

Державна служба України з надзвичайних ситуацій  
Львівський державний університет безпеки життєдіяльності  
Факультет психології та соціального захисту  
Кафедра практичної психології та педагогіки

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ  
Начальник кафедри ПШтаП  
д. психол. наук, професор,  
полковник служби ц.з

\_\_\_\_\_Роксолана СІРКО

«\_\_»\_\_\_\_\_ 2025р.

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА**

**на тему:**

**«ВПЛИВ ВОЄННОГО СТАНУ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ОСІБ  
ЮНАЦЬКОГО ВІКУ»**

**ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ 05 СОЦІАЛЬНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ НАУКИ  
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 ПСИХОЛОГІЯ**

**Виконав(ла):**

здобувач вищої освіти  
студентка групи ПС-41з  
Олена ГЕРИЧ

**Керівник:** Олег ЛОЗИНСЬКИЙ

**Рецензент:** Олена ВАВРИНІВ

## ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВОЄННОГО СТАНУ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	6
1.1. Психологічні особливості емоційного розвитку осіб юнацького віку	6
1.2. Вплив стресорів воєнного часу на психоемоційний стан молоді	10
1.2.1. Вплив вимушеної міграції, втрати стабільності, розлуки з близькими на емоційний стан	13
1.2.2. Наслідки психоемоційного напруження у молоді в умовах воєнного стану	16
1.3. Стратегії психологічної адаптації молоді до умов війни	20
1.3.1. Роль сім'ї, навчальних закладів і соціальних інститутів у збереженні емоційного благополуччя	25
Висновки до першого розділу	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВОЄННОГО СТАНУ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	31
2.1. Методи дослідження рівня тривожності, стресу та депресивних проявів у молоді під час війни	31
2.1.1. Опис вибірки та структури експерименту	38
2.1.2. Опис результатів кореляційного, порівняльного аналізу	44
2.2. Опис програми психологічної профілактики стресових розладів осіб юнацького віку в умовах воєнного стану	52
Висновки до другого розділу	57
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТКИ	71

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сучасні події, пов'язані з воєнним станом, суттєво впливають на психоемоційний стан населення, зокрема осіб юнацького віку, які є найбільш вразливою групою через ще не сформовані механізми психологічного захисту та адаптації. Юнацький вік – це період інтенсивного психоемоційного розвитку, коли особистість активно формує свої світоглядні позиції, емоційну стійкість та соціальні навички. Проте воєнні дії, вимушена міграція, невизначеність майбутнього, страх втрати близьких, інформаційний тиск та інші стресові фактори призводять до емоційного виснаження, підвищеного рівня тривожності, депресивних станів та посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

В умовах війни молодь стикається з новими викликами, такими як необхідність швидкої адаптації до нових реалій, втрата стабільності, розлука з родиною та друзями, зміни в освітньому процесі та соціальному середовищі. Це може суттєво впливати на їхній емоційний добробут, самооцінку, рівень мотивації та загальну життєву перспективу. Дослідження психологічних наслідків воєнного стану для молоді є надзвичайно актуальним, оскільки воно дозволяє виявити основні проблеми, з якими стикаються юнаки та юначки, та визначити ефективні методи психологічної підтримки та реабілітації.

Зважаючи на масштаби впливу війни на молоде покоління, особливо важливим є розробка стратегій психосоціальної адаптації та механізмів психологічного захисту, що допоможуть зменшити негативні наслідки воєнного стану для емоційного благополуччя осіб юнацького віку. Ця проблема є актуальною як для наукової спільноти, так і для практичної психології, освітніх закладів, державних і громадських організацій, які працюють у сфері психологічної підтримки молоді.

**Мета і завдання дослідження.** Метою дослідження є аналіз впливу воєнного стану на емоційну сферу осіб юнацького віку, визначення основних психологічних проблем, що виникають унаслідок війни, та розробка шляхів

подолання емоційних труднощів через психологічну підтримку та адаптаційні механізми.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі **завдання**:

- теоретично проаналізувати стресори воєнного стану та наслідки їх впливу на психоемоційний стан осіб юнацького віку;
- теоретично розглянути індивідуальні антистресові методи психологічної самопомоги, а також вплив соціальних інститутів (сім'ї, закладів освіти) на психологічну адаптацію осіб юнацького віку в умовах воєнного стану;
- емпірично дослідити емоційну сферу (тривожність, стрес, депресія) осіб юнацького віку в умовах воєнного стану;
- розробити програму психологічної реабілітації та профілактики стресових розладів серед юнацтва.

**Об'єкт дослідження** – емоційна сфера осіб юнацького віку в умовах воєнного стану.

**Предмет дослідження** – психологічні наслідки впливу воєнного стану на емоційний стан та механізми психологічної адаптації юнацької молоді до кризових умов.

**Методи дослідження.** У процесі дослідження використовувалися теоретичні та емпіричні методи. Теоретичний аналіз наукової літератури, психологічних досліджень та статистичних звітів дозволив визначити основні стресові фактори воєнного стану, їхній вплив на емоційний стан молоді та можливі механізми адаптації. Метод порівняльного аналізу допоміг встановити відмінності між психологічними наслідками воєнного стану для молоді в Україні та в інших країнах, що стикалися з воєнними конфліктами.

Емпіричні методи дослідження включали анкетування та опитування осіб юнацького віку, що дозволило оцінити рівень тривожності, стресу та депресивних проявів у молоді. Використання психологічних тестів, зокрема шкал тривожності Спілбергера-Кханіна та депресії Бека, допомогло кількісно оцінити рівень психоемоційного напруження. У дослідженні також були

застосовані опитувальник ММРІ (адаптований «Міні-мульти»), 16-факторний особистісний опитувальник Кеттелла для оцінки структури особистості та шкала психоемоційного дистресу DASS-21, яка дозволила окреслити індивідуальні варіації тривоги, депресії й стресу у вибірці. Метод якісного аналізу застосовувався для виявлення основних емоційних переживань через інтерв'ю з молодими людьми, що пережили воєнні дії або вимушену міграцію.

**Практична значущість одержаних результатів.** Отримані результати можуть бути використані у сфері психологічного консультування, педагогічної діяльності, соціальної роботи та в організаціях, що займаються наданням психологічної допомоги молоді в умовах воєнного стану. Розроблені рекомендації щодо подолання стресових станів та програм реабілітації можуть бути впроваджені у практику центрів психологічної підтримки, навчальних закладів та громадських організацій, що працюють із молоддю.

**База дослідження.** Дослідження проводилося на базі психологічних центрів підтримки молоді, реабілітаційних центрів, навчальних закладів та волонтерських організацій, що надають допомогу особам, які постраждали від воєнних дій.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати дослідження були представлені на наукових конференціях, семінарах та круглих столах, присвячених проблемам психологічного здоров'я молоді в кризових умовах.

**Структура та обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі розглянуто теоретичні аспекти впливу воєнного стану на емоційну сферу осіб юнацького віку, включаючи стресові фактори та наслідки психоемоційного напруження. У другому розділі проаналізовано психологічні наслідки воєнного стану для молоді, зокрема рівень тривожності, вплив вимушеної міграції та стратегії адаптації. Третій розділ присвячено психологічній підтримці молоді та методам подолання емоційних наслідків війни. Загальний обсяг роботи з висновками – 62 сторінки.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ВОЄННОГО СТАНУ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

### **1.1. Психологічні особливості емоційного розвитку осіб юнацького віку**

Емоційний розвиток осіб юнацького віку характеризується значними змінами, зумовленими як біологічними, так і соціальними факторами. У цей період інтенсивно формуються механізми саморегуляції, що дозволяють людині адаптуватися до змінних умов навколишнього середовища, справлятися з емоційним напруженням, контролювати вираз своїх почуттів та усвідомлено реагувати на стресові ситуації. Рівень емоційної стійкості юнаків залежить від біологічної дозрілості нейрофізіологічних структур, відповідальних за контроль афективних реакцій, а також від досвіду соціальних взаємодій. Зміни в гормональній регуляції, зокрема зростання рівня кортизолу та статевих гормонів, посилюють емоційну реактивність та підвищують схильність до емоційних коливань. Унаслідок цього спостерігається підвищена чутливість до зовнішніх стимулів, що може призводити до перепадів настрою, імпульсивності, гострих афективних реакцій. Водночас розвиток префронтальної кори головного мозку, яка відіграє значну роль у регуляції емоційних проявів, сприяє поступовому покращенню здатності до емоційного самоконтролю [17, с. 67].

Емоційна саморегуляція в юнацькому віці реалізується через поєднання когнітивних, поведінкових та фізіологічних механізмів. Одним із базових способів управління емоційним станом є когнітивна переоцінка ситуацій, яка дозволяє зменшити негативний вплив стресогенних чинників. Юнаки поступово опановують здатність до аналізу власних переживань, прогнозування можливих наслідків власної поведінки, що сприяє стабілізації їхнього емоційного фону. Водночас недостатній розвиток саморегулятивних механізмів може проявлятися у вигляді емоційної нестійкості, імпульсивності, підвищеної тривожності або емоційного виснаження. Умови середовища

значно впливають на ефективність формування саморегуляції, оскільки негативний досвід соціальної взаємодії, конфлікти з однолітками, недостатня підтримка з боку значущих дорослих можуть призводити до дезадаптації та труднощів у контролі емоційних проявів.

Одним із важливих факторів формування емоційної стійкості в юнацькому віці є соціальне оточення, яке виконує функцію регулятора емоційного розвитку. Взаємодія з однолітками сприяє відпрацюванню моделей соціальної поведінки, що включають емпатію, здатність до компромісу, вміння розпізнавати емоції інших та адекватно на них реагувати. Соціальне середовище стає платформою для набуття досвіду емоційного самовираження та контролю. Дефіцит соціальних контактів або порушення у міжособистісних відносинах можуть спричиняти емоційний дискомфорт, знижений рівень самооцінки та підвищену вразливість до стресу. Родинне середовище відіграє суттєву роль у формуванні емоційної стійкості, оскільки стиль батьківського виховання, рівень емоційної підтримки та характер сімейних відносин визначають особливості емоційної регуляції юнаків. Авторитарний стиль виховання, гіперконтроль або, навпаки, емоційна дистанційність батьків можуть спричиняти труднощі у формуванні ефективних стратегій емоційної регуляції. Натомість демократичний стиль виховання, що базується на підтримці, довірі та заохоченні самостійності, сприяє розвитку здатності до конструктивного управління емоційними станами [10, с. 4].

Педагогічне середовище також є важливим чинником впливу на емоційний розвиток юнаків. Стиль взаємодії з викладачами, рівень психологічного комфорту у навчальному середовищі, наявність підтримуючих соціальних зв'язків значно впливають на здатність до саморегуляції емоційних реакцій. Наявність емоційно безпечного освітнього середовища сприяє зниженню рівня тривожності, підвищенню впевненості у собі, формуванню конструктивних стратегій подолання стресових ситуацій. Психоемоційний стан у навчальному закладі може впливати на успішність адаптації юнаків, оскільки постійний стрес, перевантаження, конфліктні ситуації сприяють

виснаженню механізмів саморегуляції та можуть призводити до розвитку емоційних розладів.

Одним із важливих психологічних феноменів юнацького віку є підвищена емоційна чутливість, що проявляється у загостреному сприйнятті соціальних оцінок, прагненні до самоствердження, посиленій потребі у схваленні з боку значущих осіб. Це зумовлює схильність до емоційної вразливості, що може проявлятися у вигляді тривожності, страху перед невдачами, відчуття самотності, схильності до афективних реакцій у відповідь на соціальні стимули. Підвищена емоційна чутливість також пов'язана з посиленою схильністю до ризикованої поведінки, оскільки прагнення до емоційного збудження та соціального визнання часто стає домінуючим мотивом поведінкових реакцій. У юнацькому віці нерідко спостерігаються феномени емоційного перенапруження, коли інтенсивний інформаційний потік, соціальні вимоги, емоційні перевантаження призводять до психофізіологічного виснаження. Це може проявлятися у вигляді зниження енергетичного потенціалу, втрати інтересу до діяльності, порушень сну, підвищеної дратівливості, що вказує на необхідність розробки адаптивних стратегій емоційного регулювання [24, с. 108].

Процеси розвитку емоційної саморегуляції у юнацькому віці значною мірою залежать від досвіду соціальної підтримки, яка може виступати буфером проти негативного впливу стресогенних факторів. Соціальна підтримка з боку родини, друзів, наставників сприяє формуванню позитивного емоційного фону, покращенню психологічної стійкості, зниженню рівня емоційного напруження. Дослідження показують, що наявність міцних соціальних зв'язків асоціюється зі зменшенням рівня тривожності, депресивних станів та емоційного вигорання у юнацькому віці. Одним із ефективних механізмів емоційного самоконтролю є розвиток навичок усвідомленості, які сприяють підвищенню здатності до рефлексії, контролю над емоційними реакціями, запобіганню імпульсивним рішенням. Практики усвідомленості, такі як релаксаційні техніки, медитація, дихальні вправи,



сприяють зниженню рівня стресу, покращенню емоційної регуляції, підвищенню загального рівня психологічного благополуччя юнаків [9, с. 72].

Психологічні кризи юнацького віку часто пов'язані з внутрішніми конфліктами, що виникають у процесі зіставлення власних цінностей із суспільними вимогами. Відсутність чітких орієнтирів або протиріччя між очікуваннями та особистими прагненнями можуть спричиняти стан емоційного напруження, невпевненості у собі, деперсоналізації або навіть кризи сенсу життя. В юнацькому віці загострюється прагнення до самовираження та самостійності, що може вступати в суперечність із соціальними обмеженнями та очікуваннями. У цей період виникає необхідність прийняття відповідальності за власні рішення, що може бути додатковим джерелом стресу. Вплив зовнішніх обставин, таких як політична нестабільність, економічні труднощі, соціальні конфлікти, також може підсилювати відчуття невизначеності та провокувати емоційні коливання. Психологічна нестабільність у цей період може виражатися у вигляді перепадів настрою, підвищеної тривожності, імпульсивності, емоційної нестійкості. Відсутність підтримки з боку родини, друзів чи суспільства може посилювати внутрішні конфлікти, спричиняти депресивні стани або почуття ізоляції. Юнаки, які не отримують достатнього емоційного ресурсу для адаптації до кризових ситуацій, можуть вдаватися до неефективних способів подолання стресу, таких як уникнення проблем, девіантна поведінка або навіть соціальна відчуженість [5, с. 21].

Формування ідентичності в юнацькому віці відбувається через серію когнітивних та емоційних процесів, що включають рефлексію над власним досвідом, порівняння себе з іншими, усвідомлення власних можливостей та обмежень. Самооцінка та рівень впевненості у собі суттєво впливають на перебіг кризових періодів. Низька самооцінка, сумніви щодо власних здібностей або невизначеність щодо майбутнього можуть спричиняти труднощі в процесі адаптації, що виявляється у вигляді соціальної тривожності, уникнення нових ситуацій, страху перед невдачами. Висока

самооцінка, навпаки, сприяє більшій психологічній стійкості та здатності до ефективного прийняття рішень. Проте надмірна впевненість або нереалістичні очікування також можуть бути джерелом внутрішнього конфлікту, особливо коли зіткнення з реальністю не відповідає очікуванням. У юнацькому віці відбувається процес соціальної адаптації, в ході якого особистість намагається знайти своє місце у суспільстві, інтегруватися у соціальні групи, вибудувати стабільні міжособистісні відносини. Відсутність підтримки або негативний соціальний досвід можуть створювати відчуття ізоляції, що впливає на загальний емоційний стан. Емоційна підтримка з боку родини, друзів, наставників відіграє значну роль у регуляції емоційних станів та подоланні кризових періодів. Підтримка та розуміння з боку оточення допомагають особистості знаходити адаптивні стратегії подолання труднощів, формувати конструктивні способи вирішення проблем.

## **1.2. Вплив стресорів воєнного часу на психоемоційний стан молоді**

Тривалий вплив стресових факторів воєнного часу на психоемоційний стан молоді супроводжується змінами на нейрофізіологічному, когнітивному та поведінковому рівнях. Хронічний стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, що призводить до підвищеного рівня кортизолу – основного гормону стресу. Це викликає порушення регуляції емоцій, що проявляється у вигляді підвищеної тривожності, дратівливості, депресивних настроїв, апатії та зниження когнітивних функцій. Тривале перебування в стані підвищеної фізіологічної готовності до загрози спричиняє зміни у роботі центральної нервової системи, що впливає на емоційну стабільність. Надмірне продукування кортизолу призводить до порушення синаптичної пластичності у гіпокампі, що може зумовити зниження здатності до навчання, збереження спогадів та обробки інформації. Крім того, відзначається посилена активність мигдалеподібного тіла, відповідального за обробку загрозливих сигналів, що може викликати гіперреактивність на

подразники, труднощі з регулюванням страху та посилену емоційну вразливість [27, с. 13].

