

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ



КИЇВСЬКИЙ
ЖУРНАЛ СУЧАСНОЇ
ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ

Фахове періодичне видання
№ 2 (10), 2025
Київ

KYIV INSTITUTE OF MODERN PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY



KYIV JOURNAL
OF MODERN PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY

Professional periodical
№ 2 (10), 2025
Kyiv

Засновник: ТОВ «КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ»

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

*Журнал є науковим фаховим виданням України категорії «Б» у галузі психології
Наказ МОН України № 1290 від 30 листопада 2021 року*

Рецензенти:

Стульнікова Лариса, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної роботи факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Трофімова Дар'я, кандидат психологічних наук, доцент, завідувачка кафедри соціальної психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії

Друкується за ухвалою Вченої ради Київського інституту сучасної психології та психотерапії (Протокол №4 від 18.11.2025)

Головний редактор:

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

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

E-mail: nmuz@ukr.net

Члени редакційної колегії:

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

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

E-mail: gs4906@wayne.edu

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

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

E-mail: ciparisab011@gmail.com

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

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

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

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

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

E-mail: dvoryak@uiphp.org.ua

Карачевський Андрій Борисович (Andriy Karachevskyy), кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4610-4887>

E-mail: karachevskyy@gmail.com

Клочко Алла Олексіївна (Alla Klochko), доктор психологічних наук, доцент, головний науковий співробітник наукового центру дистанційного навчання, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського, Київ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6631-2638>

E-mail: klochko_alla@ukr.net

Маркопулос Георгій (Georgios Markopoulos), Phd, старший викладач психології університету Бат Спа, Бат, Англія

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-7003>

E-mail: g.markopoulos@bathspa.ac.uk

Пилягіна Галина Яківна (Galyna Pyliagina), доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0169-1256>

E-mail: gpil.doctor@gmail.com

Координатор:

Карамушка Тарас Вікторович (Taras Karamushka), кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна

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

E-mail: tkarama90@gmail.com

Відповідальний за випуск журналу:

Никонова Ірина Юріївна

E-mail: nykonovairyna@gmail.com

ЗМІСТ

<i>Бал Анастасія, Максимова Наталія</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОЧУТТЯ ПРОВИНИ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	6
<i>Брус Тетяна</i> СУЧАСНА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ ТА КОМПЛЕКСНОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ	18
<i>Голодний Максим</i> ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА МЕХАНІЗМИ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ	36
<i>Гудир Дар'я</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ В УМОВАХ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ: РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО КОРЕЛЯЦІЙНОГО АНАЛІЗУ	45
<i>Дюндіна Олеся</i> ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ДОВГОТРИВАЛОГО АДАПТАЦІЙНОГО СТРЕСУ ДЛЯ ОСОБИСТІСНИХ РИС УКРАЇНСЬКИХ ВИМУШЕНИХ ЕМІГРАНТІВ	54
<i>Іванова Євгенія, Собко Світлана</i> РОЛЬ САМОПОВАГИ, ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ФОРМУВАННІ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК	64
<i>Каплуненко Ярина</i> ПЕРСОНАЛЬНЕ БУТТЯ ЯК ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ОПОРА ОСОБИСТОСТІ У КРИЗОВИХ УМОВАХ	78
<i>Лемешук Олексій, Мілютіна Катерина</i> ТРАНСФЕР-ФОКУСОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ: ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТІВ З МЕЖОВИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ	90
<i>Панасенко Наталія</i> ОТМ-ТЕРАПІЯ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ МЕТОД ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ: ІНТЕГРАЦІЯ ЖИВОПИСНИХ ТЕХНІК У ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНУ ПРАКТИКУ	108
<i>Сагачко Наталія, Завязкіна Наталія</i> ДЕСТРУКТИВНИЙ ПЕРФЕКЦІОНІЗМ ЯК ТРАНСДІАГНОСТИЧНИЙ ПРОЦЕС	123
<i>Станіславська Тетяна, Мілютіна Катерина</i> УКРАЇНСЬКА АДАПТАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА МІЖПОКОЛІННОЇ ПЕРЕДАЧІ ІСТОРИЧНОЇ ТРАВМИ НІТТ-Q (HISTORICAL INTERGENERATIONAL TRAUMA TRANSMISSION QUESTIONNAIRE): ПСИХОМЕРТІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА ВАЛІДНІСТЬ	134
<i>Старков Денис</i> MINDFULNESS В СУЧАСНІЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ	145

CONTENTS

<i>Bal Anastasiia, Maksimova Nataliia</i> CHARACTERISTICS OF GUILT EXPERIENCE IN FORCED MIGRANTS	6
<i>Brus Tetiana</i> CONTEMPORARY DEVELOPMENT OF THE CONCEPT OF POST TRAUMATIC GROWTH IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER	18
<i>Holodnyi Maksym</i> PSYCHOLOGICAL RESOURCES AND MECHANISMS OF VETERANS' PROFESSIONAL READAPTATION	36
<i>Hudyr Daria</i> PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF RESILIENCE UNDER TRAUMATIC EXPERIENCE: RESULTS OF A COMPREHENSIVE CORRELATION ANALYSIS	45
<i>Diundina Olesia</i> PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF LONG-TERM ADAPTATIONAL STRESS FOR THE PERSONALITY TRAITS OF UKRAINIAN FORCED EMIGRANTS	54
<i>Ivanova Yevheniia, Sobko Svitlana</i> THE ROLE OF SELF-ESTEEM, EMOTIONAL INTELLIGENCE, COPING STRATEGIES AND SUBJECTIVE WELL-BEING IN THE DEVELOPMENT OF CODEPENDENCY IN WOMEN	64
<i>Kaplunenko Yaryna</i> PERSONAL BEING AS AN EXISTENTIAL GROUNDING OF THE PERSON IN PERIODS OF CRISIS	78
<i>Lemeshchuk Oleksii, Miliutina Kateryna</i> TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY: CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER	90
<i>Sahachko Nataliia, Zaviazkina Nataliia</i> DESTRUCTIVE PERFECTIONISM AS A TRANSDIAGNOSTIC PROCESS	108
<i>Panasenko Nataliia</i> OTM THERAPY AS AN INNOVATIVE METHOD OF STRESS MANAGEMENT: INTEGRATION OF PAINTING TECHNIQUES IN PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE	123
<i>Stanislavska Tetiana, Miliutina Kateryna</i> UKRAINIAN ADAPTATION OF THE HISTORICAL INTERGENERATIONAL TRAUMA TRANSMISSION QUESTIONNAIR (HIT-T-Q): PSYCHOMETRIC PROPERTIES AND VALIDITY	134
<i>Starkov Denys</i> MINDFULNESS IN MODERN COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY	145

Бал Анастасія
Максимова Наталія

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПОЧУТТЯ ПРОВИНИ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

Анотація

У статті розглянуто проблему порушення соціальної адаптації вимушених переселенців до нових умов через переживання почуття провини. Актуальність проблеми зумовлена зростанням вимушених міграційних потоків українців через військові дії. Для проведення дослідження використано метод теоретичного аналізу наукових праць вітчизняних та зарубіжних авторів – представників різних психологічних шкіл.

З'ясовано, що основними особливостями переживання почуття провини вимушених українських мігрантів є: наявність моральних переживань; внутрішні суперечності між бажанням інтегруватися у нове середовище та відчуттям сорому перед тими, хто залишився; страх соціального осуду свого вчинку іншими; почуття туги за Батьківщиною; підвищений рівень тривожності, переживання власної неповноцінності. Це може призводити до депресії та інших особистісних розладів, до порушень у соціальному функціонуванні.

Ключові слова: почуття провини, провинна вцілілого, вимушена міграція, емоційні переживання, почуття провини вимушених переселенців, особистісні розлади, соціальна адаптація.

Anastasiia Bal
Nataliia Maksimova

CHARACTERISTICS OF GUILT EXPERIENCE IN FORCED MIGRANTS

Abstract

The article examines the issue of impaired social adaptation among forcibly displaced persons due to the experience of guilt. The relevance of this problem is determined by the increasing forced migration flows of Ukrainians caused by military actions. The study employs the method of theoretical analysis of scientific works by domestic and foreign authors representing various psychological schools.

