenosti [The problem of formation and development of tolerance to uncertainty revisited]. *Naukovyi chasopys NPU im. M. P. Dragomanova. Ser. Psykhologichni nauky*, 17 (41), 101-113. [In Ukrainian]
9. Gusyeva, O. Yu. (2013). Udoshkonalennya metodiv pryinyattya rishen u protsesi upravlinnya strategichnymy zminamy na pidpryyemstvi [Improvement of decision-making methods in managing strategic changes at the enterprise]. *Visnyk DNUET im. M. Tugan-Baranovskogo. Ser.: Ekonomichni nauky*, 4, 73-80. [In Ukrainian]

10. Druker, P. (2013). *Zavdannya menedzhmentu KhKhI stolittya [Management tasks of the 21st century]*. Per. z angl. Vilyams. [In Ukrainian]
11. Kaneman, D., & Tverski, A. (2005). *Prinyatie reshenii v neopredelennosti: Pravila i predubezhdenia: per [Decision-making in uncertainty: rules and prejudices]*. s angl. Gumanitarnyi tsentr. [In Russian]
12. Kant, I. (2000). *Krytyka chystogo rozumu [Criticism of pure reason]*. Yunivers. [In Ukrainian]
13. Kokun, O. M. Klochkov, V. V., Moroz, V. M., Pishko, I. O., & Lozinska, N. S. (2022). *Zabezpechennya psykholoichnoi stiikosti viiskovosluzhbovtiv v umovakh boiovykh dii [Ensuring the psychological stability of military personnel in the conditions of hostilities]*. Feniks. [In Ukrainian]
14. Kotova, Yu. V., & Nedaibida, Yu. P. (2015). Osoblyvosti tolerantnosti do nevyznachenosti osobystosti pry pryinyatti rishennya pid vplyvom vypadkovykh faktoriv u tochtsi bifurkatsii [Peculiarities of individual's tolerance for uncertainty in making decisions under the influence of random factors at the bifurcation point]. *Aktualni problemy psykholoii: zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholoii imeni G. S. Kostyuka NAPN Ukrainy*, 7, 167-171. [In Ukrainian]
15. Krainyuk, V. M. (2007). *Psykholoia stresostiikosti osobystosti: monografia [Psychology of personal stress resistance]*. Nika-Tsentr. [In Ukrainian]
16. Kuzikova, S. B. (2020). Zhyttyestiikist, yak adaptatsiinyi resurs osobystosti [Resilience as an adaptive resource of the individual]. *Psykholoichni koordynaty rozvytku osobystosti : realii i perspektyvy : zbirnyk nauk. materialiv V Mizhnar. nauk.-prakt. onlain-konf. (April 27-28, 2020, Poltava)*. [In Ukrainian]
17. Larina, T. O. (2018). Osoblyvosti vyyavu koping-strategii osobystosti, scho zaznala vplyvu travmatychnoi sytuatsii [Manifestation of coping strategies of an individual affected by a traumatic situation]. *Naukovi studii iz sotsialnoi ta politychnoi psykholoii*, 41(44), 180-191. [In Ukrainian]
18. Lytvyn, S. V. (2019). Tolerantnist do nevyznachenosti yak psykholoichnyi konstrukt [Tolerance to uncertainty as a psychological construct]. *Rpsychological journal*, 1(21), 90-107. [In Ukrainian]
19. Loznytsya, V. S. (2001). *Psykholoia menedzhmentu: teoria i praktyka [Management psychology: theory and practice]*. EksOb. [In Ukrainian]
20. Martirosyan, M. V. (2019). Gotovnist do ryzyku v sytuatsiakh nevyznachenosti yurysta [Lawyer's willingness to risk in situations of uncertainty]. *Osobystist u kryzovykh umovakh ta krytychnykh sytuatsiakh zhyttya: mat. V Mizhnar. nauk.-prakt. konf., Sumy*, 202-205. [In Ukrainian]
21. Opanasyuk, A. S. (2019). Tretya ta chetverta tekhnologichni revolyutsii [The third and fourth technological revolutions]. *Biznesinform*, 2. <http://rcrs.sumdu.edu.ua/images/pic/new-4.pd> [In Ukrainian]
22. Pichugina, M. A., & Fedun, V. V. (2021). Zmina paradygmy menedzhmentu v konteksti globalizatsii [Change of the management paradigm in the context of globalization]. *Biznes, innovatsii, menedzhment: problemy ta perspektyvy. Zb. tez dop. II Mizhnar. nauk.-prakt. konf., April 22, 2021*, 188. [In Ukrainian]
23. Sannikova, O. P., & Sannikov, O. I. (2020). Tolerantnist do nevyznachenosti, yak predyktor pryinyattya rishen osobystisty [Tolerance for uncertainty as a predictor of the individual's decision-making]. *Visnyk pislyadyplomnoi osvity*, 12(41). [In Ukrainian]
24. Tomarzhavska, I. V. (2018). Fenomen «tolerantnist do nevyznachenosti» i iogo psykholoichnyi analiz [The phenomenon of uncertainty tolerance and its psychological analysis]. *Psykholoichnyi zhurnal*, 1, 64-69. [In Ukrainian]
25. Khilko, S. O. (2019). Doslidzhennya vplyvu refleksii na formuvannya tolerantnosti do nevyznachenosti u maibutnikh psykholoiv [A study of the effects of reflexivity on the formation of tolerance to uncertainty in future psychologists]. *Visnyk pislyadyplomnoi osvity. Seria: Sotsialni ta povedinkovi nauky*, 10, 97-119. [In Ukrainian]
26. Chernyavska, T. P. (2010). Upravlinnya intuyitsieyu: resurs uspishnosti lideriv biznesu [Managing intuition: a success resource for business leaders]. *Teoria i praktyka upravlinnya sotsialnymi systemamy*, 3, 91-97. [In Ukrainian]
27. Shmatko, N. M. (2016). Faktory formuvannya gnuchkosti promyslovykh pidpryemstv Ukrainy [Industrial enterprises flexibility formation factors in Ukraine]. *Visnyk natsionalnogo tekhnichnogo universytetu «Kharkivskiy politekhnichnyi instytut»*, 28, 100-104. [In Ukrainian]
28. Antonovsky, A. (1984). The Sense of Coherence as a Determinant of Health. *Advances, Institute for Advancement of Health*, 3, 37-50.
29. Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality*, 1, 108-143.
30. Lazarus, R. S. (1981). *The stress and coping paradigm. Models for clinical psychopathology*. N.
31. Lorenz, E. N. (1972). *Predictability; Does The Flap of a Butterfly's wings in Brazil Set Off a Tornado in Texas*. American Association for the Advancement of Science.