Молодь, яка зазнає впливу хронічного стресу у зв'язку з воєнними діями, часто демонструє симптоми посттравматичного стресового розладу, що включають нав'язливі спогади, підвищену чутливість до тригерів, емоційну пригніченість та соціальну відчуженість. Вплив стресових чинників в умовах воєнного стану змінює нейробіологічні механізми регуляції настрою, що сприяє розвитку депресивних розладів. Гіпоактивність префронтальної кори мозку, яка контролює реакції на стресові стимули, може призводити до порушень у прийнятті рішень, схильності до ризикованої поведінки, труднощів у концентрації уваги та зниження когнітивної гнучкості. Постійна психоемоційна напруга також впливає на рівень нейромедіаторів, таких як серотонін і дофамін, що регулюють відчуття задоволення та емоційний баланс. Дисбаланс цих нейромедіаторів сприяє розвитку симптомів емоційного виснаження, втрати мотивації та порушень сну.

Юнаки, які перебувають у стані постійної загрози, демонструють підвищену активність автономної нервової системи, що виражається у підвищеній частоті серцевих скорочень, зростанні рівня артеріального тиску та дисрегуляції вегетативних реакцій. Це може спричинити психосоматичні порушення, такі як головні болі, шлунково-кишкові дисфункції, хронічна втома, болі у м'язах та серцево-судинні порушення. Під впливом стресових чинників змінюються не лише фізіологічні параметри організму, а й соціальна поведінка. Відзначається зниження рівня соціальної залученості, уникнення контактів, зростання конфліктності та агресивних реакцій, що є результатом хронічної психоемоційної напруги. Соціальна ізоляція, що виникає як відповідь на хронічний стрес, є механізмом захисту від подальшого емоційного перевантаження, проте водночас сприяє посиленню депресивних симптомів та відчуття безпорадності [6, с. 25].

Інформаційне середовище відіграє значну роль у формуванні емоційного стану молоді в умовах воєнного конфлікту. Великий обсяг негативної

інформації, що надходить через соціальні мережі, новинні ресурси, телевізійні трансляції та месенджери, формує постійний стан напруги та емоційної перевантаженості. Постійний перегляд новин про бойові дії, жертви, руйнування активує механізми стресової реакції, спричиняючи формування страху, безнадії, почуття тривоги та втрати контролю над ситуацією. Інформаційне перенасичення воєнними подіями може призводити до розвитку так званого «інформаційного вигорання», що виражається у зниженні когнітивної гнучкості, підвищеній емоційній реактивності та порушенні здатності до критичного мислення. Особливо це стосується молоді, яка активно використовує соціальні мережі, де поширюється велика кількість емоційно забарвленого контенту, що містить сцени насильства, драматичні розповіді очевидців, заклики до паніки або агресії.

Надмірне споживання медіаконтенту в умовах війни сприяє зниженню емоційної стабільності, оскільки частий перегляд негативних новин активує системи емоційного реагування, змушуючи мозок перебувати у стані підвищеної готовності до загрози. Це призводить до порушень сну, підвищеного рівня тривожності, проблем з концентрацією уваги та зниженням продуктивності діяльності. Дослідження свідчать, що у осіб, які витрачають більше ніж три години на день на перегляд воєнних новин, рівень стресу та депресивних симптомів у два рази вищий, ніж у тих, хто обмежує інформаційне споживання. Надмірний інформаційний потік також формує у юнаків відчуття безпорадності та втрати контролю над ситуацією, що є чинником розвитку емоційного виснаження та апатії. Механізми когнітивної переробки інформації в умовах стресу змінюються, що призводить до посилення ефекту селективного сприйняття – юнаки схильні звертати увагу переважно на негативну інформацію, ігноруючи позитивні аспекти реальності. Це сприяє формуванню песимістичного світогляду, підвищенню рівня тривожності та виникненню відчуття хронічної небезпеки [16, с. 78].

Окрему загрозу становлять дезінформація та маніпулятивний контент, які поширюються у соціальних мережах та можуть посилювати емоційну

нестабільність. Використання методів інформаційно-психологічного впливу, таких як нагнітання страху, створення фейкових загроз, маніпуляція почуттям вини або ненависті, сприяє дестабілізації психоемоційного стану та провокує агресивну поведінку. Психологічний вплив інформаційної війни в умовах бойових дій спрямований на формування поляризованого мислення, що знижує здатність до рефлексії, підвищує імпульсивність реакцій та сприяє посиленню відчуття безнадії. Юнаки, які тривалий час перебувають під впливом такого контенту, демонструють вищу схильність до емоційного вигорання, зниження рівня мотивації та формування деструктивних патернів поведінки.

### **1.2.1. Вплив вимушеної міграції, втрати стабільності, розлуки з близькими на емоційний стан**

Вимушена міграція є стресогенним фактором, що значно впливає на емоційний стан особистості, особливо у юнацькому віці, коли процеси особистісного становлення, соціальної ідентифікації та адаптації до зовнішнього середовища ще тривають. Втрата стабільності, відчуття небезпеки та зміни життєвих умов супроводжуються глибокими психологічними трансформаціями, які можуть мати як короткотривалі, так і довготривалі наслідки. Переживання невизначеності є основним чинником емоційного напруження у вимушених переселенців. В умовах війни люди втрачають контроль над своїм життям, оскільки обставини змушують їх залишати рідні домівки, змінювати місце проживання, розривати соціальні зв'язки. Виникає відчуття незахищеності, що активує механізми стресової реакції, зокрема підвищує рівень тривожності, провокує депресивні настрої, емоційну лабільність. Синдром втрати стабільності супроводжується когнітивною дезорієнтацією: у людей знижується відчуття прогнозованості майбутнього, що формує тривожне очікування, розлади сну, труднощі у концентрації уваги. У юнацькому віці така невизначеність посилюється необхідністю адаптуватися до нових умов навчання, соціального середовища,

встановлення нових контактів, що спричиняє додаткове психоемоційне навантаження [3, с. 59].

Фізіологічні аспекти переживання стресу під час вимушеної міграції включають активізацію симпатoadреналової системи, що призводить до підвищеного рівня адреналіну, норадреналіну та кортизолу. Це супроводжується прискореним серцебиттям, підвищеним артеріальним тиском, напругою м'язів, а також порушеннями обмінних процесів. Організм знаходиться у стані підвищеної готовності до загрози, що виснажує його енергетичні ресурси. Тривалий стрес такого характеру може призводити до розвитку психосоматичних розладів: хронічного головного болю, дисфункції шлунково-кишкового тракту, м'язового спазму, вегетативних порушень. На рівні нервової системи спостерігається посилення активності лімбічної системи, що контролює емоційні реакції, водночас знижується активність префронтальної кори, яка відповідає за самоконтроль та раціональне мислення. Це пояснює підвищену емоційну збудливість, складнощі з управлінням афективними станами, часті перепади настрою, схильність до імпульсивних реакцій у людей, які пережили вимушене переселення.

Соціальна дезадаптація є ще одним значущим чинником, який ускладнює психологічний стан мігрантів. Раптовий розрив соціальних зв'язків із родичами, друзями, колегами, освітнім середовищем створює відчуття ізоляції та соціального відчуження. Втрата звичних комунікативних механізмів призводить до переживання самотності, що негативно впливає на рівень психологічного благополуччя. Юнаки, які опиняються у новому середовищі, часто стикаються з труднощами у встановленні нових соціальних контактів, оскільки відмінності у ментальності, стилі спілкування, соціальних нормах можуть спричиняти бар'єри у комунікації. Це може призводити до зниження рівня соціальної активності, замкненості, відмови від соціальних контактів, що лише посилює психоемоційне напруження [23, с. 28].

Адаптація до нового середовища потребує значних психологічних ресурсів, проте часто люди, які пережили вимушену міграцію, мають

знижений рівень адаптивного потенціалу через виснаження нервової системи, емоційне перевантаження та пережиті травматичні події. Вимушені переселенці стикаються із ситуацією подвійного стресу: з одного боку, їм потрібно впоратися з пережитими втратами, з іншого – адаптуватися до нових умов, що вимагає значного рівня стійкості. Вплив мовного бар'єра є ще одним суттєвим фактором, що ускладнює соціальну адаптацію. Неможливість повноцінного спілкування обмежує доступ до освіти, роботи, соціальних зв'язків, що може спричиняти додаткове почуття ізоляції, зниження самооцінки та впевненості у власних можливостях.

Вимушена міграція також супроводжується ризиком стигматизації та дискримінації з боку місцевого населення. Юнаки, які опинилися у новому суспільстві, можуть зіштовхнутися з упередженим ставленням, що підвищує рівень стресу та емоційної напруги. Дослідження свідчать, що стигматизація вимушених переселенців сприяє формуванню у них відчуття меншовартості, посиленню депресивних станів, уникненню соціальної взаємодії, що ускладнює їхню адаптацію. Відчуття невизначеності щодо майбутнього, неможливість повернення додому, відсутність стабільних умов існування формують стан хронічної тривожності, що може сприяти розвитку генералізованого тривожного розладу. Високий рівень стресу у вимушених переселенців може провокувати виникнення деструктивних поведінкових стратегій, таких як ізоляція, уникнення проблем, вживання психоактивних речовин, що є механізмом тимчасового психологічного захисту, але водночас сприяє посиленню дезадаптації [7, с. 90].

Розлука з близькими є одним із найболючіших аспектів вимушеної міграції, оскільки соціальна підтримка відіграє значну функцію у подоланні стресових ситуацій. Неможливість підтримувати постійний контакт із рідними, відчуття втрати сімейного тепла, нестача емоційної підтримки сприяють підвищенню рівня емоційної нестабільності. Юнаки, які вимушено розлучені з родинами, частіше демонструють ознаки емоційного виснаження, що проявляється у зниженні мотивації, порушенні сну, апатії, емоційній

нестійкості. Відсутність фізичної близькості із значущими особами впливає на рівень емоційної безпеки, що призводить до формування почуття вразливості та незахищеності. Невизначеність щодо можливості возз'єднання з рідними підвищує рівень стресу, що посилює схильність до депресивних станів [14, с. 55].

Наслідки вимушеної міграції для психоемоційного стану можуть проявлятися у довготривалій перспективі, оскільки пережитий стрес залишає відбиток на когнітивних процесах, емоційній регуляції та соціальній поведінці. Для зменшення негативного впливу міграційних процесів на психологічне здоров'я необхідно розвивати адаптивні стратегії подолання стресу, сприяти соціальній інтеграції переселенців, підтримувати їхню залученість у суспільне життя. Психологічна допомога у таких випадках спрямована на стабілізацію емоційного стану, розвиток навичок саморегуляції, створення умов для соціальної підтримки, що дозволяє пом'якшити наслідки пережитого стресу. Вимушена міграція є одним із найсерйозніших викликів для психоемоційного здоров'я, і ефективні механізми адаптації можуть відігравати вирішальну функцію у збереженні психологічного благополуччя.

### **1.2.2. Наслідки психоемоційного напруження у молоді в умовах воєнного стану**

Психоемоційне напруження що виникає в умовах воєнного стану, має системний вплив на організм молоді, формуючи виражені психосоматичні реакції та когнітивні порушення. Стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, що сприяє підвищенню рівня кортизолу та катехоламінів у крові. Це призводить до надмірного збудження симпатичної нервової системи, що, у свою чергу, викликає тахікардію, підвищення артеріального тиску, посилення напруги у скелетних м'язах, порушення регуляції судинного тонуусу. Організм знаходиться у стані хронічного стресу, що виснажує фізіологічні ресурси, провокуючи розвиток соматичних порушень. Психосоматичні реакції є відповіддю організму на



тривале емоційне перевантаження, що проявляється у вигляді розладів сну, хронічної втоми, головних болів, шлунково-кишкових дисфункцій та мігренозних станів. Порушення сну є однією з найбільш поширених реакцій на стрес, що проявляється у вигляді труднощів із засинанням, частих пробуджень, неможливості досягти глибоких фаз сну, що призводить до зниження відновлювальних функцій організму. Недостатній рівень відпочинку сприяє накопиченню фізичної та емоційної втоми, що у довготривалій перспективі підвищує ризик розвитку хронічного синдрому втоми та депресивних розладів [22, с. 28].

Головні болі, які часто виникають у молоді під впливом стресових факторів воєнного часу, є наслідком спазму судин головного мозку, підвищення тонуусу гладкої мускулатури судин, порушення мікроциркуляції та надмірного м'язового напруження в ділянці шиї та плечового поясу. Хронічна гіперактивація вегетативної нервової системи призводить до зміни регуляції судинного тонуусу, що викликає головні болі напруги або мігренозні стани. У пацієнтів із підвищеною чутливістю до стресу відзначається порушення функціонування системи трійчастого нерва, що посилює інтенсивність больових відчуттів, роблячи їх стійкими до медикаментозної корекції. Головний біль супроводжується загальною слабкістю, запамороченням, зниженням працездатності, порушенням когнітивних процесів, що погіршує соціальну адаптацію молоді.

Порушення роботи шлунково-кишкового тракту є типовими проявами психосоматичних реакцій у відповідь на стрес. Гіперактивність симпатичної нервової системи пригнічує функції парасимпатичної нервової системи, що спричиняє уповільнення моторики шлунка, зниження секреції травних ферментів, що в результаті викликає диспептичні явища, нудоту, болі в епігастральній ділянці, порушення стільця. У деяких випадках спостерігається розвиток гастроєзофагеального рефлюксу, спазмів кишківника, синдрому подразненого кишківника, що є характерними для стану хронічного стресу. У довготривалій перспективі порушення роботи травної системи можуть

провокувати розвиток гастриту, виразкової хвороби, ерозивних уражень слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки [18, с. 2].

Психоемоційне напруження, пов'язане з тривалим впливом воєнних подій, спричиняє зниження адаптаційних можливостей організму, що проявляється у підвищеній чутливості до інфекційних захворювань. Хронічний стрес послаблює функціонування імунної системи, що знижує резистентність організму до вірусних та бактеріальних інфекцій, збільшує ризик розвитку автоімунних порушень, алергічних реакцій та аутоімунних процесів. Тривале психоемоційне навантаження також може провокувати розвиток психосоматичних шкірних реакцій, таких як псоріаз, нейродерміт, екзема, що пов'язано з порушенням регуляції гормонального балансу та зниженням бар'єрної функції шкіри.

Негативний вплив психоемоційного напруження на когнітивні процеси у молоді в умовах війни проявляється у зниженні концентрації уваги, уповільненні когнітивної обробки інформації, погіршенні короткотривалої та довготривалої пам'яті. Нейрофізіологічні механізми цього явища пов'язані з підвищеним рівнем кортизолу, який пригнічує функції гіпокампу – ділянки головного мозку, що відповідає за формування спогадів та просторову орієнтацію. Дисфункція гіпокампу у стані хронічного стресу призводить до труднощів у запам'ятовуванні нової інформації, порушення когнітивної гнучкості, що знижує ефективність навчального процесу. Юнаки, які перебувають у стані тривожного очікування або страху, демонструють знижену здатність до виконання складних когнітивних завдань, що потребують аналізу, планування та логічного мислення. Дезорієнтація та труднощі у прийнятті рішень у молоді, що переживає воєнні події, пояснюються порушенням функцій префронтальної кори головного мозку, яка відповідає за контроль імпульсів, раціональне мислення, планування дій. Хронічне психоемоційне напруження сприяє зниженню активності нейронних зв'язків у цій ділянці, що призводить до зменшення здатності до стратегічного мислення, труднощів у прогнозуванні наслідків власних дій, схильності до імпульсивних рішень.

Юнаки, які переживають високий рівень стресу, часто демонструють емоційно забарвлену поведінку, що виражається у різких змінах у прийнятті рішень, уникненні ситуацій відповідальності, труднощах у розв'язанні проблемних ситуацій [26, с. 3].

Хронічний стрес негативно впливає на роботу пам'яті та когнітивних функцій, що з часом може спричиняти суттєві зміни у мозковій діяльності, подібні до тих, які зазвичай асоціюються зі старінням. Дослідження показують, що тривала дія стресових чинників у молодому віці здатна викликати виснаження нейронних ресурсів, що проявляється у порушенні зв'язків між нервовими клітинами, зменшенні здатності мозку адаптуватися до нових умов і обробляти складну інформацію. Це може бути пов'язано зі зниженням рівня нейропластичності, що є фундаментальною характеристикою здорового мозку. Втрата цієї здатності призводить до уповільнення когнітивних процесів, зниження швидкості прийняття рішень та труднощів із запам'ятовуванням нової інформації. У довгостроковій перспективі такі зміни підвищують ймовірність виникнення нейродегенеративних станів, які зазвичай проявляються у більш пізньому віці, але за умов постійного стресу можуть розвинутиися значно раніше.