It was found that the main characteristics of the experience of guilt

among forced Ukrainian migrants include: the presence of moral suffering; internal conflicts between the desire to integrate into a new environment and the feeling of shame before those who remained; fear of social condemnation for their actions by others; longing for the homeland; heightened anxiety; and a sense of personal inadequacy. These factors may lead to depression, other personality disorders, and disruptions in social functioning.

Keywords: guilt, survivor guilt, forced migration, emotional experiences, guilt of forcibly displaced persons, personality disorders, social adaptation.

Вступ

В умовах військових дій на території України актуалізується проблема психологічного супроводу особистості, яка переживає складні емоційні стани. Одним із таких негативних переживань є почуття провини. Воно притаманне багатьом, хто пережив складні обставини, пов'язані з війною, серед них – вимушені мігранти, які були змушені покинути своє звичне середовище буття заради збереження власного життя і здоров'я, тобто задля виживання. Феномен вини вцілілого віддавна є предметом досліджень у психологічній науці. Переживання цього феномена характерне для осіб, які пережили травмівні події, але зберегли своє життя, певною мірою фізичне здоров'я порівняно з тими, які постраждали або загинули. Основними ознаками переживання почуття провини є румінації, самообвинувачення та екзистенційний конфлікт, розмірковування над питанням про причини власного виживання та неможливість цього виживання для інших. Ці переживання можуть призводити до депресії та інших особистісних розладів, до порушень у соціальному функціонуванні.

Почуття провини, що притаманне українським вимушеним переселенцям в умовах війни, дещо відрізняється від психологічних характеристик провини вцілілого. Спільними рисами обох цих переживань є моральний конфлікт, надмірна відповідальність, негативні емоційні переживання тощо. Все це призводить до неможливості адаптуватись у новому соціокультурному середовищі, знайти коло спілкування, неможливості для продуктивної діяльності, навіть до девіантної поведінки. Отже, феномен почуття провини переселенців має унікальні аспекти, які потребують ґрунтового вивчення з метою визначення шляхів психологічної допомоги у процесі соціальної адаптації вимушених мігрантів.

Мета роботи: з'ясувати особливості почуття провини в українських вимушених мігрантів та їх вплив на адаптацію переселенців до нових умов.

Матеріали і методи

Для вивчення досліджуваної проблеми нами було використано теоретичний аналіз наукових праць. Зокрема, було розглянуто переживання почуття провини у психоаналізі (Freud, 1930; Klein, 1975); у когнітивно-поведінковій психології (Beck, 1976; Tangney, Stuewig & Mashek, 2007; Peng et al., 2020); у дослідженнях, де доведено наявність взаємозв'язку між почуттям провини, сорому та їх впливом на психічне здоров'я (Nikolić, M., et al. 2020, Oh, Lee & Cho, 2023; Лісовенко &

Малеєв, 2024; Полегонький, 2025); у дослідженнях, де йдеться про детермінанти та складові почуття провини (Кудінова & Кожанова, 2024, Заньчак, 2020, Спринська, 2018, Васютинський, 2022; Бойко-Бузиль, 2022; Педоренко, 2022, Ананова 2017 та ін.).

Результати та їх обговорення

У межах аналізу наукових праць особливу увагу було приділено вивченню почуття провини як психологічного феномена. Почуття провини згідно з теорією З. Фрейда – це феномен, що втілює моральні та соціальні цінності, висуває вимоги до поведінки людини. За порушення таких вимог виникає почуття провини як реакція на невідповідність ідеальним уявленням про себе (Freud, 1930). Генезу почуття провини (вини) у психоаналізі пов'язують з порушенням заборон і норм, встановлених у суспільстві, з амбівалентністю почуттів людини стосовно батька чи авторитетної постаті. Дослідники пояснюють виникнення вини з почуття агресії, оскільки суб'єкт бажає позбавити батька влади і мати все, що належить йому. Але гармонізація суспільних взаємин спричиняє пригнічення цих бажань, що й є пусковим механізмом формування почуття провини за свої заборонені та агресивні наміри (Freud, 1930).

У дослідженнях М. Кляйн виникнення вини пояснюється проходженням дитиною у своєму психічному розвитку фази параноїдно-шизоїдної позиції, через яку формуються уявлення про свій внутрішній та зовнішній світ, переживаються сильні емоційні конфлікти та суперечності. Дитиною усвідомлюються не тільки свої бажання й потреби, але й накладені оточенням відповідні обмеження. Після розуміння неможливості реалізації усіх своїх бажань через наявність певних обмежень формується почуття провини за свої негативні фантазії чи бажання, які не відповідають нормам та очікуванням оточення. Проте у цьому випадку вина не усвідомлюється як моральне почуття, а є частиною внутрішнього конфлікту між бажаннями та обмеженнями (Klein, 1975).

У когнітивно-поведінковій психології почуття провини розглядається як наслідок когнітивних оцінок індивідом своєї поведінки та результатів дій (Beck, 1976; Tangney, Stuewig & Mashek, 2007; Peng et al., 2020). Почуття провини супроводжується переживанням спотворених думок про неправильність своїх вчинків без наявності для цього відповідного підґрунтя. Такі спотворені думки провокують прояви самообвинувачення, румінації, депресивні прояви (Beck, 1976). У дослідженнях І. Ялома детермінантами почуття провини виступають не тільки порушення моральних правил, але і так звані «злочини проти себе», наприклад, неможливість реалізації особистісного потенціалу, уникання життя (Ялом, 2019).

У дослідженнях В. Пенга почуття провини визначається як невідповідність між внутрішніми стандартами та діями людини, що викликає почуття відповідальності за шкоду іншим. До появи почуття провини можуть призводити маніпулювання поясненням причин певних подій, що сприяє формуванню відчуття особистістю власної відповідальності за виникнення тих чи інших подій. Емпіричними розвідками також підтверджується позитивний вплив почуття

провини на зміну поведінки особистості, коли ці зміни стосуються екологічної, освітньої діяльності. Почуття провини, пов'язане з відчуттям контролю над ситуацією, є більш сильним мотивом особистості до певних дій. Прикладом цього може бути провина за нездатність допомогти близьким або співчуття до соціальних проблем (злидні, війна), що сприяє формуванню колективної відповідальності й наданню допомоги іншим (Peng et al., 2020).

Почуття провини може бути адекватним і неадекватним. Якщо виникнення почуття провини пов'язане з вчиненням якихось неправильних дій, порушенням внутрішніх моральних норм та відображає певну невідповідність між уявним і правильним у розумінні особистості варіантами поведінки, йдеться про адекватне почуття провини. Адекватне почуття провини супроводжується моральною корекцією, формуванням емпатії, мотивацією особистості до змін, балансуванням між собою і соціумом, має тимчасовий характер. Неадекватному почуттю провини притаманні надмірна інтенсивність, хронічний характер, самообмеження і самопокарання (Tangney, Stuewig & Mashek, 2007).

Як наголошує І. Ананова, почуття провини, що має неадекватний характер, тобто є невідповідним дійсності й супроводжується негативними емоційними реакціями, призводить до суттєвого деструктивного впливу на особистість в цілому. Комплекс переживань з неадекватним почуттям провини може варіювати від депресивного та тривожного спектра, відображати оцінне ставлення до власних дій і негативне емоційно-оцінне ставлення до себе (Ананова, 2017).

Адекватний і неадекватний характер почуття провини різняться функційним навантаженням цього феномена. Адекватне почуття провини виконує важливу регуляторну функцію, сприяє розвитку моральної відповідальності, емпатії та самовдосконалення, а неадекватне – трансформується у руйнівний хронічний емоційний тягар, що негативно впливає на психічне здоров'я та соціальну адаптацію особистості.

У наукових дослідженнях також емпірично доводиться наявність взаємозв'язку між почуттям провини, сорому та їх впливом на психічне здоров'я. Це пояснюється наявністю невідповідностей між ідеальними і реальними образами «Я», що спричиняє виникнення різних емоційних реакцій (провина, сором, тривожність, депресія). Почуття провини здебільшого розглядається у максимальному зв'язку з конкретними діями особистості (Oh, Lee & Cho, 2023). Переживання почуття провини супроводжується рядом фізіологічних реакцій особистості (зміни частоти серцевих скорочень, дихальні зміни та електродермальна активність). Емпіричними дослідженнями доведено, що почуття провини викликає більший рівень електродермальної активності, активність симпатичної і парасимпатичної нервової системи та знижене дихання порівняно з позитивними емоціями. Це свідчить про відмінність почуття провини від інших емоцій та його значний вплив на автономні реакції організму. Описане вище дає підстави стверджувати, що почуття провини за виживання або за неучасть у воєнних діях у вимушених мігрантів призводить до фізіологічних, психологічних наслідків (Nikolić, M., et al. 2020).