32. Pretorius, T. B. & Diedericks, M. (1994). Problem-solving appraisal, social support and stress-depression relationship. *South African Journal of Psychology*, 24(2), 86-90.
33. Prigogine, I. (1997). *The End of Certainty: Time, Chaos, and the New Laws of Nature*. Free Press; F First Edition.
34. Rensink, R. (2013). *Perception and attention*. The Oxford hand-book of cognitive psychology. Oxford library of psychology. Oxford Univ. Press.
35. Strümpfer, D. W. (1995). The origins of health and strength: From «salutogenesis» to «fortigenesis». *South African Journal of Psychology*, 25(2), 81-89.
36. Wundt, W. (1912). *An introduction to psychology*. Macmillan.

Відомості про авторів

Трофімов Андрій, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології розвитку, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Trofimov, Andrii, PhD, Associate Professor, Department of Psychology, Taras Shevchenko Kyiv National University, Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2207-7100>

E-mail: trofim060468@gmail.com

Цикаленко Ольга, магістрантка, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Інститут післядипломної освіти, Київ, Україна

Tsykalenko, Olga, Master's student in psychology, Institute of Continuing Education of Taras Shevchenko National University, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5070-5349>

E-mail: for_olga@i.ua

Заболотна Валерія, кандидат філософських наук, виконавчий директор з розвитку, Lean Enterprise Institute, Київ, Україна

Zabolotna, Valeriia, PhD, Executive Director of Education at Lean Enterprise Institute, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8284-9141>

E-mail: Valeriia.zabolotna@gmail.com

Отримано 29 липня 2022 р.
Рецензовано 19 серпня 2022 р.
Прийнято 22 серпня 2022 р.

Міжнародне науково-прикладне періодичне видання

**КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ СУЧАСНОЇ
ПСИХОЛОГІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

**KYIV JOURNAL
OF MODERN PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY**

№ 1 (3), 2022

Офіційний сайт журналу: <https://mpp-journal.com>