Окрім впливу на нейрофізіологічні процеси, стресове перенапруження безпосередньо позначається на виконавчих функціях, що має наслідки для здатності людини до організації діяльності, постановки цілей та їх реалізації. При тривалому впливі стресу людина може відчувати труднощі з концентрацією уваги, що позначається на навчанні та професійній діяльності. Зниження ефективності цих процесів унеможлиблює швидке засвоєння нової інформації, а також заважає застосовувати раніше набуті знання у змінених умовах. Це ускладнює адаптацію до нових робочих вимог, уповільнює кар'єрне зростання та зменшує продуктивність у виконанні завдань. Неможливість ефективно обробляти інформацію та ухвалювати обґрунтовані рішення у стресових ситуаціях також впливає на комунікацію з іншими людьми, що призводить до труднощів у соціальних взаємодіях. Людина може

ставати менш гнучкою у прийнятті нових стратегій поведінки, що ускладнює побудову професійних і міжособистісних відносин [20, с. 35].

Погіршення когнітивних здібностей, викликане хронічним стресом, також впливає на здатність людини швидко адаптуватися до нових життєвих обставин. Втрата можливості концентрувати увагу, зниження швидкості обробки інформації та ускладнення процесів ухвалення рішень стають серйозними перешкодами у виконанні щоденних обов'язків. Це може спричинити втому, емоційне виснаження та небажання брати участь у будь-якій активності, що потребує інтелектуальних зусиль. Внаслідок цього людина може втрачати мотивацію до саморозвитку, знижувати рівень ініціативності та демонструвати менш гнучку поведінку у складних ситуаціях. На фоні таких змін спостерігається зменшення загальної продуктивності та поступова соціальна ізоляція, що ще більше підсилює негативний вплив стресу на когнітивну сферу.

### **1.3. Стратегії психологічної адаптації молоді до умов війни**

Психологічна адаптація молоді до умов війни є багаторівневим процесом, що включає розвиток механізмів психологічної резильєнтності, використання ефективних методів емоційної регуляції та формування адаптивних поведінкових стратегій. Психологічна резильєнтність визначає здатність особистості зберігати стабільність психоемоційного стану, відновлювати рівновагу після стресових ситуацій та адаптуватися до змінних умов середовища. У молодому віці формування резильєнтності залежить від біологічних, когнітивних, соціальних та особистісних чинників. Генетично обумовлені особливості нервової системи, рівень стресостійкості, здатність до емоційної саморегуляції та соціальна підтримка визначають ефективність адаптаційних механізмів у стані хронічного стресу. Війна створює ситуацію постійної невизначеності, загрози життю, втрати соціальних зв'язків, що значно посилює рівень психоемоційного навантаження. Тривале перебування у стані підвищеної тривоги спричиняє зміни у функціонуванні нейробіологічних

систем, що регулюють емоційну сферу, когнітивні процеси та поведінкові реакції. Формування психологічної резильєнтності сприяє зниженню рівня психоемоційного виснаження, підвищенню адаптаційного потенціалу та збереженню ефективності когнітивних функцій [25, с. 5].

Розвиток психологічної резильєнтності базується на декількох механізмах, серед яких виділяють когнітивну гнучкість, емоційну саморегуляцію, здатність до рефлексії, соціальну підтримку та формування позитивної ідентичності. Когнітивна гнучкість дозволяє швидко адаптуватися до змінних умов, коригувати поведінкові стратегії відповідно до нових реалій, знаходити альтернативні способи розв'язання проблем. Військовий конфлікт створює ситуацію, в якій традиційні механізми адаптації можуть виявитися неефективними, тому необхідно розвивати здатність до пошуку нових ресурсів, прийняття нестандартних рішень, використання раціональних стратегій у складних обставинах. Емоційна гнучкість включає вміння керувати своїми емоційними реакціями, усвідомлювати власний стан, розвивати здатність до стримування імпульсивних відповідей на стресові стимули. Формування навичок емоційної саморегуляції сприяє зменшенню рівня тривожності, покращенню здатності до конструктивного вирішення конфліктних ситуацій, зниженню рівня емоційного виснаження.

Соціальна підтримка відіграє суттєву функцію у формуванні резильєнтності, оскільки відчуття належності до групи, отримання емоційної підтримки від близьких людей, участь у соціальній взаємодії сприяють зниженню рівня стресу та стабілізації емоційного стану. Війна спричиняє руйнування багатьох соціальних зв'язків, вимушене переміщення, розлуку з рідними, що може призводити до відчуття ізоляції, зниження рівня соціальної взаємодії, посилення тривожних реакцій. Для компенсації цих негативних ефектів необхідно створювати нові соціальні зв'язки, залучати молодь до спільнот, що забезпечують психологічну підтримку, сприяти комунікації у безпечному середовищі. Формування позитивної ідентичності є ще одним механізмом резильєнтності, що включає усвідомлення власної цінності,

розвиток впевненості у своїх можливостях, здатність до прийняття власного досвіду як ресурсу для подальшого розвитку [8, с. 7].

Методи емоційної регуляції є складовою адаптаційних стратегій, оскільки здатність до контролю над емоціями дозволяє знижувати рівень психоемоційного напруження, запобігати розвитку стресових розладів та підтримувати емоційну стабільність. Використання когнітивно-поведінкових технік дозволяє змінювати деструктивні патерни мислення, коригувати неадаптивні переконання, формувати ефективніші способи реагування на стресові ситуації. Одним із методів когнітивної регуляції є переоцінка ситуації, що передбачає зміну інтерпретації подій для зменшення негативного емоційного впливу. В умовах воєнного часу молодь стикається з невизначеністю, тривожним очікуванням, страхом перед майбутнім, що може призводити до емоційної нестабільності. Використання технік когнітивного реструктурування дозволяє змінювати негативні установки, формувати більш реалістичне та конструктивне сприйняття ситуації.

Практики усвідомленості та техніки стрес-менеджменту є ефективними способами регуляції емоційного стану, оскільки сприяють підвищенню рівня самоконтролю, зниженню рівня тривожності, покращенню здатності до адаптації. Усвідомленість передбачає концентрацію на поточному моменті, прийняття власного емоційного стану без оцінки, розвиток здатності до спостереження за своїми думками та емоціями. Використання медитацій, дихальних технік, прогресивної м'язової релаксації сприяє зменшенню рівня фізіологічної напруги, що виникає під впливом стресових чинників. Техніки стрес-менеджменту включають організацію режиму дня, балансування активності та відпочинку, використання фізичних вправ для зниження рівня напруження, що допомагає зменшити вплив хронічного стресу на організм.

Формування адаптивних стратегій поведінки дозволяє молоді ефективніше справлятися з викликами, які виникають у період воєнних подій. Використання проблемно-орієнтованого підходу до розв'язання ситуацій сприяє зниженню рівня тривожності, оскільки дає можливість брати активну

участь у вирішенні проблем, контролювати ситуацію, діяти конструктивно. Прийняття адаптивних рішень потребує розвитку навичок аналізу, оцінки можливих наслідків, здатності до планування дій у стресових умовах. Підвищення рівня адаптивності дозволяє молоді зберігати емоційну рівновагу, покращувати якість міжособистісних взаємин, підтримувати рівень когнітивної ефективності. Використання стратегій емоційної підтримки, звернення до спеціалістів у разі підвищеного рівня тривожності, залучення до групових форм психологічної допомоги сприяє стабілізації психоемоційного стану та зменшенню наслідків пережитого стресу [1, с. 17].

Соціальна згуртованість є одним із найефективніших механізмів психологічної адаптації молоді до умов війни, оскільки взаємодія з іншими людьми, належність до спільноти, підтримка з боку соціального середовища сприяють зниженню рівня емоційної напруги, стабілізації психоемоційного стану та підвищенню адаптаційних можливостей. Під час військових конфліктів молодь стикається з втратою соціальних зв'язків, ізоляцією, невизначеністю щодо майбутнього, що значно підвищує рівень тривожності та загострює відчуття самотності. Формування підтримувальних спільнот є важливим елементом соціальної адаптації, оскільки забезпечує відчуття безпеки, стабільності, спільної мети, що допомагає зменшити деструктивний вплив стресових факторів. Спільноти, що формуються на базі спільного досвіду, є психологічним ресурсом, який сприяє створенню відчуття причетності, підвищенню самооцінки, формуванню мотивації до активних дій у складних обставинах.

Соціальні зв'язки відіграють функцію буфера від негативного впливу стресових чинників, що дозволяє молоді підтримувати психологічну стабільність навіть у складних умовах. Війна змушує багатьох людей змінювати спосіб життя, переїжджати, пристосовуватися до нових реалій, що створює додаткове емоційне навантаження. У таких умовах створення підтримувальних спільнот стає засобом компенсації втрачених соціальних зв'язків, що допомагає запобігати деструктивним наслідкам ізоляції. Взаємодія

в межах соціальних груп сприяє обміну досвідом, спільному вирішенню проблем, емоційній підтримці, що є важливим для формування адаптивних стратегій поведінки. Молодь, яка бере участь у спільнотах, що підтримують психологічну стійкість, демонструє вищий рівень соціальної активності, знижену схильність до емоційного вигорання, кращу здатність до саморегуляції. Підтримка в умовах соціального середовища створює умови для збереження психоемоційної рівноваги, що сприяє зниженню рівня посттравматичних розладів та підвищенню резильєнтності [12, с. 21].

Волонтерська діяльність є ще одним ефективним механізмом соціальної адаптації, оскільки вона забезпечує можливість активної взаємодії, створює відчуття значущості, формує мотивацію до конструктивної діяльності. Молодь, яка бере участь у волонтерських проєктах, отримує можливість реалізовувати власний потенціал, що зменшує почуття безпорадності та невизначеності. Волонтерська активність сприяє формуванню емоційного ресурсу, оскільки участь у допомозі іншим людям викликає позитивні афективні реакції, що знижують рівень стресу. Психологічні механізми впливу волонтерської діяльності на емоційний стан включають підвищення рівня ендогенних опіоїдів, дофаміну та серотоніну, що сприяє покращенню настрою, зниженню рівня тривожності, покращенню когнітивних функцій. Взаємодія в межах волонтерських ініціатив створює соціальну підтримку, що дозволяє молоді адаптуватися до нових умов, налагоджувати нові зв'язки, покращувати власні комунікативні навички.

Участь у спільнотах, що займаються волонтерською діяльністю, створює додаткові можливості для соціальної інтеграції, що є важливим у контексті вимушеної міграції, зміни місця проживання або втрачених соціальних контактів. Волонтерська діяльність також сприяє формуванню навичок саморегуляції, оскільки залученість у процес допомоги іншим розвиває здатність до подолання стресових ситуацій, покращує емоційну стійкість. Молодь, яка бере участь у соціальних ініціативах, демонструє знижену схильність до ізоляції, покращену здатність до емоційного самоконтролю, що



сприяє її психологічній адаптації до воєнних умов. Досвід волонтерської діяльності також має довготривалий ефект, оскільки сприяє формуванню проактивних моделей поведінки, які дозволяють молоді ефективно реагувати на кризові ситуації, розвивати відповідальність, покращувати самоорганізацію [15, с. 24].

Групова психотерапія є ефективним інструментом стабілізації емоційного стану молоді, що перебуває у стані стресу, оскільки забезпечує можливість конструктивного вираження емоцій, аналізу пережитого досвіду, отримання соціальної підтримки. Групові терапевтичні підходи сприяють розширенню можливостей комунікації, що дозволяє учасникам обговорювати власні емоційні переживання, ділитися думками, отримувати конструктивний зворотний зв'язок. В умовах воєнного часу такі методи допомагають зменшити рівень ізоляції, що є одним із факторів, що підсилює тривожні розлади, депресивні стани та емоційне виснаження. Психотерапевтичні групи можуть включати когнітивно-поведінкові техніки, методи тілесно-орієнтованої терапії, гештальт-терапевтичні підходи, що дозволяють розвивати механізми психологічного самозахисту.

### **1.3.1. Роль сім'ї, навчальних закладів і соціальних інститутів у збереженні емоційного благополуччя**

Сім'я, навчальні заклади та соціальні інститути є фундаментальними чинниками, що забезпечують збереження емоційного благополуччя молоді в умовах війни, оскільки саме ці системи створюють основу для формування психологічної стійкості, адаптаційних механізмів та соціальної підтримки. Емоційний стан молодої людини значною мірою визначається якістю її соціальних зв'язків, рівнем підтримки, можливістю отримати стабільний емоційний ресурс у складних життєвих обставинах. Військові дії спричиняють руйнування звичних соціальних структур, що може призводити до підвищеного рівня тривожності, втрати почуття безпеки, емоційної нестабільності. Наявність підтримки з боку родини, освітнього середовища та

соціальних інституцій сприяє зменшенню негативного впливу стресових чинників, покращенню адаптаційних можливостей, формуванню психологічної резильєнтності [11, с. 45].

Сімейне середовище має значний вплив на формування психологічної стійкості молоді, оскільки саме родина є первинною соціальною системою, що впливає на емоційну регуляцію, здатність до подолання труднощів, рівень впевненості у власних силах. В умовах війни, коли загальний рівень стресу значно зростає, сім'я виступає основним ресурсом підтримки, що допомагає знижувати рівень емоційної напруги, стабілізувати психоемоційний стан, формувати позитивне ставлення до майбутнього. Емоційна близькість у родині сприяє зниженню рівня тривожності, створює відчуття захищеності, що особливо актуально у періоди нестабільності. Взаєморозуміння між батьками та дітьми, довірливі відносини, відкритість до обговорення емоційних переживань є факторами, що допомагають запобігати виникненню емоційного виснаження, депресивних станів, агресивної або деструктивної поведінки. Родини, в яких підтримується емоційна відкритість, спостерігається нижчий рівень психологічних розладів, оскільки наявність стабільного соціального середовища дозволяє молоді ефективніше адаптуватися до нових обставин.

Виховання в умовах стресу потребує розвитку адаптивних стратегій взаємодії між батьками та дітьми, оскільки надмірний рівень напруги, тривожність дорослих, відсутність чітких комунікативних моделей можуть погіршувати психологічний стан молоді. Одним із основних механізмів психологічної підтримки є створення прогнозованого та стабільного середовища всередині родини, навіть якщо зовнішні обставини залишаються невизначеними. Молодь, яка має відчуття надійності у сімейному колі, демонструє вищий рівень стресостійкості, збереження когнітивних функцій, кращу здатність до соціальної адаптації. Війна змінює звичні умови життя, спричиняє розлуку з близькими, вимушене переміщення, що може призводити до переживання втрати, емоційного спустошення, почуття безнадії. Сімейна підтримка у таких умовах виконує компенсаторну функцію, допомагаючи

молоді подолати негативні емоційні стани, відновити почуття контролю над ситуацією, розвивати здатність до саморегуляції [21, с. 36].

Освітнє середовище також відіграє значну функцію у збереженні емоційного благополуччя молоді, оскільки школи та університети є не лише місцем отримання знань, а й простором соціальної взаємодії, що сприяє формуванню адаптивних навичок, стабілізації емоційного стану, підтримці когнітивної активності. Навчальні заклади можуть виконувати стабілізуючу функцію, створюючи відчуття звичності, безпеки, надаючи можливість підтримувати соціальні контакти, що сприяє зниженню рівня тривожності. Військові дії часто порушують навчальний процес, змінюють його формат, спричиняють необхідність адаптації до нових умов, що може створювати додаткове емоційне навантаження. Підтримка молоді у навчальному середовищі включає організацію психологічних програм, надання доступу до консультацій з психологами, створення умов для безпечного спілкування, що сприяє зниженню рівня стресу, формуванню відчуття соціальної підтримки.

Безпечна атмосфера у навчальних закладах є необхідною умовою для підтримки психоемоційного стану молоді, оскільки наявність простору, в якому можна вільно висловлювати свої думки, отримувати допомогу, взаємодіяти з однолітками сприяє зниженню рівня психологічної напруги. Школи та університети можуть реалізовувати програми психосоціальної підтримки, що включають тренінги з управління стресом, навчання навичок саморегуляції, розвиток стратегій адаптації до кризових ситуацій. Викладачі, які працюють з молоддю в умовах війни, мають бути навчені методам роботи зі стресовими станами, використовувати підтримувальні комунікаційні моделі, створювати безпечне середовище для емоційного вираження. Освітнє середовище також може сприяти формуванню стресостійкості через залучення студентів до соціально значущих ініціатив, волонтерської діяльності, програм психологічної підтримки, що дозволяє молоді відчувати свою соціальну значущість, що є необхідним для збереження емоційного благополуччя.

Соціальні інститути, включаючи молодіжні організації, державні та громадські ініціативи, виконують функцію посередника між молоддю та системами підтримки, забезпечуючи доступ до ресурсів, що сприяють зниженню рівня емоційного напруження. Організація соціально-психологічних центрів, платформ для взаємодії, груп самопомоги сприяє створенню мережі підтримки, що допомагає молоді адаптуватися до нових умов, формувати механізми психологічної стійкості. Учасники таких ініціатив отримують можливість не лише звернутися за допомогою, а й брати активну участь у формуванні програм підтримки, що сприяє підвищенню рівня соціальної відповідальності, покращенню комунікативних навичок, зниженню рівня тривожності [4, с. 14].