Провину вцілілого відносять до неадекватного почуття провини. Вона притаманна людям, що вижили в ситуаціях, коли інші постраждали або загинули. Дослідниця Ю. Бойко-Бузиль називає цей феномен «синдромом провини вцілілого» і відносить його до механізмів психологічного захисту особистості (Бойко-Бузиль, 2022).

В. Васютинський вказує на переживання українськими вимушеними мігрантами періоду війни складного психологічного конфлікту, який супроводжується відчуттям зради своєї країни, спільноти, бездіяльності, що посилюється за рахунок негативних соціальних порівнянь або соціального осуду (Васютинський, 2022). До складових переживання почуття провини у вимушених мігрантів відносять моральну відповідальність (Заньчак, 2020), соціальні очікування (Кудінова & Кожанова, 2024), порушення ідентичності, безпорадність та залежність (Спринська, 2018).

Також почуття провини у вимушених українських переселенців супроводжується різним рівнем емоційної інтенсивності, а саме: на початку міграції інтенсивніше (Педоренко, 2023). Почуття провини також може бути позасвідомим, непрожитим, зумовлювати психоемоційні деструкції в особистості упродовж тривалого часу, впливати на здійснення прийняття рішень, на психічне здоров'я, призводячи до розвитку депресивних станів, тривожності та інших психічних розладів; сприяє соціальній ізоляції особистості через сором або страх осуду.

К. Lidin відмічає наявність кореляційного зв'язку між схильністю до неадекватного переживання почуття провини і агресивними тенденціями особистості та, відповідно, вплив цього почуття на побудову міжособистісних взаємин й комунікацію (Lidin, 2021).

Значний внесок у вивчення особливостей переживання почуття провини вцілілого й вимушених мігрантів зроблено вітчизняними ученими. Це простежується у роботах таких дослідників, як: Ю. Бойко-Бузиль,

В. Васютинський, А. Мікіртічян, В. Боснюк, В. Педоренко, В. Чорна та ін. Саме їхні напрацювання дали змогу виокремити й диференціювати почуття провини вцілілих і вимушених мігрантів з України.

Науковими дослідженнями визначається актуальність вивчення почуття провини як колективного явища в умовах соціальних деструкцій (катастроф, воєн). Саме колективне почуття провини включає в себе не тільки індивідуальну специфіку, але й спільний досвід, на основі якого формується групова ідентичність та соціальні зв'язки. Дослідники подають дефініцію колективного почуття провини як емоційної реакції групи на певні дії чи події, які вони вважають аморальними або несправедливими. Колективне почуття провини породжує колективну відповідальність за минулі дії, навіть якщо індивіди не брали безпосередньої участі в цих подіях (Maercker, 2023). Вимушеним мігрантам притаманний саме колективний характер почуття провини, підґрунтям для виникнення якого стало відчуття несправедливості за виживання, усвідомлення травматичного досвіду (Васютинський, 2022; Matoba, K., 2022).

Ю. Бойко-Бузиль відносить «синдром провини вцілілого» до механізмів психологічного захисту, за якого відбувається компенсування особистістю своїх негативних відчуттів, пов'язаних з неспроможністю вплинути на поточні події, що провокують відчуття безсилля (Бойко-Бузиль, 2022). У межах почуття провини В. Васютинський також виділяє «синдром провини вцілілого», притаманний вимушеним українським мігрантам (Васютинський, 2022).

У контексті нашого дослідження можна цілком погодитися з науковцями, які наголошують на важливості приділення особливої уваги переживанню почуття провини, що може у подальшому трансформуватися у більш складні психоемоційні розлади особистості, супроводжуватися постійним пригніченим станом, сумом, почуттям провини через те, що покинули країну, рідних і близьких людей через війну і вчасно не повернулись до рідної домівки, оскільки почали облаштовувати своє життя в іншій країні. Наявними на сьогодні емпіричними розвідками, побудованими на інтерв'юванні респондентів, підтверджується, що почуття провини у вимушених українських мігрантів супроводжується переживанням про те, що вони під час війни покинули країну, поїхали шукати більш безпечні, кращі умови проживання (Педоренко, 2022). Також це почуття посилюється через наявність у близькому оточенні вимушених мігрантів осіб, які висловлюють їм докори за краще й комфортніше життя за кордоном, ніж в Україні. Окрім того, вимушені українські переселенці мають низький рівень задоволеності життям, низький рівень психологічного благополуччя, характеризуються небажанням до встановлення довірливих відносин з оточенням, демонструють стриманість, ізолюваність від оточуючих, несхильність до компромісу, мають труднощі в організації повсякденної діяльності (Педоренко, 2022).

Авторами вітчизняних наукових досліджень психологічних особливостей вимушених українських мігрантів вказується і наявність зв'язку почуття провини з почуттям туги за Батьківщиною, посилення її зі зростанням травматичного досвіду переселенців, підвищенням рівнів тривожності, з переживанням власної неповноцінності, відчуттям соціальної несправедливості тощо (Мікіртічян & Боснюк, 2024). Науковці розмежовують властиві усім вимушеним переселенцям переживання почуття провини через потребу в зовнішній допомозі від сторонніх людей, сприйняття себе в якості жертви та специфіку переживання почуття провини чоловіками, які емігрували, через неможливість забезпечити захист та матеріальне благополуччя сім'ї, вберегти рідний край, неможливість знайти роботу (Чорна, 2024).

Таким чином, аналіз наукових праць показав, що почуття провини у вимушених переселенців через війну має свої унікальні особливості, що відрізняють його від провини вцілілого (Табл. 1).

Таблиця 1

**Відмінності почуття провини вцілілого
від почуття провини вимушених українських мігрантів**

Параметри оцінки	Почуття провини вцілілого	Почуття провини вимушеного мігранта
Джерело виникнення почуття провини	Переживання через використану можливість збереження життя у критичних умовах	Переживання через використану можливість жити у більш безпечних для життя і здоров'я умовах порівняно з іншими
Емоційні прояви почуття провини	Смуток, сором, емоційна паралізація	Тривога, туга за Батьківщиною, сором, емоційне напруження та постійне внутрішнє самозаперечення
Тип внутрішнього конфлікту	Конфлікт між життям і смертю	Конфлікт між виживанням і моральним обов'язком залишитися
Обставини реальності	Втрата близьких, свідчення руйнувань, згадки про загиблих	Контраст між комфортом у безпеці й новинами з України
Компенсаторні стратегії	Самопокарання, уникнення радощів, підвищена самокритика	Волонтерство, пошук шляхів виправдання свого виїзду
Імовірність впливу особистості на ситуацію	Неможливість вплинути на події	Наявність соціального тиску та порівняння
Ставлення до інших	Сором перед загиблими й постраждалими	Страх осуду за краще життя
Мотивація дій	Потреба у фізичному виживанні	Дилема між самозбереженням і патріотизмом
Психологічні наслідки	Внутрішня провина, емоційне вигорання, безнадія	Проблеми з психологічною адаптацією, почуття меншовартості, екзистенційна криза
Вплив на ідентичність	Зберігається, але ослаблюється через втрату сенсу буття	Може бути порушена через відрив від соціального середовища

На основі наведеної вище Таблиці можна констатувати, що обидва типи почуття провини вцілілого та вимушеного мігранта мають спільні риси: негативні емоційні переживання й психологічні наслідки. Проте обидва типи почуття провини мають відмінні риси, якими є: джерело переживання почуття провини (можливість фізичного збереження життя – у вцілілих, можливість безпечного середовища для життя і здоров'я – у мігрантів); тип внутрішнього конфлікту (між життям і смертю, між життям і моральним обов'язком); обставини реальності (втрата близьких, свідчення руйнувань проти контрасту між комфортом і новинами з України), компенсаторні стратегії (у вцілілого — це самопокарання, уникнення радощів, тоді як у мігранта – волонтерство, пошук виправдань); можливість впливу на ситуацію (у вцілілого — неможливість вплинути, у мігранта — соціальний тиск і порівняння); ставлення до інших (сором перед загиблими проти страху осуду за краще життя); мотивація дій (потреба у фізичному виживанні у вцілілого проти дилеми між самозбереженням і патріотизмом у мігранта).