Комплексна підтримка з боку сім'ї, освітніх закладів та соціальних інституцій створює ефективну систему захисту психоемоційного стану молоді, сприяє формуванню стійких адаптивних механізмів, підвищує здатність до подолання кризових ситуацій. Поєднання емоційної підтримки, стабільного соціального середовища, навчання навичок саморегуляції дозволяє зменшувати негативний вплив стресу, забезпечувати збереження когнітивної активності, покращувати загальний рівень емоційного благополуччя. Молодь, яка отримує підтримку у різних соціальних системах, демонструє вищий рівень психологічної стійкості, що сприяє її ефективній адаптації, мінімізації наслідків впливу стресових чинників, покращенню загального рівня соціального функціонування.

### **Висновки до першого розділу**

**Висновок до завдання 1** (теоретично проаналізувати стресори воєнного стану та наслідки їх впливу на психоемоційний стан осіб юнацького віку). Стресові фактори, пов'язані з війною, включають постійне перебування у стані небезпеки, зміну соціального середовища, інформаційний тиск, невизначеність майбутнього. Хронічний стрес активує нейрофізіологічні механізми, що призводять до дисфункції системи регуляції емоцій, спричиняючи порушення

когнітивних процесів, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті та труднощі у прийнятті рішень. Висока інтенсивність стресових впливів провокує розвиток психосоматичних порушень, що проявляються у вигляді головного болю, порушення сну, шлунково-кишкових дисфункцій, загальної фізичної втоми, що посилює загальний рівень емоційного виснаження.

Вимушена міграція є одним із найзначніших факторів, що впливає на психоемоційний стан молоді, оскільки втрата стабільного середовища, розлука з близькими, необхідність адаптації до нових умов створюють додатковий рівень емоційного навантаження. Переживання невизначеності майбутнього, соціальна дезадаптація, мовний бар'єр, дискримінація посилюють рівень тривожності, сприяють формуванню емоційної ізоляції, депресивних проявів. Соціальна підтримка в новому середовищі часто є недостатньою, що знижує ефективність адаптаційних процесів, викликаючи відчуття відторгненості, труднощі у встановленні нових соціальних зв'язків. В умовах вимушеної міграції спостерігається зміна патернів емоційної регуляції, що може виражатися у посиленій емоційній вразливості, імпульсивності або, навпаки, у пригніченості та апатії. Емоційні реакції на втрату стабільності включають стани фрустрації, агресії, страху, що ускладнює процес соціальної взаємодії та може провокувати деструктивні поведінкові патерни.

Наслідки психоемоційного напруження в умовах війни проявляються у зниженні адаптивних ресурсів, посиленні тривожних і депресивних симптомів, порушенні саморегуляції емоцій. Хронічний стрес викликає зміни у функціонуванні центральної нервової системи, що може призводити до виснаження когнітивних ресурсів, зниження здатності до обробки інформації, складнощів у прийнятті рішень. Дезорієнтація, втрата концентрації уваги, труднощі у навчанні, підвищена імпульсивність є типовими проявами стресової дезадаптації у молоді, що переживає воєнний стан.

Стратегії психологічної адаптації молоді до умов війни включають розвиток психологічної резильєнтності, використання ефективних методів емоційної регуляції, соціальну підтримку, залучення до адаптивних

поведінкових стратегій. Психологічна стійкість забезпечує здатність до ефективного функціонування в умовах тривалого стресу, сприяє зниженню рівня емоційного виснаження, підтримці соціальної активності. Методи емоційної регуляції включають когнітивно-поведінкові техніки, усвідомленість, стрес-менеджмент, що дозволяє контролювати інтенсивність емоційних реакцій, покращувати рівень самоконтролю.

**Висновок до завдання 2** (теоретично розглянути індивідуальні антистресові методи психологічної самопомоги, а також вплив сім'ї, закладів освіти на психологічну адаптацію осіб юнацького віку в умовах воєнного стану). Родина, навчальні заклади та соціальні інститути є ключовими чинниками підтримки психоемоційного благополуччя молоді, забезпечуючи стабільність, безпечне середовище, можливість соціальної взаємодії. Емоційна підтримка з боку родини є базовим чинником, що сприяє формуванню почуття безпеки, розвитку адаптивних стратегій поведінки, зниженню рівня тривожності. Навчальні заклади виконують стабілізуючу функцію, створюючи умови для соціальної взаємодії, підтримки навчальної діяльності, забезпечуючи доступ до психологічної допомоги. Соціальні інститути сприяють організації психологічної підтримки, створенню можливостей для адаптації, розвитку механізмів соціальної взаємодії, що допомагає молоді ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями, зменшувати рівень психоемоційного виснаження, формувати стійкі адаптивні механізми, що забезпечують збереження психологічного здоров'я в умовах війни.

## РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ВОЄННОГО СТАНУ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

### 2.1. Методи дослідження рівня тривожності, стресу та депресивних проявів у молоді під час війни

У межах емпіричного дослідження психоемоційного стану молоді, яка зазнала наслідків війни в Україні, було реалізовано низку психодіагностичних процедур, що дали змогу простежити не лише рівень вираженості тривожності, стресу та депресивних станів, а й внутрішні ресурси, адаптаційні можливості й емоційно-особистісні профілі респондентів. Перша методика - *шкала Спілбергера–Кханіна*, яка охоплює дві окремі субшкали: ситуативну тривожність і особистісну. Вона передбачає кількісну реєстрацію афективного компонента психіки в умовах екстремального навантаження або хронічного стресу, що надзвичайно релевантно для аналізу психоемоційного фону молоді, якій довелося пережити евакуацію, втрату звичного середовища або навіть прямий досвід бойових дій. Саме подвійна структура цього інструмента дозволяє розділити реактивні прояви тривоги, викликані поточними подіями, від стабільної схильності до тривожного реагування, яка може вказувати на загрозу розвитку патологічних станів при тривалому впливі дестабілізуювальних факторів. Надійність і валідність цієї шкали підтверджено численними емпіричними випробуваннями як у західному, так і в українському середовищі, а тому її використання стало вихідною точкою у вивченні спектру афективних порушень [38, с. 30].

Наступна методика - *шкала Бека* для оцінювання депресивного стану, яка передбачає аналіз когнітивних, поведінкових та соматичних індикаторів, пов'язаних із пригніченістю, втратою життєвого тону, почуттям провини, безнадійності та загального негативного сприйняття себе. Структура шкали Бека дозволяє не лише кількісно зафіксувати інтенсивність депресивної

симптоматики, а й ідентифікувати провідні симптомокомплекси - емоційні, мотиваційні або когнітивні. Це відкриває можливість для точнішої психологічної інтерпретації результатів і побудови гіпотез щодо можливих стратегій виходу з критичних станів. Особливої актуальності ця методика набуває в умовах воєнної нестабільності, коли депресивні епізоди можуть не лише зростати кількісно, а й ускладнюватися суїцидальними ідеаціями або дезадаптивною поведінкою. У процесі інтерпретації було враховано також соціальні змінні, такі як рівень підтримки з боку близьких, включеність у соціальне середовище та досвід втрат, що суттєво модифікують прояви депресивності у молоді.

До комплексу методик було включено також *опитувальник DASS-21* - скорочену версію шкали депресії, тривожності й стресу, що верифікована міжнародними психометричними спільнотами. Структурно цей інструмент містить три блоки по сім тверджень кожен, які дають змогу чітко розмежувати емоційні компоненти дистресу, забезпечуючи водночас точність та економність часу заповнення. Використання DASS-21 дозволило виявити латентні форми напруження, що не завжди артикулюються у відповідях на більш прямі запитання. Методика добре відтворює спектр негативних емоційних станів, характерних для періоду адаптації до травмувального досвіду: надмірну збудженість, нервову виснаженість, втрату здатності до концентрації. Порівняння отриманих даних з результатами шкал Спілбергера–Кханіна й Бека сприяло побудові інтегративної картини психоемоційного функціонування, в якій визначальні характеристики проявлялися не у відокремлених симптомах, а у взаємодії компонентів афективної сфери.

З метою розширення діагностичного поля вивчення емоційно-поведінкових характеристик було застосовано «*Міні-мульт*» - адаптовану версію клінічного опитувальника ММРІ, орієнтованого на експрес-оцінку особистісного профілю. Ця методика базується на комплексному розподілі показників за клінічними шкалами, що дозволяє виявити такі характеристики, як емоційна лабільність, тривожна ригідність,



схильність до соматизації або соціальної ізоляції. Стандартизований характер методики забезпечує високу точність при зіставленні з нормативними значеннями, а саме це стало цінним інструментом для порівняльного аналізу юнаків і дівчат, які пережили різні форми втрат: від руйнування сімейного середовища до втрати фізичної безпеки. Профіль «Міні-мульту» відтворює особистісну картину з підвищеним ризиком розвитку невротичних станів або посттравматичного стресового розладу, що дозволяє не лише фіксувати рівень дистресу, а й прогнозувати адаптаційні тенденції у середньостроковій перспективі. Методика демонструє ефективність як у клінічному, так і в популяційному аналізі, зберігаючи інформативність за умов мінімального інтерв'ю та самозаповнення.

Доповненням до основного комплексу став **16-факторний особистісний опитувальник Кеттелла**, який дав змогу охопити багатогранну структуру психіки респондентів - від емоційної чутливості до самоконтролю й соціальної адаптованості. Його застосування у межах цього дослідження дозволило виявити не лише схильність до афективних розладів, а й захисні психологічні механізми, що можуть виступати буфером у ситуаціях емоційного перенапруження. Шкали опитувальника Кеттелла, такі як «Тривожність», «Сензитивність», «Домінантність», «Соціальна відстороненість» дали змогу глибше проникнути в динаміку особистісного реагування на травматичний досвід, окреслюючи типові профілі поведінкової відповіді: від реактивної агресії до самоізоляції. Особливо інформативними виявилися поєднання високих показників на шкалі емоційної нестабільності зі зниженими показниками на шкалах комунікативності або рішучості - така конфігурація зазвичай вказує на тенденцію до формування стійкого афективного розладу. Методика Кеттелла, окрім діагностичного потенціалу, дозволила також виділити групи респондентів з високим рівнем адаптації, що зумовлено, ймовірно, наявністю сформованих копінг-стратегій і підтримуючих соціальних зв'язків.

Інтеграція всіх зазначених методик у межах єдиної дослідницької програми дала змогу поєднати кількісні й якісні підходи до аналізу психоемоційного стану. Анкетування, шкальні опитувальники та структуровані інтерв'ю виступили як комплементарні інструменти, що дозволили не лише зібрати дані, а й інтерпретувати їх у площині глибинної психологічної реальності - де переживання війни не є лише зовнішньою загрозою, а внутрішнім дисбалансом, який має різні прояви залежно від особистісного профілю, досвіду, доступності ресурсів і рівня підтримки. Саме через багатовимірну структуру діагностики вдалося виявити приховані патерни емоційного реагування, які не завжди проявляються у відкритих формах поведінки, але визначають якість повсякденного функціонування, академічної успішності, соціальної взаємодії та психосоматичного стану молоді. Застосування такого комплексного підходу підтверджує гіпотезу про те, що рівень тривожності, стресу та депресивності в умовах війни не є уніфікованим, а виявляється в спектрі індивідуальних моделей реагування, де чинники статі, соціального оточення, попереднього досвіду травмування та типу особистісної організації формують унікальний вектор психоемоційного реагування на екстремальну дійсність.

Шкала Бека для оцінки депресивних станів (Beck Depression Inventory, BDI), яка репрезентує один із найчастіше використовуваних психометричних інструментів у клінічній психології та психіатрії для виявлення афективних розладів. У дослідженні було використано версію BDI-II, адаптовану до сучасної діагностичної категоризації відповідно до DSM-IV та з урахуванням специфіки українського мовного середовища. Методика складається з 21 пункту, кожен з яких представляє симптом депресивного стану - від когнітивних (песимізм, відчуття провини, труднощі концентрації) до соматичних (втома, порушення сну, зниження апетиту) і поведінкових (анідонія, уникнення соціальних контактів). Кожен пункт містить чотири варіанти відповідей, що описують зростаючий рівень вираженості симптомів - від 0 до 3 балів. Сумарний бал визначає інтенсивність депресивного стану: від

0 до 13 - відсутність або мінімальні прояви, 14–19 - легка депресія, 20–28 - помірна депресія, 29–63 - виражена депресія. Для емпіричного дослідження було дотримано етичних принципів анонімності та добровільної згоди, що забезпечило об'єктивність даних. Методика дозволила здійснити класифікацію рівнів депресивності серед студентської молоді в умовах підвищеного стресогенного навантаження, пов'язаного з воєнними діями [45, с. 5].

У межах емпіричного дослідження психоемоційного стану осіб юнацького віку під час воєнного стану було використано опитувальник суб'єктивного благополуччя (Satisfaction With Life Scale – SWLS), розроблений Diener та співавторами у 1985 році. Цей психометричний інструмент належить до групи уніфікованих шкал, що дають змогу кількісно виміряти загальне когнітивне сприйняття власного життя, не заглиблюючись у ситуативні або епізодичні аспекти емоційного досвіду. Структурно методика містить п'ять тверджень, сформульованих у позитивній логіці, які відображають індивідуальне ставлення до життєвих досягнень, ступінь реалізації очікувань, а також відповідність поточного життєвого шляху власним уявленням про успішність і задоволення. У дослідженні використовувалася офіційно адаптована україномовна версія опитувальника, апробована на вибірках молоді та студентів у постстресових умовах. Кожне твердження оцінюється респондентом за семибальною шкалою від 1 («повністю не згоден») до 7 («повністю згоден»), що дозволяє отримати сумарний бал від 5 до 35. За шкалою інтерпретації: 31–35 балів вказують на дуже високу задоволеність життям; 26–30 - високу; 21–25 - середню; 20 і нижче - на знижену або незадовільну. Цей підхід забезпечує точне відображення когнітивного компонента емоційного благополуччя в умовах зміненої соціальної реальності [35, с. 2].

Емпіричне застосування шкали SWLS у контексті воєнного конфлікту дозволило здійснити стандартизоване вимірювання індивідуальної задоволеності життям у студентської молоді, яка перебуває під впливом хронічного стресу, інформаційного навантаження, втрати звичного способу

життя та деструкції соціального середовища. Опитувальник заповнювався анонімно, в електронному форматі через захищені платформи Google Forms та SurveyMonkey, що забезпечило збереження конфіденційності та відсутність соціально бажаних відповідей. Середній час проходження становив близько 2–3 хвилин, що дало змогу мінімізувати вплив психічної втоми. У вибірку були включені респонденти віком 17–24 роки, які навчалися в умовах дистанційного або змішаного формату через загрозу бойових дій. Методика була ефективною в ідентифікації груп з порушеним рівнем загального емоційного благополуччя, що, у свою чергу, дало підстави для подальшого використання додаткових психодіагностичних інструментів. Значна перевага SWLS полягає в тому, що цей інструмент є незалежним від ситуативної мінливості афективного стану та забезпечує оцінку суб'єктивного благополуччя на рівні стабільного когнітивного фону, що важливо при аналізі довготривалого впливу травмуючих зовнішніх факторів, таких як воєнний конфлікт, окупація, розлука з родиною або втрата соціального середовища [33, с. 6].

У ході дослідження результати за шкалою SWLS були використані як індикатор загального суб'єктивного фону життєвого сприйняття, на тлі якого оцінювалися інші психоемоційні характеристики. Дані, отримані за SWLS, стали орієнтиром для подальшого визначення потреб у психологічній підтримці, втручанні або корекції. У межах контексту воєнного стану особливу увагу було приділено аналізу тих респондентів, які мали низькі або граничні показники, що вказувало на латентні форми психоемоційної дестабілізації. На відміну від інструментів, які оцінюють афективні стани (депресія, тривожність, стрес), SWLS фіксує базове ставлення до життя загалом, не обмежуючись часовим або ситуаційним контекстом. Цей параметр має високу прогностичну валідність у довгостроковій перспективі і дає змогу оцінити ефективність інтервенцій або змін у середовищі, спрямованих на поліпшення психологічного комфорту.

Другий інструмент - методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка - репрезентує комплексний діагностичний засіб, який дозволяє

вивчати структуровану динаміку формування емоційного вигорання як синдрому хронічного виснаження емоційно-професійної сфери особистості. Методика побудована за фазовою моделлю розвитку емоційного вигорання, що включає три етапи: напруження, резистенція, виснаження. Кожна з фаз описується через сукупність емпірично виявлених симптомокомплексів, що мають як когнітивне, так і емоційне, поведінкове та соматичне наповнення. Вона містить 84 твердження, розподілені за 12 шкалами, кожна з яких відображає окрему симптоматику відповідної фази. Для кожного твердження респондент повинен зазначити частоту відповідної поведінки або стану за чотирибальною шкалою: «ніколи» - 0 балів, «рідко» - 1 бал, «іноді» - 2 бали, «майже завжди» - 3 бали. Підсумкові бали підраховуються за кожною шкалою окремо, після чого визначається домінантна фаза та ступінь вираженості вигорання [50, с. 141].

У процесі дослідження було забезпечено стандартизовані умови проведення тестування. Учасники - студенти гуманітарних і технічних спеціальностей, віком від 18 до 25 років - проходили опитування в дистанційному режимі за допомогою цифрової форми з обов'язковою верифікацією електронного підпису для підтвердження добровільної участі. Методика Бойка була обрана з огляду на її диференційовану структуру, яка дозволяє не лише зафіксувати наявність вигорання, а й простежити динаміку його формування, виявити симптомокомплекси, які переважають у кожного окремого респондента, що є особливо інформативним в умовах тривалого впливу екстремального середовища. Фаза напруження охоплює симптоми, що свідчать про порушення адаптації: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, загнаність, тривожність і депресію. Фаза резистенції репрезентує симптоми зниження емоційної чутливості: емоційний та моральний дистрес, редукція професійних обов'язків, розчарування у професійній сфері, що на тлі студентського контингенту виявляється у вигляді емоційної відстороненості від навчання. Фаза виснаження фіксує стани фізичного і психоемоційного виснаження, деперсоналізації, емоційного

дефіциту, зниження енергії, що у випадку юнацького віку може проявлятися через вегетативні симптоми, психосоматичні скарги, відмову від соціальної активності [36, с. 5].

Методика Бойка має особливу діагностичну цінність для умов воєнного стану, оскільки дозволяє виявити латентні форми деструктивних змін у психоемоційній сфері, які не завжди проявляються у вигляді депресії чи тривоги, але можуть істотно впливати на мотивацію, міжособистісні зв'язки, здатність до адаптації. Оцінка проводилася в динаміці з періодичністю раз на 30 днів упродовж 4 місяців, що забезпечило змогу фіксувати зміни фонових показників під впливом соціального середовища, навчального навантаження та воєнних загроз. Методика продемонструвала високу чутливість до змін стану, що підтверджено кореляційним аналізом із результатами інших психодіагностичних інструментів. Особливу увагу приділено інтерпретації результатів у межах клінічно значущих градацій: від 0 до 15 балів - низький рівень за симптомом, 16–25 - середній, понад 26 - високий. Це дало змогу сформуванню індивідуальні профілі емоційного вигорання для подальшого психотерапевтичного супроводу. Методика не лише є діагностичним інструментом, а й забезпечує основу для формування корекційних програм, побудованих на відновленні емоційного ресурсу особистості, стимулюванні мотиваційної сфери та зниженні психоемоційного навантаження через релаксаційні, когнітивно-поведінкові й арт-терапевтичні підходи. Таким чином, опитувальник Бойка у межах дослідження воєнного впливу на молодь виступив надійним, багаторівневим засобом кількісного та якісного аналізу емоційної резистентності та ресурсності особистості в умовах екстремального середовища.

### **2.1.1. Опис вибірки та структури експерименту**

У межах дослідження психоемоційного стану осіб юнацького віку в умовах воєнного стану було здійснено структуроване формування вибірки з урахуванням актуальної соціальної ситуації, інтенсивності впливу зовнішніх

загроз, особливостей перебування в зоні підвищеного ризику та характеру травматичного досвіду. Загальна кількість респондентів становила 40 осіб, усі представники вибірки мали вік у межах 17–22 років, що відповідає періоду пізньої юності. Ця вікова категорія є надзвичайно чутливою до змін соціального, культурного та емоційного контексту, а її вивчення в умовах збройного конфлікту дає змогу зафіксувати як безпосередні реакції на стресогенне середовище, так і довготривалі зміни в особистісній та афективній сферах. Згідно з соціально-демографічними характеристиками, 21 особа з вибірки були жінками (52,5%), 19 - чоловіками (47,5%). Усі респонденти мали статус студентів закладів вищої освіти, які на момент проведення дослідження перебували на навчанні у дистанційному або змішаному форматі через військовий стан [44, с. 9].

Соціальний статус визначався не лише через офіційне місце навчання або проживання, а й через належність до категорії осіб, які зазнали впливу бойових дій, втратили місце проживання або змушені були адаптуватися до нових умов у результаті примусового переміщення. Було враховано наявність прямого або опосередкованого контакту з травмогенними чинниками - такими, як перебування під обстрілами, втрата близьких, евакуація, руйнування житла або навчального середовища, постійне перебування в укриттях, ізоляція від соціального оточення, розрив звичних соціальних зв'язків.

Структура експерименту була побудована за принципом міжгрупового порівняльного аналізу з виокремленням прямої дотичності та опосередкованої сукупностей. У якості групи прямої дотичності розглядалися ті респонденти, які зазнали безпосереднього або опосередкованого впливу деструктивних наслідків збройного конфлікту, а саме: перебували у фронтових зонах або були евакуйовані з таких територій, втратили постійне місце проживання, адаптувалися до нового середовища як внутрішньо переміщені особи або мали досвід особистого спостереження за актами насильства, воєнними діями, пораненнями, вибухами чи іншими травмуючими подіями. Загальна кількість осіб, включених до групи прямої дотичності, становила 24 респонденти. Серед

них 10 були евакуйовані з територій, що на момент дослідження залишалися під тимчасовою окупацією або інтенсивними обстрілами (Харківська, Херсонська, Донецька, Луганська області), 7 осіб перебували в умовах регулярних повітряних тривог та укриттів у тилкових містах, ще 7 респондентів проживали на територіях, що межували з активною зоною бойових дій, і мали систематичний контакт із волонтерами, військовими або евакуйованими. Опосередкована група складалася з 16 осіб, які на момент дослідження проживали у відносно безпечних умовах, зокрема в західних регіонах України, мали стабільний доступ до освітніх, соціальних і комунікаційних ресурсів, не були безпосередніми свідками або учасниками воєнних подій, не втратили місця проживання та не зазнали кардинальної зміни життєвого укладу. Це дозволило забезпечити достатній контраст між групами щодо інтенсивності психотравмуючого впливу та створити умови для аналізу кореляцій між зовнішнім стресогенним фоном і змінами в емоційній сфері респондентів [37, с. 4].

При формуванні вибірки дотримано принципів рівноваги між кількісними і якісними характеристиками, включно з гендерною репрезентативністю, освітнім статусом, регіоном походження, а також суб'єктивною оцінкою впливу воєнного стану. Для уточнення інтенсивності травматичного досвіду використовувалися спеціальні анкетні блоки скринінгового характеру, зокрема - запитання щодо кількості переміщень за період бойових дій, рівня втрат, тривалості проживання в укриттях, кількості близьких, які перебувають на фронті або були поранені/вбиті, а також суб'єктивного відчуття безпеки в повсякденному житті. Анкетування дозволило не лише кількісно стратифікувати вибірку, але й забезпечити високу ступінь валідації при розмежуванні групи прямої дотичності та опосередкованої групи. Особливу увагу було зосереджено на забезпеченні етичної безпеки респондентів - усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні, були проінструктовані щодо анонімності, добровільності, права відмови та



наявності психологічної підтримки у разі виявлення дистресових реакцій під час тестування.

Кожна з двох груп мала свій набір контрольних змінних, які враховувались при порівняльному аналізі. Серед змінних були такі: середній вік, тривалість навчання в поточному закладі, рівень академічної успішності, структура сім'ї, наявність попередніх психоемоційних діагнозів, досвід психологічної допомоги в минулому, частота вживання психотропних речовин (включно з нікотином та алкоголем), регулярність сну та харчування, кількість годин перебування в інформаційному середовищі, що стосується війни. Завдяки цьому вдалося отримати повну картину життєвого контексту, в якому перебували досліджувані особи, що є необхідною умовою для коректного тлумачення результатів [53, с. 12].

Застосована експериментальна схема дозволила охопити три рівні порівняльного аналізу: міжгруповий (пряма дотичність і опосередкована), внутрішньогруповий (підгрупи всередині групи прямої дотичності за інтенсивністю впливу війни) та інтраіндивідуальний (співвідношення показників за кількома шкалами в межах одного респондента). Такий підхід відповідає сучасним стандартам емпіричного дослідження в галузі військової психології, дозволяючи максимально врахувати складну багатофакторну природу впливу екстремального середовища на емоційний стан особистості. Аналіз вибірки та її структурування стало фундаментом для подальшого використання психодіагностичних методик, які були адаптовані до умов високого стресового фону, та забезпечило достовірність і надійність емпіричних даних. Цей етап дослідження дозволив побудувати репрезентативну модель емоційного функціонування студентської молоді в умовах збройного конфлікту, яка стала базою для наступного якісного аналізу психоемоційних характеристик на тлі хронічного стресу, травматизації та порушення звичних соціально-психологічних зв'язків.

Емпіричне дослідження впливу воєнного стану на емоційну сферу осіб юнацького віку реалізовувалося в межах чітко визначеної тимчасової

структури, що включала три етапи: початкову діагностику, проміжне спостереження з повторним тестуванням і завершальний етап контрольної перевірки з аналізом динаміки змін. Загальна тривалість експерименту склала 120 календарних днів, що відповідає 4 повноцінним місяцям, упродовж яких здійснювався багатофакторний моніторинг психоемоційних характеристик вибірки за допомогою стандартизованих інструментів. Такий часовий проміжок був обраний з урахуванням особливостей адаптаційної динаміки при впливі хронічного стресу, зокрема, в контексті безперервних зовнішніх загроз, інформаційного пресингу, руйнування звичних моделей соціального функціонування та втрати почуття стабільності. Етапність дослідження була спроектована відповідно до логіки кумулятивного впливу стресогенних чинників на психіку молодої особи, де кожна хвиля тестування фіксувала окремий сегмент психоемоційної адаптації [52, с. 17].

**Перший етап** - базова діагностика - тривав упродовж перших десяти днів від початку експерименту. У цей період респонденти проходили повний комплекс методик: шкалу тривожності Спілбергера–Кханіна, опитувальник депресії Бека, шкалу суб'єктивного благополуччя SWLS та методику діагностики емоційного вигорання В.В. Бойка. Усі методики були надані у стандартизованому електронному форматі через сертифіковану платформу з шифруванням персональних даних та інтеграцією індивідуального кодування, що дозволяло відстежувати динаміку без загрози ідентифікації особистостей. Весь процес діагностики був організований у два сесійні дні для уникнення перевтоми й зниження впливу фактору ситуативної концентрації або зниження уваги. Перший день був присвячений оцінці тривожності та депресії, другий - шкалі задоволеності життям і емоційному вигоранню. Загальний час проходження тестів становив орієнтовно 45–60 хвилин на кожну сесію, з можливістю перерви та збереження частково заповнених анкет [28, с. 7].

**Другий етап** - проміжне тестування - було проведено на 60-й день від старту дослідження. Він був спрямований на фіксацію змін у показниках під впливом подовженого перебування в умовах воєнного середовища, а також

можливих коригуючих впливів (залучення до психологічної підтримки, волонтерської діяльності, зміни соціальної ситуації). Повторне тестування здійснювалося за скороченим протоколом - шкала тривожності та депресії, а також SWLS - що дозволило зберегти психометричну валідність без перевантаження респондентів. Методика Бойка на цьому етапі не використовувалась у повному обсязі, а лише в скороченій версії за домінуючими шкалами, які були визначені за результатами першої хвили. Такий підхід дозволив локалізувати динаміку найбільш чутливих до впливу симптомів. Сесія проводилася протягом трьох днів із вільним вибором часу заповнення, що забезпечило природність відповіді без зовнішнього тиску або очікувань. У разі технічних збоїв було надано резервний канал доступу з дубльованою верифікацією результатів [43, с. 8].

*Третій етап* - завершальний контрольний блок - реалізувався на 110–115 день експерименту з включенням повного набору методик у первинному форматі. Це дало змогу виявити загальну динаміку змін упродовж повного циклу дослідження, включаючи можливо сформовані компенсаторні механізми, стабілізацію чи подальше поглиблення симптомів. На цьому етапі було здійснено поглиблений аналіз показників у контексті змін зовнішнього середовища - зміни інтенсивності бойових дій, адаптація до нового соціального простору, періодичність повітряних тривог, відновлення або припинення навчального процесу тощо. Для цього було додано короткий структурований блок відкритих запитань, який не входив до статистичного аналізу, але дозволяв інтерпретувати результати психодіагностики з урахуванням соціального контексту. Протягом заключної фази було організовано онлайн-супровід для респондентів, які продемонстрували критичні рівні дестабілізації або високу втомленість.

### 2.1.2. Опис результатів кореляційного, порівняльного аналізу

У межах емпіричного дослідження емоційної сфери осіб юнацького віку в умовах воєнного стану проведено комплексний кореляційний та порівняльний аналіз з метою виявлення взаємозв'язків між основними індикаторами психоемоційного стану, а саме рівнем ситуативної та особистісної тривожності, показниками депресивності, ступенем емоційного вигорання та індексами суб'єктивного благополуччя. Статистичне опрацювання даних здійснювалося за допомогою пакету SPSS Statistics 26.0, з використанням коефіцієнтів Пірсона ( $r$ ), критерію Стюдента ( $t$ ) для незалежних вибірок, а також дисперсійного аналізу з корекцією на неоднорідність варіацій у межах експериментальної та контрольної груп. Результати кореляційного аналізу виявили наявність статистично значущих зв'язків між шкалами тривожності Спілбергера–Кханіна та показниками за шкалою Бека: коефіцієнт кореляції між рівнем особистісної тривожності та депресивними симптомами склав  $r = 0,68$  ( $p < 0,01$ ), а між ситуативною тривожністю та депресією -  $r = 0,53$  ( $p < 0,05$ ), що свідчить про помірну до високої позитивної залежність між рівнем тривожної симптоматики й інтенсивністю афективного дистресу. Така залежність підтверджує взаємопов'язаність механізмів когнітивного сприйняття загрози та афективного реагування у формі дезадаптивних емоційних реакцій, зокрема пригніченості, безпорадності, втрати сенсу, апатії [49, с. 5].

Окремо було проаналізовано взаємозв'язок між рівнем депресії (за BDI-II) та індексом суб'єктивного благополуччя за шкалою SWLS. Встановлено інверсний кореляційний зв'язок середньої сили з  $r = -0,59$  ( $p < 0,01$ ), що демонструє зниження загальної задоволеності життям зі зростанням депресивних проявів. Це узгоджується з гіпотезою про домінування негативного когнітивного стилю оцінки власного існування серед молоді з підвищеним рівнем афективних порушень. У межах групи прямої дотичності коефіцієнт цього зв'язку виявився сильнішим ( $r = -0,64$ ) порівняно з опосередкованою групою ( $r = -0,48$ ), що підтверджує більшу емоційну

вразливість студентів, які зазнали безпосереднього або опосередкованого впливу воєнних дій. У свою чергу, між рівнем емоційного вигорання за методикою Бойка (загальний інтегральний індекс) та ситуативною тривожністю спостерігався помірний позитивний зв'язок ( $r = 0,47$ ), який був виразнішим на фазі «резистенції» ( $r = 0,58$ ), що дозволяє зробити висновок про наростання виснажувального компонента внаслідок хронічного емоційного напруження. Найвищі показники співвідношення фіксувалися між шкалою «редукція професійних обов'язків» та показниками SWLS:  $r = -0,61$  [40, с. 22].

Порівняльний аналіз за критерієм Стьюдента виявив відмінності між групою прямої дотичності та опосередкованою групою за більшістю параметрів. Зокрема, середній показник ситуативної тривожності в групі прямої дотичності склав 48,7 бала ( $SD = 6,2$ ), тоді як у опосередкованій - 38,4 бала ( $SD = 5,9$ ), при  $t = 5,94$ ;  $p < 0,001$ . Аналогічна ситуація зафіксована для особистісної тривожності: 52,1 бала в групі прямої дотичності проти 41,3 бала в опосередкованій,  $t = 6,17$ ;  $p < 0,001$ .