Зазначене вище дає підстави констатувати зумовленість цього почуття

провини наявними у переселенців переживаннями через провину перед тими, хто залишився у зоні бойових дій, відсутність екзистенційного конфлікту, адже українські вимушені мігранти зосереджуються на моральних обов'язках і соціальних очікуваннях на відміну від дилеми «життя – смерть». До особливостей переживання почуття провини в українських мігрантів можна також віднести внутрішні суперечності між бажанням інтегруватися у нове середовище та відчуттям морального боргу перед Батьківщиною. Окрім того, у переселенців можуть виникати проблеми, пов'язані з адаптацією до нових умов через ряд несприятливих чинників (мовні, культурні, правові труднощі, дискримінація).

Визначення особливостей переживання почуття провини вимушених мігрантів є базисом для використання різноманітних інтервенцій у межах їх психологічного супроводу. Наявність різниці між почуттям провини у вцілілих та українських вимушених мігрантів детермінує відмінності у терапевтичних підходах щодо роботи з такими категоріями осіб, що й потрібно враховувати під час побудови ефективної терапевтичної стратегії. Залежно від адекватності чи неадекватності почуття провини використовуються різні типи психологічних втручань. Інтенсивність почуття провини у переселенців може знижуватися за рахунок, наприклад, участі у волонтерському русі (Кудінова & Кожанова, 2024).

Зменшенню інтенсивності й проявів почуття провини сприяє застосування методів психологічного втручання. До них відносять когнітивно-поведінкову терапію завдяки її спрямованості на зміну негативних переконань і спотворень, які підтримують це почуття провини (Murray et al., 2022). Доцільною у психологічному супроводі осіб з почуттям провини є експозиційна терапія як компонент когнітивно-поведінкової терапії, яка полягає у контрольованому та поступовому поверненні пацієнта до спогадів про травматичну подію, що дозволяє знизити емоційний вплив цих спогадів (Nikolić et al., 2020). Достатню ефективність у психологічній роботі з почуттям провини має психоаналіз, який допомагає розкрити підсвідомі конфлікти та переживання, пов'язані з травмою (Ялом, 2019). Психоаналітична терапія фокусується на виявленні та опрацюванні підсвідомих мотивів і страхів, які можуть сприяти відчуттю вини. Психоаналітичний підхід допомагає пацієнтам усвідомити приховані аспекти своїх переживань, такі як нереалізовані бажання або подавлені агресивні імпульси, що можуть сприяти виникненню вини вцілілого. Під час терапії пацієнти працюють над звільненням від цих конфліктів через глибше розуміння себе та своїх емоцій (Freud, 1930).

У контексті зазначеного вище варто відмітити, що більшість описаних видів втручання спрямовані на роботу з почуттям провини вцілілого та не є прямо адаптованими до роботи з вимушеними мігрантами. Зважаючи на специфіку переживання почуття провини у вимушених переселенців, існує необхідність у розробці й впровадженні адаптованих саме до цієї категорії клієнтів програм психологічного супроводу, методів терапевтичного втручання з урахуванням культурного контексту, зміни моральних установок і наративів цієї цільової категорії.

ВИСНОВКИ

У межах теоретичного аналізу було встановлено, що провина вцілілого є досить дослідженим станом, але проблема визначення сутності й терапії почуття провини вимушених переселенців потребує подальшого вивчення.

Теоретичний аналіз наукових джерел з досліджуваної проблеми дав підстави констатувати, що почуття провини у вимушених українських переселенців є новим феноменом. Основними особливостями переживання почуття провини вимушеними українськими мігрантами є: наявність моральних переживань, внутрішні суперечності між бажанням інтегруватися у нове середовище та відчуттям морального боргу перед тими, хто залишився; страх соціального осуду своїх вчинків іншими; підвищений рівень тривожності, туга за Батьківщиною. Почуття провини вцілілого та вимушеного мігранта мають спільну емоційну основу, проте відрізняються джерелом виникнення, типом внутрішнього конфлікту, обставинами реальності, компенсаторними стратегіями, можливістю впливу на ситуацію, ставленням до інших, мотивацією дій, підходами до психологічної допомоги. Адаптація вимушених переселенців й ефективність роботи з почуттям провини залежить також від впливу сприятливих (наявність соціальної підтримки, доброзичливе ставлення з боку приймаючого суспільства) і несприятливих (мовні, культурні та правові бар'єри, досвід дискримінації) чинників.

Для надання ефективної психологічної допомоги необхідно враховувати ці особливості вимушених переселенців, їх відмінності та розробляти адекватні терапевтичні стратегії. Терапевтичне втручання для людей із неадекватним почуттям провини вцілілого переважно фокусується на коригуванні екзистенційних конфліктів, на подоланні румінацій. Більшість описаних видів втручання ефективні для роботи з почуттям провини вцілілого та не є прямо адаптованими до роботи з вимушеними мігрантами. Водночас сьогодні необхідним є пошук дієвих терапевтичних програм саме для вимушених мігрантів з урахуванням специфіки переживання ними почуття провини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ананова, І. В. (2017). Типологія переживання почуття провини. *Проблеми сучасної психології*, (37), 18–31.
2. Бойко-Бузиль, Ю. Ю. (2022). Синдром провини вцілілого як соціально-психологічний феномен війни. В *Особистість, суспільство, війна* (с. 25–28). Харківський національний університет внутрішніх справ.
3. Васютинський, В. (2022). *Винні чи безневинні? Почуття провини в колективній свідомості українців*. Імекс-ЛТД, 177 с.
4. Заньчак, Я. А. (2020). Відчуття провини у вимушених переселенців: психологічні аспекти. *Наукові записки УКУ*, 12(1), 45–56.
5. Кудінова, М., & Кожанова, Д. (2024). Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб: теоретичний аналіз проблеми. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*, (2(63)). 17–24. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.2.2>

6. Лісовенко, А. Ф., & Малєєв, О. М. (2024). Почуття провини: причини та наслідки. У *Innovative research and perspectives of the development of science and technology* (с. 294–299). European Conference. <https://eu-conf.com/en/events/innovative-research-and-prospects-of-the-development-of-science-and-technology/>
7. Мікіртічян, А., & Боснюк, В. (2024). Психологічні особливості переживання травматичного досвіду українськими переселенцями. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, (1(7)), 28–39. http://repositc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/20253/1/1%287%29_28-39.pdf
8. Педоренко, В. М. (2022). Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (5), 5–10. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.5.1>
9. Педоренко, В. М. (2023). Психологічне благополуччя вимушених українських переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (3), 80–83. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.16>
10. Полегонький, В. (2025). Психоаналітичне осмислення сорому та провини як центральних переживань у травматичному досвіді. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, (1(9)), 121–131. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2025.1.10>
11. Спринська З. В. (2018). Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. *Теорія і практика сучасної психології*, (6), 50–56.
12. Чорна, В. (2024). Соціально-психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб. У О. В. Лісеєнко (Ред.), *Посилення консолідації суспільства та ролі людського капіталу на шляху вступу України та Республіки Молдова до Європейського Союзу* (с. 67–71). Видавничий дім «Гельветика». <http://dpspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/20992>
13. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
14. Freud, S. (1930). *Civilization and Its Discontents*. Hogarth Press.
15. Klein, M. (1975). *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945*. Hogarth Press.
16. Lidin, K. (2021). Emotions as experiences of information flow. *Academia Letters*, 651. <https://doi.org/10.20935/AL651>
17. Luck, T., & Luck-Sikorski, C. (2022). The wide variety of reasons for feeling guilty in adults: Findings from a large cross-sectional web-based survey. *BMC Psychology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00908-3>
18. Maercker, A. (2023). How to deal with the past? How collective and historical trauma psychologically reverberates in Eastern Europe. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1228785. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1228785>
19. Matoba, K. (2022). 'Measuring' collective trauma: a quantum social science approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 57(2), 412–431. <https://doi.org/10.1007/s12124-022-09696-2>
20. Murray, H., Pethania, Y., & Medin, E. (2021). Survivor guilt: A cognitive approach. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14. <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000246>
21. Nikolić, M., Waters, S. F., & McGregor, R. J. (2020). The psychophysiology of guilt in healthy adults. *Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience*, 23(4), 1192–1209. <https://doi.org/10.3758/s13415-023-01079-3>
22. Oh, H., Lee, D.-G., & Cho, H. (2023). The differential roles of shame and guilt in the relationship between self-discrepancy and psychological maladjustment. *Frontiers in Psychology*, 14, Article e1212177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1215177>
23. Peng, W., Huang, Q., Mao, B., Lun, D., Malova, E., Simmons, J. V., & Carcioppolo, N. (2023). When guilt works: A comprehensive meta-analysis of guilt appeals. *Frontiers in Psychology*, 14, Article e1201631. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1201631>
24. Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 345–372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
25. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books / Hachette Book Group.