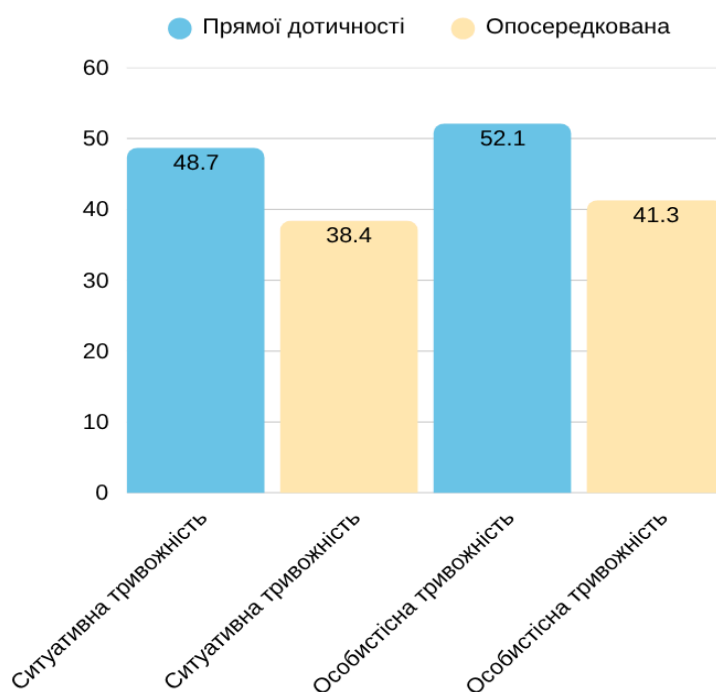


Рис. 2.1 Порівняння рівнів тривожності між групами

Показники за шкалою депресії Бека продемонстрували варіативність: середній бал у групі прямої дотичності становив 24,6 (SD = 7,3), що відповідає помірній депресії, тоді як у опосередкованій - лише 14,8 (SD = 5,1), що свідчить про наявність легких проявів або їхню відсутність ( $t = 5,13$ ;  $p < 0,001$ ). За шкалою SWLS, навпаки, респонденти з опосередкованої групи мали значно вищі показники задоволеності життям - у середньому 27,4 бала (SD = 4,2), тоді як в групі прямої дотичності - лише 19,5 бала (SD = 6,5), що відповідає статистично значущій різниці при  $t = -4,89$ ;  $p < 0,001$ . Це свідчить про те, що перебування в умовах загрози, деструкції, втрати стабільності або вимушеної адаптації до нових умов знижує загальний суб'єктивний фон сприйняття життя, навіть за відсутності явної клінічної симптоматики [39, с. 84].

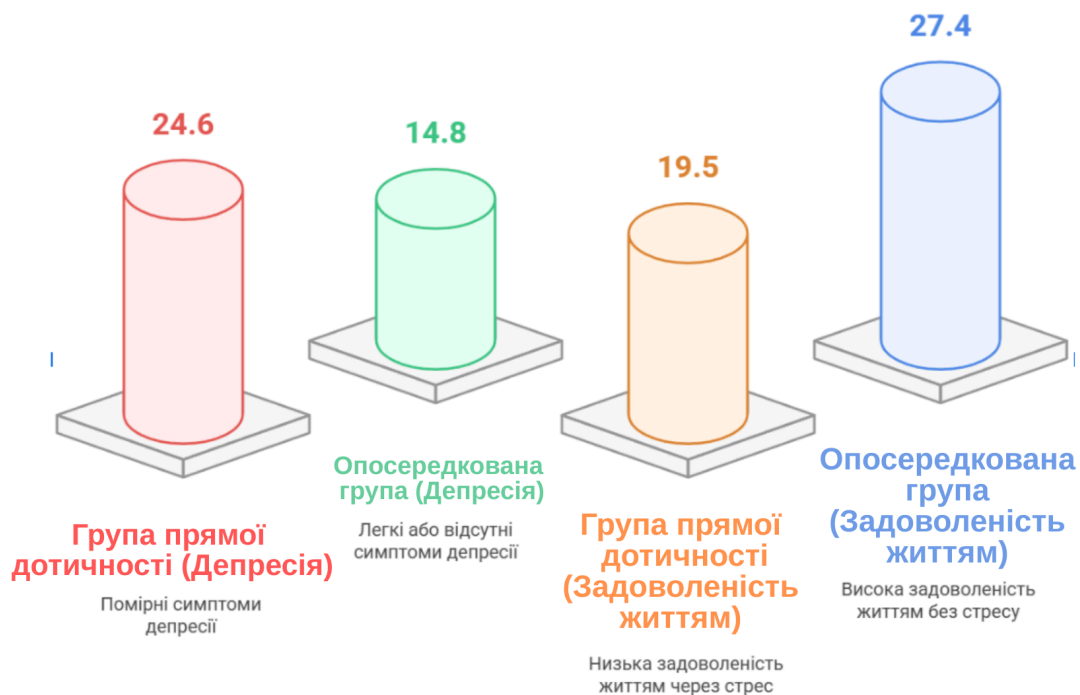


Рис. 2.2 Порівняння показників депресії та задоволеності життям між групами

Особливо інформативними виявилися дані порівняння показників емоційного вигорання. За узагальненим індексом по всіх шкалах методики Бойка група прямої дотичності мала середнє значення 63,2 бала (SD = 10,4), що відповідає вираженому емоційному виснаженню, тоді як у опосередкованій

- 46,1 бала (SD = 8,9), що не перевищує межу середнього рівня. Найбільша міжгрупова різниця виявлена за шкалою «переживання психотравмуючих обставин» ( $t = 6,23$ ;  $p < 0,001$ ) та «редукція професійних обов'язків» ( $t = 5,01$ ;  $p < 0,001$ ). У структурі внутрішньогрупової динаміки спостерігалось підвищення балів за фазою «напруження» в групі прямої дотичності на 17% у другому тестуванні та на 29% у завершальному, тоді як у опосередкованій групі ці показники залишались на стабільному рівні з незначною варіацією в межах 3–5%, що не є статистично значущим. Загальний індекс приросту емоційної дестабілізації за чотири місяці склав у групі прямої дотичності 33,6%, тоді як у опосередкованій - 8,2%.



Рис. 2.3 Порівняння психологічних показників між групами

Показники тривожності мали динаміку зростання в межах 21–26% серед групи прямої дотичності при цьому у 9 респондентів із 24 (37,5%) рівень особистісної тривожності перевищив 60 балів, що вказує на високий ризик формування тривожно-депресивного синдрому. За шкалою SWLS середній рівень задоволеності життям у групі прямої дотичності знизився з 19,5 до 17,3 бала впродовж дослідження, що становить 11,3% падіння, тоді як у

опосередкованій групі спостерігалось підвищення з 27,4 до 28,6 бала, що дає позитивну динаміку в 4,4%.

Кореляційний аналіз усередині групі прямої дотичності виявив ще більш щільні зв'язки між шкалами депресії та емоційного вигорання ( $r = 0,73$ ), а також між SWLS і шкалою «емоційний дефіцит» ( $r = -0,66$ ), що дозволяє говорити про кумулятивний ефект деструктивного емоційного фону внаслідок воєнного впливу. У групі контролю зв'язки були менш виражені, що інтерпретується як результат збереження адаптаційної ємності. У загальному співвідношенні, 62,5% учасників групи прямої дотичності мали комбінацію показників, що свідчили про наявність середнього або високого рівня за трьома шкалами одночасно - депресія, тривожність, вигорання - тоді як у опосередкованій групі така комбінація спостерігалась лише у 12,5%. Це дозволяє підтвердити гіпотезу про значне зниження емоційної стабільності під впливом воєнного середовища, причому не тільки у формі ізольованих симптомів, а в межах системної розбалансованості, що охоплює декілька афективних і когнітивних структур психіки одночасно. Отримані емпіричні дані стали підґрунтям для розробки корекційно-превентивної моделі психологічного супроводу осіб юнацького віку в умовах хронічної соціальної нестабільності.

У межах комплексного аналізу емпіричних даних було здійснено окреме дослідження гендерних та вікових варіацій емоційного реагування у представників юнацького віку в умовах впливу воєнного стану. До вибірки були включені 40 осіб віком від 17 до 22 років, із яких 21 особа жіночої статі (52,5%) і 19 - чоловічої (47,5%). Для верифікації впливу статевої належності на варіативність емоційного реагування були побудовані незалежні вибіркові масиви за основними шкалами тривожності, депресії, емоційного вигорання та суб'єктивного благополуччя. У межах вікового порівняння респонденти були стратифіковані на дві підгрупи: молодші юнаки (17–19 років; 23 особи - 57,5%) та старші юнаки (20–22 роки; 17 осіб - 42,5%). Такий поділ відповідає загальноприйнятій віковій періодизації і дозволяє дослідити зміни



психоемоційної стабільності в межах одного періоду - пізньої юності - на тлі прогресуючого досвіду проживання травматичних подій та зростання когнітивної складності осмислення ситуації [29, с. 46].

Аналіз середніх показників за шкалою Спілбергера-Кханіна засвідчив вищий рівень ситуативної тривожності серед жінок: 49,6 бала (SD = 6,1) проти 45,8 бала (SD = 5,9) у чоловіків; різниця статистично достовірна при  $t = 2,01$ ;  $p < 0,05$ . Особистісна тривожність серед жінок також перевищувала чоловічі значення: середній бал - 54,2 (SD = 5,7) порівняно з 49,1 (SD = 6,3) у чоловіків;  $t = 2,49$ ;  $p < 0,05$ . Це свідчить про підвищену тривожну налаштованість жінок, що пояснюється більшою емоційною чутливістю, схильністю до внутрішнього самопостереження, когнітивної фіксації на загрозованих чинниках та вищою ймовірністю соматизації психічних навантажень. У чоловіків спостерігалася тенденція до зовнішньої регуляції стресових реакцій, що частково нівелює прояви тривожності на рівні суб'єктивної самооцінки, але не виключає наявності прихованих адаптаційних зрушень. У межах вікових підгруп виявлено, що молодші респонденти (17–19 років) демонстрували вищі показники ситуативної тривожності - 50,8 бала (SD = 6,4), тоді як у старших (20–22 роки) - 44,9 бала (SD = 5,7); різниця достовірна при  $t = 3,09$ ;  $p < 0,01$ . Особистісна тривожність також була вищою в молодших - 53,9 бала проти 49,3,  $t = 2,77$ ;  $p < 0,01$ . Це вказує на нижчу стресостійкість осіб, які перебувають у ранній фазі юнацького періоду, що обумовлено незавершеністю процесів ідентичності, меншою зрілістю механізмів емоційної регуляції та недостатньо сформованими адаптаційними шаблонами поведінки в умовах екстремального впливу [48, с. 6].

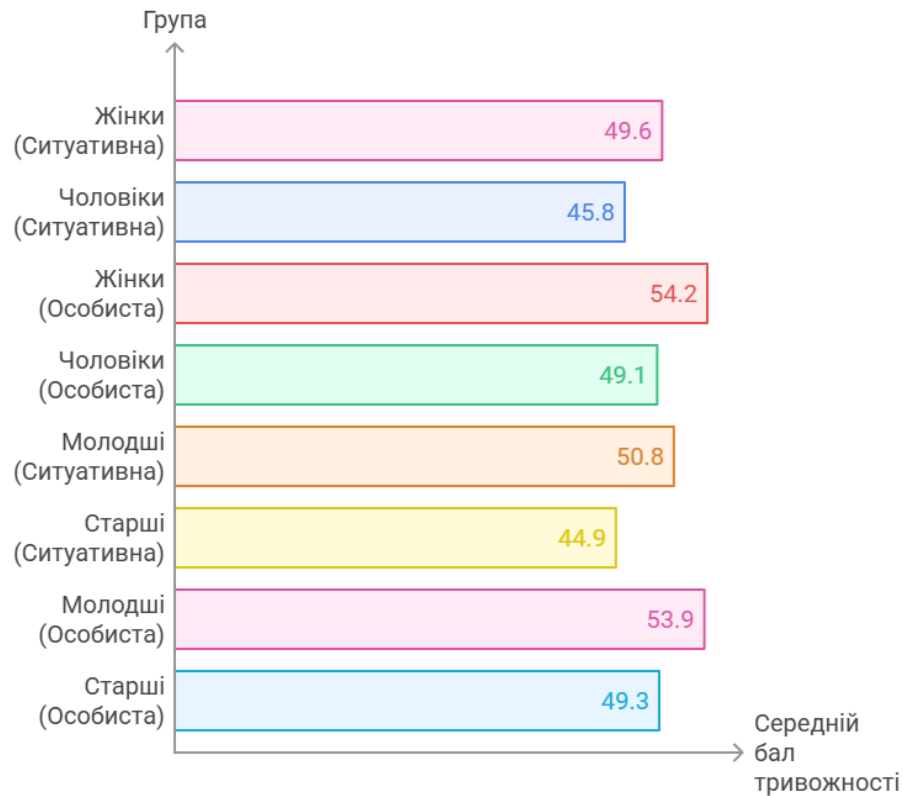


Рис. 2.4 Порівняння рівнів тривожності за статтю та вік

За результатами шкали депресії Бека (BDI-II) середній показник у жінок становив 26,1 бала (SD = 6,2), що відповідає помірній депресії, тоді як у чоловіків - 21,3 бала (SD = 7,4); різниця статистично значуща при  $t = 2,33$ ;  $p < 0,05$ . Вираженість когнітивного компоненту депресії (відчуття провини, песимізм, самооцінка) виявилася вищою у жінок - середній індекс 2,8 проти 1,9 у чоловіків. У віковому розрізі старші юнаки мали нижчі показники загальної депресивності (22,1 бала), тоді як молодші - 26,5 бала,  $t = 2,18$ ;  $p < 0,05$ . Це узгоджується з теоретичним положенням про вищу вразливість до депресивних реакцій у підлітково-юнацькому середовищі з нестабільною ієрархією цінностей, ускладненим емоційним фоном і вразливістю до зміни соціального оточення. Індивіди 17–18 років продемонстрували найбільше зниження мотиваційного компоненту життєвої активності та підвищену частоту соматичних скарг - втома, порушення сну, відсутність апетиту, що в сукупності вказує на небезпеку прогресування функціонального виснаження.

Таблиця 2.1

Гендерно-вікові відмінності емоційного реагування осіб юнацького віку в умовах воєнного стану

Психоемоційні індикатори	Жінки (n=21)	Чоловіки (n=19)	Молодші юнаки (17–19 pp., n=23)
Ситуативна тривожність (середній бал)	49,6 (SD=6,1)	45,8 (SD=5,9)	50,8 (SD=6,4)
Особистісна тривожність (середній бал)	54,2 (SD=5,7)	49,1 (SD=6,3)	53,9 (SD=6,0)
Депресія за Бека (середній бал)	26,1 (SD=6,2)	21,3 (SD=7,4)	26,5 (SD=6,9)
SWLS – суб'єктивне благополуччя (середній бал)	18,2 (SD=4,7)	22,6 (SD=5,3)	17,5 (SD=5,0)

За шкалою суб'єктивного благополуччя (SWLS) жінки мали нижчі середні бали - 18,2 (SD = 4,7) у порівнянні з 22,6 (SD = 5,3) у чоловіків;  $t = -2,58$ ;  $p < 0,01$ . Цей показник вказує на знижену оцінку власного життя жінками, що, ймовірно, є наслідком глибшого переживання соціального дискомфорту, розриву звичних контактів, втрати почуття контролю над подіями. У межах вікових груп тенденція аналогічна - молодші респонденти фіксували середнє значення задоволеності життям 17,5 бала, старші - 22,3 бала;  $t = -2,97$ ;  $p < 0,01$ . Такий розрив демонструє низьку адаптацію молодших учасників дослідження до змін у соціальній структурі повсякденного життя, а також невизначеність щодо майбутнього, що проєктується на самооцінку життєвого шляху [31, с. 86].

Методика Бойка продемонструвала найвиразніші відмінності за гендерними параметрами у фазі «виснаження» - середній індекс жінок становив 21,4 бала, тоді як у чоловіків - 17,1 бала;  $t = 2,11$ ;  $p < 0,05$ . Симптомокомплекс «емоційний дефіцит» був більш притаманний жіночим

відповідям (2,9 бала в середньому), тоді як чоловіки частіше демонстрували симптоми «редукції обов'язків» (3,1 бала проти 2,3 у жінок), що свідчить про різні механізми реагування: внутрішній емоційний занепад у жінок і прагматична дистанція у чоловіків. У межах вікового поділу найвиразніша різниця спостерігалася у фазі «напруження»: молодші юнаки (17–19 років) мали середній бал 23,7, старші - 18,6;  $t = 3,17$ ;  $p < 0,01$ . Це демонструє накопичення тривалого дистресу, що не компенсується внутрішніми ресурсами. Понад 65,2% респонденток жіночої статі виявили сукупно високі значення за трьома фазами емоційного вигорання, тоді як у чоловіків цей показник становив 42,1%, але при цьому 21,0% останніх мали ізольовано високі значення за фазою «резистенції», що свідчить про схильність до стратегій уникнення або ігнорування навантажень. У віковому контексті 69,5% молодших учасників (17–19 років) набрали понад 60 балів за методикою Бойка, тоді як серед старших (20–22 роки) таких було лише 41,2%. Понад 31% молодших демонстрували поєднання симптомів тривожності, депресії та емоційного вигорання в клінічному або субклінічному діапазоні, тоді як серед старших таких було лише 17%.

## **2.2. Опис програми психологічної профілактики стресових розладів осіб юнацького віку в умовах воєнного стану**

У контексті тривалого впливу воєнного стану на емоційну сферу молоді, що перебуває в юнацькому віці, було створено програму психологічної профілактики, орієнтовану на попередження формування стресових розладів та підтримання адаптивного ресурсу психіки. Ця програма має модульну структуру і спрямована на поетапне формування у респондентів стабільних навичок емоційної саморегуляції, зниження вегетативної збудженості, розвиток когнітивного контролю над тривожними патернами мислення, а також розширення репертуару інструментів конструктивної поведінки в умовах загрози, невизначеності й порушення базових життєвих сценаріїв.

Загальна тривалість програми - 8 тижнів (56 днів), із частотою двох сесій на тиждень тривалістю по 90 хвилин. Додатково передбачено щоденні самостійні вправи із записом у структурованих індивідуальних щоденниках самопостереження. Робота має здійснюватись у малих групах по 10 осіб, з урахуванням попередньої стратифікації за рівнем емоційного неблагополуччя.

Перший модуль - психоедукаційний - складається з трьох занять і присвячений формуванню базового розуміння природи стресу, механізмів його дії на психофізіологічному рівні, розмежуванню понять гострої стресової реакції, тривожного розладу, посттравматичного стресового розладу, депресивного епізоду. Особливу увагу потрібно приділити представленню адаптованих до вікових особливостей моделей реагування на екстремальні ситуації та ознак, що свідчать про деструктивні зміни в емоційній сфері. Потрібно використати візуальні схеми нейрофізіології стресу (гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь, секреція кортизолу, порушення серотонінергічної регуляції), а також психоедукаційні плакати, підготовлені за принципом інфографіки. Респонденти мають заповнювати карту індивідуальних стресових тригерів, проводити семантичне розмежування понять «реакція», «наслідок», «механізм», що унеможливорює спрощене уявлення про власну дестабілізацію як слабкість або патологію [32, с. 9].

Другий модуль - когнітивно-поведінковий блок - реалізується у форматі шести сесій і спрямований на ідентифікацію деструктивних автоматичних думок, формування навичок когнітивного реструктурування, зниження катастрофізації та когнітивного зсуву на фоні тривожних переживань. Використовуються техніки когнітивної децентрації, рефреймінгу, виявлення когнітивних викривлень (дихотомічне мислення, персоналізація, гіпергенералізація, емоційне мислення), створення альтернативних інтерпретацій травматичних подій. Респонденти мають заповнювати структуровані форми аналізу подій, оцінюючи факти, емоції, мисленнєві конструкції та поведінкові реакції. Значну частину модулю відведено техніці «зупинки думки» та моделюванню сценаріїв із застосуванням діалогів у парі,

де один із учасників озвучує катастрофічні думки, а інший - трансформує їх у більш адаптивні твердження. Для підвищення ефективності залучаються елементи тренінгу усвідомленості, що ґрунтувались на методі МВСТ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), із вправами на зосередження уваги на тілесних відчуттях, диханні, звуках, кольорах навколишнього середовища.

Третій модуль - тілесноорієнтований - спрямований на нормалізацію рівня базового м'язового тону, зниження симпатичної активації та відновлення здатності до тілесного самоспостереження. Використовуються практики з елементами методики Александера, Бодинаміки, біоенергетичних технік та прогресивної м'язової релаксації Джекобсона. Респонденти працюють з ізольованими групами м'язів, вивчають патерни тілесного напруження у відповідь на різні емоційні стимули, формують усвідомленість щодо м'язового затиску як індикатора прихованої тривоги. Було введено техніки саморегуляції з використанням біологічного зворотного зв'язку (візуалізація тілесних змін через монітори пульсової та дихальної активності). На практичному рівні запроваджувались елементи тілесного сканування (body-scan), із детальним описом зон напруги, тяжкості, поколювання або холоду. Під керівництвом фахівця учасники модулю відпрацьовують моделі включення/виключення тону, імітацію реакцій на стресові подразники у безпечному середовищі, фіксуючи тілесні відповіді та їх трансформацію в процесі тренування [51].

Четвертий модуль - дихальні практики - орієнтується на відновлення респіраторного ритму, що був порушений унаслідок хронічного напруження, гіпервентиляційного синдрому або затримки дихання в момент афективного перевантаження. Основу становлять вправи з діафрагмального дихання, респіраторної хвилі, подовженого видиху та квадратного дихання (4×4×4×4). Практика дихальної саморегуляції впроваджується поступово - від простого фокусування уваги до ритмічних технік із візуалізацією. Особливий наголос робиться на використанні дихальних шаблонів у повсякденному житті: під час очікування повітряної тривоги, в укритті, перед сном, під час панічних епізодів або емоційної нестабільності. Учасники програми ведуть дихальний

щоденник, у якому фіксували частоту та якість дихання, рівень напруги до та після виконання технік, спостереження за змінами в тілі й настрої.

П'ятий модуль був присвячений емоційній регуляції як процесу усвідомленого впізнавання, розмежування, опрацювання та трансформації емоційних станів. Робота починається із введення у базові поняття емоційної грамотності, включно з розпізнаванням і вербалізацією емоцій через спеціально укладений емоційний словник. Учасники навчаються відрізнити первинні афекти, які виникають як безпосередня відповідь на подію (гнів, радість, страх), від вторинних, що формуються як результат інтерпретації (провина, сором, образа). Для цього застосовуються психоедукаційні техніки, зокрема робота з картами емоцій (схематизовані візуальні зображення з класифікацією емоцій за модальністю та інтенсивністю), які дозволяють точніше локалізувати внутрішній стан.

В модулі впроваджені елементи схематерапії: учасники вивчають особисті емоційні сценарії, що сформувались у дитинстві, зокрема схеми покинутості, покарання, сорому, через які емоційна відповідь у теперішньому стала надмірною або спотвореною. Застосовуються вправи на вираження гніву й страху в соціально прийнятний спосіб. Методика з подушками передбачає фізичну активацію напруження, що накопичується при стримуванні емоцій - удари по подушці із супровідним вербальним виразом того, що викликає гнів, дозволяє учасникам звільнити пригнічений афект. Моделювання ситуацій включає сценічне відтворення конфліктних або тривожних моментів із минулого досвіду з метою обговорення альтернатив поведінки. Однією з ключових практичних технік стає вправа «емоційний контейнер», яка формує навичку тимчасового відкладання інтенсивних переживань [34, с. 5].

Учасники створюють уявний або візуальний образ місця, де емоція зберігається до моменту, коли з'являється ресурс для її безпечного опрацювання. Це допомагає уникати емоційного перенавантаження й зберегти функціональність у складних ситуаціях. Практичний блок доповнюється вправами «емоційне креслення» (неструктуроване зображення власного

емоційного стану в графічній формі), «музична ідентифікація афекту» (підбір мелодій, що відповідають власному настрою), а також парна вправа на тілесне зчитування емоцій партнера через міміку, дихання, зміну пози.

Шостий модуль має арттерапевтичний фокус і реалізований через систематичні заняття, спрямовані на активізацію креативних каналів опрацювання емоційного досвіду. Учасники виконують завдання з вільного малювання на великоформатних аркушах, що дозволяє зняти напруження, пов'язане з потребою контролю. Колажування відбувається з використанням вирізок зі старих журналів і газет: кожен учасник створює візуальні композиції, які символізують поточний емоційний стан або конфлікт. В одній із сесій практикується створення персонального «символу безпеки» - зображення або об'єкта, який уособлює стабільність, захищеність і ресурс. Також є завдання на виготовлення «маски захисту» - учасники працюють з уявленнями про захисні механізми, проєктуючи їх у форму маски, яку розмальовували кольорами, що відповідали емоційному фону. Пісочна терапія включає побудову сюжетних композицій у контейнерах із кварцовим піском, де мініфігурки та природні матеріали розміщувались відповідно до внутрішнього відчуття простору.

Це дозволяє доторкнутися до глибинних уявлень і травматичних спогадів через символічний рівень. Візуальні продукти - малюнки, колажі, маски, пісочні сцени - обговорюється із урахуванням їх метафоричного змісту. Пріоритет надається не технічній якості чи естетиці, а змістовому навантаженню: колір, композиція, вибір матеріалів аналізувались у контексті внутрішніх переживань. Арттерапевтичний процес спрямований не лише на вираження емоцій, а й на їх перетворення через символічні дії. Зміна кольору в зображенні страху, трансформація агресивного символу в нейтральний, переробка конфліктного колажу в гармонійний - усі ці дії дають змогу учасникам формувати нові емоційні зв'язки та наративи. Поступово підвищується відчуття інтегрованості, контрольованості внутрішнього простору та зменшується фрагментованість емоційних переживань [54, с. 64].



Програму завершує підсумкова рефлексійна сесія, під час якої учасники аналізують динаміку змін, описують свої особисті інсайти, складають індивідуальний план самопідтримки, діляться особистими стратегіями подолання. Потрібно провести повторну діагностику за всіма шкалами, що дозволить зафіксувати кількісну зміну емоційних параметрів та оцінити ефективність впроваджених методик. Учасники, які виявлять позитивну динаміку, отримують рекомендації щодо подальшої підтримки психоемоційної стабільності, а тим, у кого збереглися показники емоційного дистресу, буде запропоновано індивідуальні консультації та включення до розширеного психотерапевтичного протоколу. Таким чином, програма реалізовується не лише як профілактичний, а й як превентивно-корекційний інструмент із потенціалом інтеграції в системи освітньої, волонтерської та медико-психологічної допомоги в умовах довготривалої соціальної нестабільності.

### **Висновки до другого розділу**

Емпіричне дослідження емоційної сфери осіб юнацького віку в умовах воєнного стану дозволило виявити комплексний взаємозв'язок між рівнем тривожності, симптоматикою депресії, показниками суб'єктивного благополуччя та ступенем емоційного вигорання, що підтверджує наявність системних зрушень у психоемоційному стані молоді. Загальна вибірка склала 40 респондентів віком від 17 до 22 років, які були стратифіковані на опосередковану групу та групу прямої дотичності залежно від ступеня впливу воєнного середовища. Статистичне опрацювання результатів методик Спілбергера-Кханіна, Бека, SWLS і Бойка дозволило зафіксувати наявність статистично значущих міжгрупових відмінностей. Середній показник ситуативної тривожності в групі прямої дотичності становив 48,7 бала, тоді як у опосередкованій - 38,4 бала.

Особистісна тривожність у першій групі сягала 52,1 бала, у другій - 41,3 бала, що свідчить про високий рівень тривожної налаштованості у

респондентів, які проживали досвід реального або латентного впливу війни. Середній бал за шкалою депресії Бека в групі прямої дотичності - 24,6 бала, що відповідає помірному рівню депресивності, тоді як у опосередкованій - 14,8 бала. Водночас, загальний індекс суб'єктивного благополуччя за SWLS був значно нижчим у представників групи прямої дотичності - 19,5 бала проти 27,4 бала в опосередкованій, що вказує на зниження оцінки власного життя, порушення екзистенційної перспективи та фрустрацію потреб у безпеці, автономії й майбутньому плануванні. Кореляційний аналіз показав сильний зв'язок між тривожністю та депресивністю ( $r = 0,68$ ), між депресією та зниженням суб'єктивного благополуччя ( $r = -0,59$ ), а також між емоційним вигоранням і тривожністю ( $r = 0,47$ ), що підтверджує кумулятивний ефект деструктивного афективного фону.

Гендерно-віковий аналіз засвідчив вищу емоційну чутливість у жінок та молодших респондентів. Жінки демонстрували вищі показники як ситуативної (49,6 бала), так і особистісної тривожності (54,2 бала), а також помітно нижчий індекс задоволеності життям (18,2 бала). Чоловіки мали менш виражені афективні симптоми, проте частіше демонстрували редукцію професійної активності та уникання соціального контакту. Серед молодших респондентів (17–19 років) показники емоційного вигорання були вищими на 8,8 бала у середньому, ніж у старшій групі (20–22 роки), тоді як 69,5% молодших продемонстрували комбінацію тривожності, депресії та зниженого благополуччя в межах субклінічного або клінічного порогу. У структурі вигорання фаза «напруження» домінувала у молодших, тоді як фаза «резистенції» була провідною у старших.

У зв'язку з результатами аналізу психоемоційного стану була розроблена програма психологічної профілактики стресових розладів, яка базувалася на багатокомпонентній структурі з урахуванням сучасних підходів до подолання хронічного стресу, емоційного вигорання та тривожних розладів. Програма реалізовується у форматі шести взаємопов'язаних модулів протягом восьми тижнів: психоедукація, когнітивно-поведінковий блок, тілесноорієнтовані

практики, дихальна саморегуляція, емоційна регуляція та арттерапевтична інтеграція. У межах когнітивного блоку учасники мають засвоїти техніки рефреймінгу, реконструкції автоматичних думок, зниження катастрофізації, а також метод «зупинки думки». За дихальним модулем повинно бути сформовано навички квадратного та діафрагмального дихання з фіксацією результатів у дихальних щоденниках. Тілесноорієнтовані сесії включають вправи за Джекобсоном і сканування тіла, що дає змогу знизити соматичні реакції на подразники. У модулі емоційної регуляції застосовуються техніки ідентифікації афектів, вербалізації та інтеграції первинних і вторинних емоцій, робота з емоційними картами та побудова «емоційного контейнера». Арттерапія забезпечує можливість виразити та трансформувати афективний досвід у безпечному метафоричному форматі.

## ВИСНОВКИ

Теоретичне осмислення впливу стресорів воєнного стану на емоційний світ осіб юнацького віку дало змогу виявити багатовимірний характер деструкцій у психоемоційному функціонуванні. Наявність постійної загрози життю, втрати близьких, вимушеного розриву соціальних зв'язків, розпаду звичного середовища, невизначеності в майбутньому - все це генерує внутрішній розлад, що виявляється у формі тривожної гіперреактивності, когнітивної розсіяності, зниження самооцінки й порушення образу «Я». У таких умовах емоційна сфера молоді характеризується вразливістю до фрустрацій, зниженням толерантності до напруження, схильністю до соматизації дистресу. Вплив зовнішніх загроз через воєнну реальність трансформується у внутрішній конфлікт - боротьбу між потребою збереження стабільності та реальністю хаосу. Юнацький вік, як перехідна фаза з високою емоційною лабільністю, виявився чутливим до феноменів втрати безпеки, сенсу і приналежності, що проявилось у симптомокомплексах емоційного виснаження, внутрішньої порожнечі, агресивної оборони або відчуження.

Розгляд методів самопомоги та впливу соціального оточення продемонстрував, що ефективність подолання емоційної турбулентності значною мірою залежить від наявності адаптаційних стратегій та ресурсів середовища. Індивідуальні техніки - дихальна регуляція, тілесне заземлення, візуалізація, когнітивна переоцінка - формують базову матрицю саморегуляції, проте без зовнішнього підкріплення ці стратегії втрачають стабілізуючий ефект. Сімейне середовище виступає буфером: підтримка близьких сприяє стабілізації емоційного фону, надає простір для розрядки, легітимізує переживання. Освітні заклади, коли вони виконують не лише інструктивну, а й емоційно-корекційну функцію, здатні інтегрувати молодь у спільноту, яка підтримує внутрішню стійкість. Наявність постійного зворотного зв'язку з дорослими, упровадження практик емоційної грамотності, визнання емоційної дійсності молоді - усе це посилює адаптаційний потенціал. Інституційна

підтримка, збереження життєвого ритму, ритуалів і передбачуваності дають змогу зменшити ризики тривалого емоційного виснаження.

Емпіричне дослідження стану молоді охопило 40 респондентів (21 дівчина, 19 хлопців), результати якого засвідчили високий рівень тривожності, депресивності й вигорання, особливо серед тих, хто зазнав досвіду переміщення або перебував у зоні бойових дій. За шкалою Спілбергера–Кханіна середній показник ситуативної тривожності становив 48,7 бала, особистісної - 52,1, що свідчить про гіперреактивність нервової системи на зовнішні загрози й нестабільність внутрішньої рівноваги. За шкалою Бека рівень депресії склав 24,6 бала, що свідчить про тенденцію до емоційного пригнічення, втрату мотиваційного тону, наявність соматичних проявів. Життєва задоволеність за SWLS була на рівні 19,5 бала, що сигналізує про слабку інтеграцію майбутнього в емоційне поле особистості. Методика Бойка зафіксувала емоційне вигорання у 63,7 бала, із домінуванням фази виснаження (67,5%). У зоні ризику опинилися 62,5% опитаних, що мали досвід втрати домівок, звичних соціальних зв'язків чи безпосередньо перебували у зоні бойових дій. Для порівняння, серед респондентів із тилкових регіонів таких було 12,5%. Жінки продемонстрували вищі показники депресивності (26,1 бала), особистісної тривожності (54,2 бала) й нижчий рівень суб'єктивного благополуччя (18,2 бала), що може бути пов'язано з вищою афективною чутливістю, емпатією та соціальним навантаженням. Молодші учасники віком 17–19 років виявили виражену емоційну нестабільність, зокрема ситуативну тривожність понад 50,8 бала, і 69,5% з них демонстрували комбінацію трьох станів водночас: тривоги, депресії й вигорання.