REFERENCES

1. Ananova, I. V. (2017). Typolohiia Perezhyvannia pochuttia provyny [Typology of experiencing the feeling of guilt]. *Problemy suchasnoi psykholohii*, (37), 18–31 [In Ukrainian].
2. Boiko-Buzyl, Yu. Yu. (2022). Syndrom provyny vtsililoho yak sotsialno-psykholohichni fenomen viiny [Survivor's guilt syndrome as a socio-psychological phenomenon of war]. In *Osobystist, suspilstvo, viina* (pp. 25–28). Kharkivskiy natsionalnyi universytet vnutrishnikh sprav [In Ukrainian].
3. Vasiutynskiy, V. (2022). *Vynni chy beznevynni? Pochuttia provyny v kolektyvni svidomosti ukrainsiv* [Guilty or innocent? The feeling of guilt in the collective consciousness of Ukrainians]. Imeks-LTD [In Ukrainian].
4. Zanchak, Ya. A. (2020). Vidchuttia provyny u vymushenykh pereselentsiv: psykholohichni aspekty [Feelings of guilt among internally displaced persons: psychological aspects]. *Naukovi zapysky UKU*, 12(1), 45–56 [In Ukrainian].
5. Kudinova, M., & Kozhanova, D. (2024). Psykholohichni osoblyvosti vnutrishno peremishchenykh osib: teoretychnyi analiz problemy [Psychological characteristics of internally displaced persons: theoretical analysis of the problem]. *Scientific Works of Interregional Academy of Personnel Management. Psychology*, (2(63)), 17–24. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.2.2> [In Ukrainian].
6. Lisovenko, A. F., & Malieiev, O. M. (2024). Pochuttia provyny: prychny ta naslidky [Feelings of guilt: causes and consequences]. In *Innovative research and perspectives of the development of science and technology* (pp. 294–299). *European Conference*. <https://eu-conf.com/en/events/innovative-research-and-prospects-of-the-development-of-science-and-technology/> [In Ukrainian].
7. Mikirtychian, A., & Bosniuk, V. (2024). Psykholohichni osoblyvosti Perezhyvannia travmatychnoho dosvidu ukrainskymy pereselentsiamy [Psychological peculiarities of traumatic experiences of ukrainian displaced persons]. *Disaster and Crisis Psychology Problems*, (1(7)), 28–39. http://repositc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/20253/1/1%287%29_28-39.pdf [In Ukrainian].
8. Pedorenko, V. M. (2022). Osoblyvosti psykhoemotsiinoho stanu pereselentsiv v umovakh inshoi krainy (na prykladi Nimechchyny) [Features of the psycho-emotional state of immigrants in the Conditions of another country (for the example of germany)]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Serii: Psykholohiia*, (5), 5–10. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.5.1> [In Ukrainian].
9. Pedorenko, V. M. (2023). Psykholohichne blahopoluchchia vymushenykh ukrainskykh pereselentsiv v umovakh inshoi krainy (na prykladi Nimechchyny) [Psychological well-being of internally displaced ukrainians in a foreign country (based on the example of germany)]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Serii: Psykholohiia*, (3), 80–83. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.16> [In Ukrainian].
10. Polehonkyi, V. (2025). Psykhoanalytichne osmyslennia soromu ta provyny yak tsentralnykh Perezhyvan u travmatychnomu dosvidi [Psychoanalytic understanding of shame and guilt as central experiences in traumatic experience]. *Disaster and Crisis Psychology Problems*, (1(9)), 121–131. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2025.1.10> [In Ukrainian].
11. Sprynska Z. V. (2018). Psykholohichni osoblyvosti vnutrishno peremishchenykh osib [Psychological characteristics of internally displaced persons]. *Teoriia i praktyka suchasnoi psykholohii*, (6), 50–56 [In Ukrainian].
12. Chorna, V. (2024). Sotsialno-psykholohichni osoblyvosti vnutrishno peremishchenykh osib. In O. V. Liseienko (Red.), *Posylennia konsolidatsii suspilstva ta roli liudskoho kapitalu na shliakhu vstupu Ukrainy ta Respubliky Moldova do Yevropeiskoho Soiuzu* (pp. 67–71). Vydavnychiy dim «Helvetyka». <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/20992> [In Ukrainian].
13. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
14. Freud, S. (1930). *Civilization and Its Discontents*. Hogarth Press.
15. Klein, M. (1975). *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945*. Hogarth Press.

16. Lidin, K. (2021). *Emotions as experiences of information flow*. *Academia Letters*, 651. <https://doi.org/10.20935/AL651>
17. Luck, T., & Luck-Sikorski, C. (2022). The wide variety of reasons for feeling guilty in adults: Findings from a large cross-sectional web-based survey. *BMC Psychology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00908-3>
18. Maercker, A. (2023). How to deal with the past? How collective and historical trauma psychologically reverberates in Eastern Europe. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1228785. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1228785>
19. Matoba, K. (2022). 'Measuring' collective trauma: a quantum social science approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 57(2), 412–431. <https://doi.org/10.1007/s12124-022-09696-2>
20. Murray, H., Pethania, Y., & Medin, E. (2021). Survivor guilt: A cognitive approach. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14. <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000246>
21. Nikolić, M., Waters, S. F., & McGregor, R. J. (2020). The psychophysiology of guilt in healthy adults. *Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience*, 23(4), 1192–1209. <https://doi.org/10.3758/s13415-023-01079-3>
22. Oh, H., Lee, D.-G., & Cho, H. (2023). The differential roles of shame and guilt in the relationship between self-discrepancy and psychological maladjustment. *Frontiers in Psychology*, 14, Article e1212177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1215177>
23. Peng, W., Huang, Q., Mao, B., Lun, D., Malova, E., Simmons, J. V., & Carcioppolo, N. (2023). When guilt works: A comprehensive meta-analysis of guilt appeals. *Frontiers in Psychology*, 14, Article e1201631. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1201631>
24. Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 345–372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
25. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books / Hachette Book Group.

Відомості про авторів

Анастасія БАЛ, здобувачка ступеня Доктора філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Anastasiia Bal, PhD Candidate, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID ID: 0009-0001-5561-2157

E-mail: nastiabal@gmail.com

Наталія МАКСИМОВА, доктор психологічних наук, професор, професор кафедри клінічної психології, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Nataliia Maksymova, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Department of Clinical Psychology, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID ID: 0000-0003-2110-9884

E-mail: 3481160@gmail.com

Тетяна Брус

СУЧАСНА РОЗРОБКА КОНЦЕПТУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ ТА КОМПЛЕКСНОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ

Анотація

У статті теоретично проаналізовані сучасні наукові погляди на феномен посттравматичного зростання як загально, так і при посттравматичному стресовому розладі та його ускладненій формі. Розглянуто та систематизовано чинники та функції посттравматичного зростання. Виокремлено новий систематизувачий погляд на конструкт посттравматичного зростання та фактори його об'єктивізації на протиположності «суб'єктивному/сприйнятому» та «ілюзорному» посттравматичному зростанню. Продемонстровано ключову різницю розвитку посттравматичного зростання при посттравматичному стресовому розладі та комплексному посттравматичному стресовому розладі. Узагальнено проблематику розвитку посттравматичного зростання при комплексному посттравматичному стресовому розладі та встановлено подальші перспективи емпіричних досліджень.

Ключові слова: посттравматичне зростання, посттравматичний стресовий розлад, комплексний посттравматичний стресовий розлад, резильєнтність, реабілітація, адаптація.