На основі аналізу результатів було розроблено програму психологічної реабілітації та профілактики тривожних розладів, орієнтовану на поетапне залучення емоційних, тілесних, когнітивних і креативних ресурсів. Програма складається з шести тематичних блоків, інтегрованих у восьмитижневу структуру. У психоедукаційному блоці респонденти вивчають природу стресу,

механізми афективного реагування та самопомоги. Когнітивно-поведінкові техніки включають виявлення автоматичних думок, роботу з негативними схемами, розвиток альтернативного мислення. Тілесноорієнтовані практики охоплюють сканування тіла, дихальні вправи, регуляцію напруги через рух. Емоційний блок включає роботу з образами, навички емоційного висловлення й прийняття. Арттерапевтичний компонент активізує креативні ресурси через метафори, малюнок і спонтанну самопрезентацію. Цілісність програми забезпечується повторюваністю технік, послідовною структурою та можливістю індивідуального темпу засвоєння. За результатами учасники мають відзначати зниження внутрішньої напруги, посилення здатності до саморегуляції та відновлення почуття емоційного контролю.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаніна Г.В., Корецький В.М. Психологічні особливості життєвої перспективи комбатантів. Вчені записки Університету КРОК. 2022. Т. 2. № 66. С. 157-164. DOI:10.31732/2663-2209-2022-66-157-164.
2. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми. Київ. Талком. 2016. 246 с.
3. Бохонкова Ю., Пліско В. Якість життя і психічне здоров'я особистості. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. Львів. Львівський державний університет внутрішніх справ. 2017. С. 59-63.
4. Бріер Дж. Н., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів. Свічадо. 2018. 448 с.
5. Вестбрук Д., Рауф Х. Подолати панічний розлад. Львів. Свічадо. 2017. 78 с.
6. Військова психологія і педагогіка. Підручник для військових вузів. Б.М. Олексієнко, Д.В. Іщенко, О.Д. Сафін. Хмельницький. Вид-во Академії ПВУ. 2017. 562 с.
7. Власенко І.А., Рева О.М. Модель збереження психологічного здоров'я студентської молоді в Україні. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2020. № 3. С. 90-99.
8. Вправи для боротьби зі стресом від програми HEART. URL: [https://resourcecentre-uploads.s3.amazonaws.com/uploads/stress\\_busters\\_ukr.pdf](https://resourcecentre-uploads.s3.amazonaws.com/uploads/stress_busters_ukr.pdf) (дата звернення: 17.09.2024).
9. Гончар Т. Життєві перспективи в структурі самосвідомості старшокласників. Магістерський науковий вісник. 2017. № 25. С. 72-74.
10. Грузинська І. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. Вісник Національного авіаційного університету. Серія педагогіка психологія. 2022. Т. 21. № 2. С. 4-9. URL: <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/59158> (дата звернення: 03.02.2025).
11. Гузенко В.А. Особливості переживання соціального страху з різними рівнями мотивації досягнень у юнацькому віці. Одеса. 2019. 120 с.

12. Діденко М., Зелінська О. Інформаційно-психологічний вплив на людей під час війни. Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса. 2022. Т. 1. № 14. С. 211-214.
13. Довідник безбар'єрності. Дитина з особливими освітніми потребами. URL:  
<https://bf.in.ua/rizni-sotsialni-hrupy-2/dytyna-z-osoblyvymy-osvitnimypotrebamy-oor/> (дата звернення: 17.09.2024).
14. Доценко Л., Максименко Н. Психологічні чинники адаптації військовослужбовців строкової служби в умовах військової частини. Вісник Національного університету оборони України. 2019. № 2 (52). С. 55.
15. Дуткевич Т. В. Дитяча корекційно-розвивальна психологія: навч. посіб. Київ. Центр учбової літератури. 2017. 304 с.
16. Ентоні М., Рова К. Розлад соціальної тривоги. Львів. Свічадо. 2018. 122 с.
17. Журавель Я.В., Хопун О.С. Актуальні проблеми соціально-правового статусу осіб постраждалих під час проведення АТО. Матеріали наук.-практ. конф. Київ. 2017. 96 с.
18. Завгородня О., Краєва О. Психологічні проблеми осіб вимушено переміщених внаслідок російської агресії. Вісник Національного університету оборони України. 2023. Т. 3. № 73. С. 2-9. URL:  
<http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/276921/274320> (дата звернення: 03.02.2025).
19. Караман О.Л. Методологічні засади проблеми соціалізації особистості в умовах гібридної війни на сході України. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. 2020. Т. 2. № 333. Ч. 2. С. 157-166.
20. Козій А.Д. Психологічні особливості емоційного стану особистості в умовах воєнного стану. Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра. Спец. 053 психологія. Суми. Сумський державний університет. 2024. 99 с.



21. Коун О. Вплив екстремальних факторів російсько-української війни на психологічне та фізичне здоров'я населення України. Психологія перед лицем російсько-української війни. Тези доповідей учасників українсько-польської наукової конференції. Львів. 2023. С. 35-36. URL: [https://lib.iitta.gov.ua/739547/1/Психологія%20перед%20лицем%20російсько-української%20війни-\(зб.тез-05.2023\).pdf](https://lib.iitta.gov.ua/739547/1/Психологія%20перед%20лицем%20російсько-української%20війни-(зб.тез-05.2023).pdf) (дата звернення: 03.02.2025).
22. Коун О.М. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення. Методичний посібник. Київ. НДЦ ГП ЗСУ. 2017. 282 с.
23. Коун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України. Методичний посібник. Київ. ФОП Маслаков. 2019. 288 с.
24. Колесніченко О.С., Мацегора Я.В., Приходько І.І. Психологічна самота взаємодопомога військовослужбовців Національної гвардії України в умовах ведення бойових дій. Посібник. Харків. НА НГУ. 2016. 108 с.
25. Конвенція про працівників-мігрантів. Конвенція Міжнародної організації праці від 01.07.1949 р. № 97. Станом на 24.06.1975 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993\\_159#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_159#Text) (дата звернення: 03.02.2025).
26. Конвенція про статус біженців. Конвенція Організації Об'єднаних Націй від 28.07.1951 р. Станом на 10.01.2002 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_011#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_011#Text) (дата звернення: 03.02.2025).
27. Корб А. У пастці депресії. Київ. Наш формат. 2022. 133 с.
28. Корольчук М.С., Корольчук М.В., Кулаженко А.І. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах. Київ. Ніка-центр. 2016. 580 с.
29. Коць Є.М. Вплив ранніх дисфункційних схем на прояв соціальної тривожності особистості. Соціокультурні та психологічні виміри

- становлення особистості. Матеріали наук.-практ. конф. Херсон. Видавничий дім Гельветика. 2017. С. 46-48.
30. Коць Є.М. Психологічний аналіз феномену соціальної тривожності. Актуальні проблеми соціалізації особистості. Матеріали IV наук.-практ. семінару. Луцьк. ПП Іванюк В.П. 2017. С. 49-52.
31. Кресан О.Д. Переживання та усвідомлення людиною травматичних і кризових ситуацій. Ніжин. 2020. С. 86-109.
32. Курило В.С., Савченко С.В., Караман О.Л. Соціалізація особистості в умовах гібридної війни на сході України. Монографія. Київ. Талком. 2018. 240 с.
33. Литвиненко О.Д. Соціально-психологічні основи розвитку адаптаційного потенціалу сучасної молоді. Монографія. Сєверодонецьк. Вид-во СНУ ім. В.Даля. 2018. 302 с.
34. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій. Л.М. Карамушка, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко, В.І. Лагодзінська, В.М. Івкін, О.С. Ковальчук. Київ. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 76 с.
35. Могильова Н. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни. Досвід України. Дніпровський науковий часопис публічного управління психології права. 2023. № 2. С. 2-4. URL: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/399/354> (дата звернення: 03.02.2025).
36. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Львів. Свічадо. 2017. 18 с.
37. Наконечна О. Стрес. Психологічна травма. Методи саморегуляції. Львів. 2022. 4 с.
38. Павленко О.В. Time orientation of personality provided under the conditions of ATO. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія психологія. 2018. № 65. С. 30-35.

- 39.Павленко О.В. Життєві перспективи особистості що знаходиться в умовах АТО. Психологічний часопис. 2019. Т. 2. № 22. С. 184-196.
- 40.Павленко О.В. Формування життєвої перспективи в ситуації невизначеності. Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. Т. 7. № 39. С. 232-241.
- 41.Про введення воєнного стану в Україні. Указ Президента України від 24.02.2022 р. № 2102-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/64/2022#Text> (дата звернення: 03.02.2025).
- 42.Про правовий режим воєнного стану. Закон України від 12.05.2015 р. № 389-VIII. Станом на 19.10.2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/389-19/ed20231019#Text> (дата звернення: 03.02.2025).
- 43.Рем Л. Депресія. Львів. Галицька видавнича спілка. 2019. 60 с.
- 44.Сабо Ш., Сабо К., Заячківська О. Стрес від Ганса Сельє до сьогодні. Львів. ЛНУДГ Наукове товариство ім. Шевченка. 2019. 79 с.
- 45.Соляник А.О. Психологічні особливості прояву депресивних станів у жінок в умовах вимушеної міграції. Запоріжжя. ЗНУ. 2023. 53 с.
- 46.Станчишин В. Емоційні гойдалки війни. Київ. Віхола. 2022. 122 с.
- 47.Тарасова В. Програма психологічної корекції стресостійкості підлітків. Перспективи та інновації науки. 2023. Т. 31. № 13. С. 1-15. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/6440/6473> (дата звернення: 03.02.2025).
- 48.Томчук С.М. Психологія тривоги страху та агресії особистості в освітньому процесі. Монографія. Вінниця. КВНЗ ВАНО. 2018. 200 с.
- 49.Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій. Київ. ДП Вид. дім Персонал. 2017. 160 с.

50. Турчак О.М. Ефективність когнітивно-поведінкового тренінгу як засобу зниження вербальних проявів тривожності у ситуаціях емоційної напруги. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2015. № 1. С. 141-150.
51. Тюріна В., Солохіна Л. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини короткий огляд зарубіжних досліджень. *Особистість суспільство війна. Тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму*. Харків. 2022. С. 1-3. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/0450d416-8be2-41e6-badd-1b4c917d7e3a/content> (дата звернення: 03.02.2025).
52. Фарафонова І. Психологічний вплив на поведінку людини. Сучасні аспекти модернізації науки стан проблеми тенденції розвитку. *Матеріали XXVI міжнародної науково-практичної конференції*. Загреб. 2022. С. 417. URL: <http://perspectives.pp.ua/public/site/conferency/conf-26.pdf#page=417> (дата звернення: 03.02.2025).
53. Чорна В., Бойко В., Бегма М. Психічне здоров'я внутрішньопереміщених осіб та чинники що впливають на його зміни. *Innovations and prospects in modern science. Тези доповідей учасників V міжнародної науково-практичної конференції*. Stockholm. 2023. С. 12-16. URL: <https://dspace.vnm.edu.ua/bitstream/handle/123456789/6271/Тези%20ВПО%20Швеція13-15.02.23репозт.pdf?sequence=1> (дата звернення: 03.02.2025).
54. Шайхлісламов З., Горбенко В. Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія Психологія*. 2023. Т. 34. № 1. С. 64-68. URL: [https://www.psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1\\_2023/11.pdf](https://www.psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1_2023/11.pdf) (дата звернення: 03.02.2025).
55. Юрчук Д., Миропольцева Н. Емоційний стан особистості під час активних воєнних дій. *Габітус*. 2023. № 54. С. 1-5. URL:

<http://habitus.od.ua/journals/2023/54-2023/36.pdf> (дата звернення: 03.02.2025).

56. Ясточкіна І. Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема. Вісник Львівського університету. Серія Психологічні науки. 2020. № 6. С. 1-6. URL: [http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6\\_2020/26.pdf](http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6_2020/26.pdf) (дата звернення: 03.02.2025).
57. Du J., Huang J., An Y. The relationship between stress and negative emotion The mediating role of rumination. *Clinical Research and Trials*. 2018. Vol. 1. No. 4. P. 1-5. URL: <https://www.oatext.com/pdf/CRT-4-208.pdf> (date of access: 03.02.2025).
58. Ford B., Lam P., John O. The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2018. Vol. 6. No. 115. P. 1-10. URL: [https://eerlab.berkeley.edu/pdf/papers/Ford\\_etal\\_inpress\\_Acceptance2.pdf](https://eerlab.berkeley.edu/pdf/papers/Ford_etal_inpress_Acceptance2.pdf) (date of access: 03.02.2025).
59. Klimanska M., Haletska I. Psychometric characteristics of the questionnaire on positive and negative affects OPANA based on the PANAS scales. *Psychological Journal*. 2020. Vol. 4. No. 6. P. 1-14. URL: [https://www.researchgate.net/publication/341184072\\_PSYCHOMETRIC\\_CHARACTERISTICS\\_OF\\_THE\\_QUESTIONNAIRE\\_ON\\_POSITIVE\\_AND\\_NEGATIVE\\_AFFECTS\\_OPANA\\_BASED\\_ON\\_THE\\_PANAS\\_SCALES](https://www.researchgate.net/publication/341184072_PSYCHOMETRIC_CHARACTERISTICS_OF_THE_QUESTIONNAIRE_ON_POSITIVE_AND_NEGATIVE_AFFECTS_OPANA_BASED_ON_THE_PANAS_SCALES) (date of access: 03.02.2025).
60. Kovács J., Csukonyi C., Kovács K.E. Integrative attitudes of Ukrainian war refugees in Poland and Hungary in connection with posttraumatic stress symptoms and social support. *Frontiers in Public Health*. 2023. P. 1-9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10687397/pdf/fpubh-11-1256102.pdf> (date of access: 03.02.2025).
61. Leger K., Soomi L., Chandler K. Effects of a workplace intervention on daily stressor reactivity. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2021. Vol. 1. No. 27. P. 2-10. URL:

<https://www.apa.org/pubs/journals/releases/ocpocp0000297.pdf> (date of access: 03.02.2025).

62. Matlin S., Depoux A., Schütte S. Migrants and refugees health towards an agenda of solutions. *Public Health Review*. 2018. No. 27. P. 7-14. URL: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-018-0104-9> (date of access: 03.02.2025).
63. Rivera A., Rodríguez C., Padilla-Muñoz A. Mental health in adolescents displaced by the armed conflict. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2020. No. 23. P. 2-8. URL: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-020-00327-5> (date of access: 03.02.2025).
64. Rizzi D., Ciuffo G., Sandoli G. Running away from the war in Ukraine the impact on mental health of internally displaced persons and refugees in transit in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. No. 19. P. 1-10. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9778520/pdf/ijerph-19-16439.pdf> (date of access: 03.02.2025).
65. Ruspini P. Elderly migrants in Europe an overview of trends policies and practices. 2009. 32 p. URL: [https://migrantintegration.ec.europa.eu/sites/default/files/2011-09/doc1\\_23076\\_15149428.pdf](https://migrantintegration.ec.europa.eu/sites/default/files/2011-09/doc1_23076_15149428.pdf) (date of access: 03.02.2025).
- 66.

## ДОДАТКИ

**Кореляційні та порівняльні показники психоемоційного стану осіб  
юнацького віку в умовах воєнного стану**

Змінна / шкала	Кореляція з депресією (BDI-II)	Кореляція зі SWLS	Зв'язок із вигоранням (Бойко)	Гендерна різниця (t, p)	Вікова різниця (t, p)
Особистісна тривожність	$r = 0,68$	$r = -0,54$	$r = 0,47$	$t = 2,49; p < 0,05$	$t = 2,77; p < 0,01$
Ситуативна тривожність	$r = 0,53$	$r = -0,48$	$r = 0,58$ (фаза резистенції)	$t = 2,01; p < 0,05$	$t = 3,09; p < 0,01$
Депресія за Бека (BDI-II)	-	$r = -0,59$	$r = 0,73$	$t = 2,33; p < 0,05$	$t = 2,18; p < 0,05$
SWLS - суб'єктивне благополуччя	$r = -0,59$	-	$r = -0,61$ (з редукацією обов'язків)	$t = -2,58; p < 0,01$	$t = -2,97; p < 0,01$
Вигорання (загальний індекс)	$r = 0,73$	$r = -0,57$	-	$t = 2,87; p < 0,01$	$t = 3,17; p < 0,01$
Фаза «виснаження»	$r = 0,66$	$r = -0,55$	-	$t = 2,11; p < 0,05$	$t = 2,71; p < 0,01$
Емоційний дефіцит	$r = 0,61$	$r = -0,66^{**}$	-	2,9 бала у жінок, 1,7 у чоловіків	Частіше у молодших (до 19 р.)
Редукція обов'язків	$r = 0,57$	$r = -0,61$	-	3,1 бала у чоловіків	Помірна в обох вікових групах
Психотравмуючі переживання	$r = 0,69$	$r = -0,52$	-	Частіше у жінок	Частіше у молодших
Сукупна тріада тривожність–де	$r > 0,70$ у всіх комбінаціях	$r < -0,60$	-	62,5% жінок - високі за	69,5% молодших - >60 балів

пресія–вигорання				всіма шкалами	
SWLS – зниження / підвищення динаміки	-11,3% експерим. / +4,4% контроль	-	-	Жінки - стабільне зниження	Молодші - зменшення задоволеності