Tetiana Brus

CONTEMPORARY DEVELOPMENT OF THE CONCEPT OF POST-TRAUMATIC GROWTH IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Abstract

The article provides a theoretical analysis of contemporary scientific views on the phenomenon of post-traumatic growth, both in general and

in relation to post-traumatic stress disorder and its complicated form. The factors and functions of post-traumatic growth are considered and systematized. A new systematic view of the construct of post-traumatic growth and the factors of its objectification is highlighted in contrast to “subjective/perceived” and “illusory” post-traumatic growth. The key difference in the development of post-traumatic growth in post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder is demonstrated. The issues of post-traumatic growth development in complex post-traumatic stress disorder are summarized, and further prospects for empirical research are established.

Key words: post-traumatic growth, post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, resilience, rehabilitation, adaptation.

Вступ
Останні роки важкого життєвого досвіду нашого населення супроводжуються об'єктивно обумовленим зростанням наукового інтересу до широкого кола питань, пов'язаних з травмуючими подіями та їх наслідками для психіки людини. Одним з актуальних конструктів постає концепт посттравматичного зростання, формування якого розпочалось з 90-х років ХХ-го століття. Фокус уваги науковців до умовно позитивних змін і надбань особистості є не лише даністю науки, але й необхідністю у формуванні чіткого наукового фрейму концепції посттравматичного зростання з її розмежуванням на дві автономно існуючі категорії: посттравматичне зростання при посттравматичному стресовому розладі та посттравматичне зростання при комплексному стресовому розладі. Таке твердження та антиципований результат є цілком справедливим у зв'язку з наявністю діагностичної та фактичної різниці між вказаними розладами, що обумовлює й специфіку розвитку посттравматичного зростання в обох окремих випадках. При цьому варто прийняти до уваги той факт, що не кожен випадок травми має потенціал до формування посттравматичного зростання, потребуючи ресурсів адаптації або лише реабілітації. Тож, нормою та критерієм посттравматичного функціонування ніяк не є посттравматичне зростання, але потенціал до його надбання має бути вчасно поміченим та ресурсованим фахівцем психотерапевтичної модальності. При цьому проблемою постає недостатня наукова узгодженість концептуального конструкту посттравматичного зростання особистості з його варіативними особливостями при посттравматичному стресовому розладі та комплексному посттравматичному стресовому розладі, що утруднює подальші розробки ефективних психотерапевтичних інтервенцій сприяння розвитку засад посттравматичного зростання як в цілому, так і для окремих цільових верств населення.

Мета дослідження

Метою дослідження є визначення специфіки посттравматичного зростання особистості на сучасному етапі розвитку психологічної науки з додатковим розмежуванням особливостей посттравматичного зростання при посттравматичному стресовому розладі та при його ускладненій формі

- комплексному посттравматичному стресовому розладі для визначення спрямованості подальших емпіричних досліджень стосовно розробки ефективних психотерапевтичних інтервенцій сприяння розвитку засад посттравматичного зростання.

Методи дослідження: теоретичний аналіз літературних джерел.

Результати та їх обговорення

Останні роки особливого наукового інтересу набули питання, пов'язані із психотерапевтичною допомогою населенню у складних життєвих обставинах, що у своїх подальших пошуках привело до ширшого та ґрунтовнішого розкриття феномену посттравматичного зростання (ПТЗ, РТГ) особистості, яка знаходиться у періоді кризи психоемоційного подолання наслідків травматичного досвіду (Тетеря, & Кротенко, 2023, Назар, 2024, Таценко, 2022, Чемодурова, 2024, Чередниченко, 2025, Милославська, Гуляєва, & Богдановський, 2025a). Набувало обертів й дослідження дотичних концептів до ПТЗ (Котовська, 2023, Кошова, 2021), таких як: зростання, пов'язане зі стресом (постстресове зростання), особистісне зростання (феномен T-S конверсії), особистісний ріст, пов'язаний з кризою (посткризове зростання), постдосвідне зростання (Олійник, 2024), позитивні психологічні зміни, передбачувані переваги, процвітання, позитивна реінтерпретація, черпання сил з труднощів (Shakespeare-Finch, Martinek, Tedeschi, & Calhoun, 2013), самооновлення, позитивний сенс, зростання екзистенційної усвідомленості, квантум зміни, трансформаційний копінг, знаходження користі, відкриття сенсу, позитивні побічні результати, позитивне переосмислення, змагальницьке зростання. На сьогоднішній день науковцями розмежовано поняття ПТЗ з такими дефініціями як: резильєнтність, резильєнтна реінтеграція, позитивна адаптація, психологічний імунітет, психологічне процвітання (Котовська, 2023, Вернік, 2024a).

На сьогоднішній день усталеним є поняття «посттравматичне зростання», впроваджене у класичній однойменній концепції Р. Тедескі та Л. Калхуна (Tedeschi & Calhoun, 1996). Автори розглядають ПТЗ як позитивні особистісні зміни, що виникають у результаті травматичного досвіду та подолання глибоких життєвих криз. Але такий підхід не є єдиним існуючим кутом зору і не є єдиним можливим до осмислення (Гальцева, 2024). Crystal L. Park (2022) пропонує розглядати ПТЗ як процес знаходження або створення нового сенсу після травми, що відбувається через руйнування старих схем («Модель смислового відновлення»). Biram, Noresh, Tuval-Mashiach and Hasson-Ohayon (2024) також додатково пояснюють ПТЗ через погляд на травму як на обставини, в яких руйнуються ілюзії (теорія «зруйнованих припущень») стосовно доброзичливості та передбачуваності світу, власної цінності, невразливості та сенсу життя, що призводить до руйнації базових когнітивних схем (довіри, безпеки, справедливості), але з ймовірною подальшою реконструкцією до можливого ПТЗ.

Johnson та Hobfoll з іншими колегами запропонували дещо інший кут зору на ПТЗ (Johnson et. al., 2007), обґрунтовуючи важливість змін у поведінці людини як індикатора наявності чи відсутності ПТЗ. Вони пропонують розглядати

чинником ПТЗ цілеспрямовані дії у бік такого зростання. Це є важливим компонентом діяльнісного підходу до розвитку особистості, але не може бути ключовим чинником ПТЗ, слугуючи посередником між особистістю та ресурсами посттравматичного зростання.

Таким чином можна побачити, що концепт посттравматичного зростання серед науковців розглядається з різних сторін, що надає з першого погляду наче ширшого розуміння феномену, але у той же час при тривалості суперечливих або паралельно проходять міркувань різних авторів криза невизначеності суті феномену ризикує призвести до наукової неузгодженості стосовно питання чіткого фрейму того, що потребує глибших спостережень та емпіричних досліджень для просування у якісно змістовнішому напрямі. Тож, у нинішніх поглядах на ПТЗ варто виділити спільний наратив про те, що постратравматичне зростання з'являється там, де з'являються суттєві зміни у тріаді «Я-світ-життя» з можливістю покращеного функціонування людини у цій системі.

Але покращене функціонування людини може бути наслідком не лише посттравматичного зростання, а також і адаптації та реабілітації, які також мають за мету більш ресурсне проживання життя людиною, яка зазнала впливу травматичного досвіду. Тож переходимо до розмежування конструктів, які є найбільш дискусійними на сьогоднішній день у своєму співставленні задля вичерпного розуміння вектору руху у розвитку стратегії дослідження ПТЗ як повністю автономного феномену і конструкту об'єкту психотерапевтичного сприяння.

Поняття позитивної адаптації є широкоживаним як у науковій, так і практичній діяльності психологів та психотерапевтів. Воно межує (Бацилева, 2024) і навіть періодично не диференціюється з поняттями посттравматичного зростання та резильєнтності (Вернік, 2024b). Для чіткого розмежування цих понять варто зробити акцент на ключових аспектах, які відрізняють їх одне від одного. Так, під адаптацією можливе розуміння потенціалу людини щодо пристосування до змін у внутрішній або/та навколишній ситуації. При цьому адаптація може бути наслідком того, що було задіяно або ж не задіяно ресурс резильєнтності особистості, не виключаючи ймовірності існування обох процесів одночасно у часовому та психічному континуумі. При цьому, постратравматичне зростання може бути «конкретним надбанням» особистості до процесів адаптації та резильєнтності, коли процеси переходять до особистісних трансформацій і виходять за межі згаданих конструктів. Хоча резильєнтність численна кількість авторів розглядає як чинник, підґрунття та навіть умову ПТЗ, опонуючи тезу про те, що високий рівень резильєнтності зворотно корелює з рівнем ПТЗ, сучасне дослідження цього питання в умовах війни не показало встановленого факту впливу резильєнтності на ПТЗ (Музичко, 2024). Адаптація ж у контексті цілеспрямованого фахового сприяння цільовим фокусом уваги має допомогу людині пристосуватись до змін - фокус уваги на «зможти поратись тут і зараз». При цьому реабілітація слугує оптимізації функціонування людини, тобто відновлення або відтворення конкретних функцій і ролей (Negrini et. al., 2022) -

фокус уваги на минуле, на передуючі травми можливості. Замало мати ефективні інтервенції сприяння адаптації та реабілітації у ситуаціях наявності ресурсної готовності людини до більш пролонгованих і орієнтованих на позитивний модус антиципованого майбуття змін. Сприяння ПТЗ полягає у створенні достатніх умов для актуалізації власного ресурсного потенціалу подолання життєвих криз з переходом до якісно нової життєвої ситуації завдяки особистісним трансформаціям - фокус уваги на нове майбутнє з новими можливостями для людини.

Посттравматичне зростання як «феномен процесу розвитку особистості» не є даністю, як і особистісний ріст, бо не є необхідною умовою і запорукою виживання людини. Тому не всі можуть досягти цього результату надбань з виходом із «поля травми». Дослідженнями встановлено, що в середньому поширеність помірного або високого рівня посттравматичного зростання (ПТЗ) серед людей, які пережили травматичні події, становить орієнтовно 52,58% (Wu et. al., 2019) - як без додаткових втручань, так і з ними. Отже, ПТЗ хоч і не є критично важливим надбанням у життєвій історії людини, саме воно все ж таки є можливістю, дарованою природою людської психіки, до задіяння якої можна крокувати науково обґрунтованими кроками.

Важливим компонентом у розгляді конструкту ПТЗ є його опосередкованість низкою чинників: характеристика травми, наявність чи відсутність соціальної підтримки у досвіді та під час травматизації, особистісні характеристики тощо (Немець, 2025, Chen, Wang, Liu, Wu, Wang, 2024)

Так, суб'єктивне сприйняття події та її значення, інтенсивність та тип травмуючої події впливають на міру усвідомленої загрози життю та проживання відчуття безпорадності, що в подальшому має вплив не лише на ймовірність «застрягання у травматичному досвіді» (Кучеренко, Широкова, & Півень, 2024), але й сприятиме чи навпаки унеможливлуватиме розвиток ПТЗ. Помірна тяжкість травми частіше сприяє зростанню, ніж крайня деструкція, а соціальна підтримка на пряму корелює з показниками ПТЗ (Осьодло, & Зубовський, 2021a, Simsir, & Dilmac, 2021a).

Климчук В. О. (2021a) серед предикторів та чинників ПТЗ називає наступні: характеристики травми, характеристики особи, характеристики середовища, виділяючи спроможність особи здійснити когнітивне опрацювання травматичних подій як найбільш впливаючий чинник ПТЗ (Clout, Kannis-Dymand, & McDonald, 2024). Дещо перетинаються у своїх висновках результати дослідження L. Prekazi (2021) та V. Hajrullahu, де «relating to others, new possibilities and personal strength» (покладання на інших, нові можливості та особистісна сила) показали найбільший вплив на ПТЗ через ефективну когнітивну переробку та копінг-стратегії.

У сучасних дослідженнях (Готич, 2023, Clout et.al., 2024) акцент також зроблено на когнітивній переробці травматичного досвіду, окрім зв'язку з особистісною значущістю події та її травмуючою силою і мірою сприйнятого стресу, як умови розвитку ПТЗ. Але пошуки науковців прояснюють й інші детермінуючі

ПТЗ аспекти, серед яких: соціальна підтримка (Belov, Markova, & Markov, 2025), успішна ресоціалізація, суспільне визнання, рівень осмислення особистістю свого минулого - «інтеграція травматичного досвіду у життєву історію» та важливість особистого життєвого наративу і ментативу досвіду (Tytarenko, 2020, Климчук, 2021b), особистісні цінності (Simsir, & Dilmac, 2021b), опора на єдність процесів ПТСП та ПТЗ як єдиного циклу посттравматичного розвитку (Lushyn, & Sukhenko, 2021), соціально-економічний статус, освіта, вік (Joseph, 2021), резильєнтність (Кетлер-Митницька, 2023), розвиток стресостійкості та здатність до швидкої адаптації (Чудакова, 2024a), риси емоційного інтелекту (Милославська, et al., 2025), майндфулнес (Chen et al., 2024), гендерна різниця (Братців & Гупаловська, 2023a). Ці чинники взаємодіють з індивідуально-психологічними характеристиками особистості (Демченко, 2024), які відіграють також значну роль у набутті ПТЗ: з екстраверсією, диспозиційним оптимізмом, відкритістю до нового досвіду (Кокун, 2025, Осьодло, & Зубовський, 2021b), релігійністю та копінг-стратегіями (Ганаба, 2023a, Belov et al., 2025), хоробрістю, силою духу та завзяттям.

Додатково науковцями виділяються ресурси, які за їх спостереженнями також сприяють трансформації травматичного досвіду у посттравматичне зростання: надія (Дарвішов, 2024), кохання, релігійність та молитва зокрема (Ганаба, 2023b, Li, Luo, Yan, & Liang, 2023, Yang, 2023).

Тож, основними загальними детермінантами ПТЗ на сьогоднішній день вважаються: позитивна переінтерпретація та прийняття як стратегії копінгу, соціальна підтримка, в чому прослідковується трирівнева диференціація з можливим розмежуванням чинників ПТЗ на: внутрішньоособистісні, зовнішньосоціальні, цільові терапевтичні. Також важливо наголосити на виявлених чинниках, що перешкоджають посттравматичному зростанню: відсутність соціальної підтримки, тривалий вплив стресу, відсутність сенсу життя, негативні когнітивні патерни, фізичні ускладнення (Чудакова, 2024b).

До ресурсних функцій ПТЗ (Ткаченко, 2023, Шахов, 2025) можна віднести те, що останніми роками знаходиться у фокусі уваги науковців у погляді на ПТЗ як на: прийняття тяжкої хвороби, запорука забезпечення психологічного здоров'я особистості, компонент психологічної стійкості, відновлення функціонування з приростом, компонент стресостійкості, чинник адаптації до кризи, адаптаційний ресурс, баланс втрат і здобутків, усвідомлення глибшого сенсу та переоцінки життя, процес розвитку під впливом стресорів, відношення до травматичної події, чинник самоактуалізації, компонент психологічної безпеки, чинник профілактики залежної поведінки, пошук сенсу життя, чинник зменшення проявів девіантної поведінки. Широта цих бачень говорить про значну та варіабельну участь ресурсу посттравматичного зростання у житті людини.

Отже, ПТЗ - це посткризове структурне надбання особистості, яке полягає у функціональній зміні особистісної готовності до задіяння власного потенціалу, не розкритого до настання травмуючих життєвих обставин. Таке надбання формується за природнім механізмом розвитку, принципи якого

описав в своєму підході Лев Семенович Виготський (Папуча, 2018). Таким чином, ПТЗ як «надбання розвитку особистості» - це результат появи «новоутворення» («новоутворення - якісний стрибок у розвитку, що характеризує новий етап», концепція Виготського Л. С.), яке здатна зпродукувати психіка в кризових умовах, долаючи виклики життя та трансформуючись у відповідності до власного потенціалу та антиципованого майбуття. Погляд на «новоутворення» у його співвідношенні із посттравматичним надбанням у процесі зростання ґрунтується на розумінні, що новоутворення можуть слугувати для накопичення ресурсу особистості у травматичному періоді, що в свою чергу є передумовою переходу до посттравматичного зростання.

Поява новоутворення відбувається за участі власного потенціалу до змін та певних сприятливих чинників навколишнього середовища - достатніх умов для ресурсування цього процесу. Таке новоутворення у структурі особистості є новою гранню ідентичності, яка є надбанням у ситуації розвитку ПТЗ, і також носієм ресурсу позитивного модусу антиципування, який є частиною життєтворчості особистості, а отже - виходу з поля травми у простір власної спроможності, особистісної компетентності. У такому контексті ПТЗР буде асоціюватись із застряганням у кризі, де процес формування новоутворення став ускладненим тими чи іншими обставинами, певними несприятливими умовами, що опосередкували опрацювання досвіду тяжких життєвих обставин.

Тож, ПТЗ - це прогресивний результат психоемоційного опрацювання досвіду травмуючих життєвих обставин, якому сприяє поява нової грані ідентичності особистості як новоутворення у процесі її розвитку при подоланні внутрішньоособистісних суперечностей, викликаних психотравмою. Проміжною ланкою, опосередковуючою цю динаміку, є вмотивованість особистості до виходу з «поля травми» та позитивних змін, що, на жаль, не завжди спостерігається у постраждалих.

Важливими до виокремлення є параметри, які суттєво характеризують посттравматичне зростання особистості по мірі виникнення змін після зіткнення з травмуючими життєвими обставинами. До них відноситься: агентність, ідентичність особистості та позитивний модус життєвої антиципації. До вказаних параметрів входять і проміжні, які витікають з них або тісно пов'язані з ними, такі як: самооцінка, локус каузальності, Я-концепція, діяльнісна позиція тощо. Також важливо по-новому подивитись на підхід до розгляду конструкту ПТЗ, який пов'язують з певними позитивними змінами у різних життєвих сферах.

Прив'язка до життєвих сфер є недоцільною у зв'язку з тим, що безпосередні «позитивні» (суб'єктивні за оцінкою людини, чи «позитивні» в контексті кращого розкриття потенціалу людини) зміни мають відбутись саме у внутрішньому світі, психоемоційному просторі людини. А отже - на які сфери життя та як саме це вплине, має бути індивідуалізованим параметром в гнучкій саморефлексивній оцінці людини (суб'єктивна частина спостережень феномену ПТЗ) та фахівця, коли мова йде про безпосереднє психотерапевтичне сприяння розвитку ПТЗ (об'єктивна частина спостережень).

Посттравматичне зростання також розглядається як «виявлення та присвоєння собі змін після травматичного досвіду». Але таке сприйняття переспрямовує увагу на результат у відриві від каузальності процесу розвитку ПТЗ. Пасивна роль спостерігача применшує його роль у набутті власного посттравматичного зростання, що є помилкою, когнітивним викривленням. Важливо визнавати суб'єктну ресурсність, що стає рушійною силою, спрямовуючою до саморозвитку та покращення власного життя. Такими суб'єктними ресурсами, в першу чергу, є потенціал задоволення системи власних потреб, з яким народжується людина. Саме цей потенціал і має бути вивільненим з-під «уламків травм». І саме цей потенціал і може служити чинником ПТЗ через повернення до власної суб'єктності, контакту з власною автентичністю, виходу з дисоціації та невротизації як наслідку психотравматичного досвіду. Також, якщо наявність ПТЗ прив'язувати до «виявлення та приписування собі», тобто до усвідомлення його наявності - буде втрачено бачення ПТЗ як такого, яке дійсно стосується змін, бо когнітивна констатація зможе замінювати його фактичний розвиток у тих випадках, коли власних ресурсів забракло, але була не задіяною можливість цілеспрямованої психотерапевтичної допомоги через сприяння розвитку ПТЗ. Тобто, необхідне фахове зосередження саме на «об'єктивному ПТЗ» (Objective PTG), коли увага до «суб'єктивного/сприйнятого ПТЗ» (Perceived PTG) має бути об'єктом фахової уваги задля того, щоб диференціювати фактичні зміни та конструкти, зпродуковані когнітивним викривленням, магічним мисленням, психологічними захистами тощо. Тож, констатація у самозвітуванні ПТЗ не завжди відображає реальне психологічне відновлення та приріст.

Науковці виокремлюють ще «ілюзорне» (Illusory PTG) або компенсаторне зростання (Boals, 2023), коли людина формально демонструє духовно-філософські висновки як надбання після досвіду травми, але без реальної інтеграції травматичного досвіду в особистісний наратив та тим паче без новоутворень у структурі ідентичності, які мали б ознаки розширення. Саме ця «форма ПТЗ» є проявом психологічних захистів та когнітивних викривлень. Це додатково свідчить про те, що ПТЗ не є автоматичним наслідком навіть за наявності глибоких травм.

Саме у кризові періоди життя у конфронтації з тим, що поки що є «більшим за тебе», людина має можливість розкрити власний потенціал, спроможність, особистісну «потужність та ємність», стаючи більшою за це, переростаючи власні страхи та розширюючи само- та світосприйняття.

У наукових працях вітчизняних науковців за останні роки феномен ПТЗ розглядається для різних категорій населення: жертви травмуючих подій, воєнні та їх сім'ї, соматично хворі, біженці та внутрішньопереміщені особи. При цій широті тематик, феномен ПТЗ вивчається в останні роки здебільшого у межах загальної травматизації внаслідок різних тяжких життєвих обставин та проблематики посттравматичного стресового розладу, тож до сих пір бракує наукового осмислення питання ПТЗ при комплексному посттравматичному стресовому розладі (кПТСР, 6B41, блок L1-6D4, МКХ-11), що є суттєвою

науковою прогалиною нашого часу в умовах, де травматичний досвід дитинства та повторюваних травматичних подій у досвіді став проваллям, яке унеможливило відчуття опору у актуальних загрозливих життєвих подіях з численними травмами та втратами війни.

Також недостатньо вивченим є вектор ПТЗ у жінок при тому, що ПТЗ у жінок та чоловіків мають дещо різну динаміку, що пов'язується з різницею у переживанні травмуючих ситуацій (Братців, 2023). При цьому науковці виділяють, що ПТЗ у жінок утруднене, як і те, що вони рідше відчують антиципацію подій, що є суттєвим фактором утрудненості надбання ПТЗ через нестачу мотивуючого та ресурсного впливу позитивного модусу антиципування. Це створює актуальну значущість розробки змісту та емпіричного дослідження методологічної розробки психотерапевтичних інтервенцій сприяння розвитку ПТЗ у жінок з кПТСР. Локус уваги спрямовується при цьому у ще більш глибоку специфіку питання - у сприяння ПТЗ при кПТСР у жінок з дитячим досвідом насильства у сім'ї.

КПТСР як окрема категорія діагностики була введена до МКХ-11 для виокремлення від ПТСР порушень, спричинених досвідом тривалих або повторюваних подій, яких важко або неможливо уникнути (Brewin et al., 2017). Значущими наслідками такого досвіду прийнято вважати: проблеми в регулюванні афекту; стійке уявлення про себе як про принижену, розчавлену або нікчемну людину, що супроводжується відчуттями сорому, провини або поразки; труднощі в підтримці стосунків та у переживанні відчуття близькості до інших людей. Суттєву роль у розвитку КПТСР часто відіграють саме ранні травми дитинства. Також досвід насильства в дитинстві як потужний предиктор розвитку КПТСР розглядають дослідники сучасності, виокремлюючи «мішенями травмування» самооцінку, емоційну регуляцію та відчуття базової безпеки (Melegkovits et.al., 2022, Deitz, 2024, Zhang, Wu, Liu, & Liu, 2025,). Але на даний час ще недостатньо систематизовано дані про психотерапевтичні умови сприяння позитивній трансформації досвіду КПТСР до форми розвитку ПТЗ.

Сучасні дослідження показали, що хоча травмофокусована терапія у нинішніх алгоритмах є ефективною як при ПТСР так і при КПТСР (Philipps, Silbermann, Morawa, Stemmler, & Erim, 2019), при КПТСР спостерігається вищий рівень функціональних порушень, що потребує більш тривалої психотерапевтичної допомоги, але при цьому навіть при достатньо успішних зафіксованих результатах терапії випадки КПТСР можуть мати ускладнення у прояві соматоформних симптомів, а високий рівень провини і сорому, властивим даному розладу, стрімко знижує рівень ПТЗ (Jarašiūnaitė-Fedosejeva et.al., 2024).

Таким чином, незважаючи на наявність окремих напрацювань щодо ПТЗ, КПТСР та психологічних наслідків дитячого насильства, у сучасній психологічній науці відсутні комплексні емпіричні дослідження, що вивчають процес психотерапевтичного сприяння розвитку посттравматичного зростання у жінок з КПТСР, зумовленим досвідом сімейного насильства у дитинстві. Необхідною є також розробка, апробація та впровадження психотерапевтичних інтервенцій,

чутливих до особливостей саме цієї цільової групи.

ВИСНОВКИ

Ключовим аспектом сучасної концептуалізації поняття посттравматичного зростання є його розгляд як конструкту з якісно новим та функціонально значущим надбанням у структурі особистості, обумовленим динамічністю природи людської психіки та її потенціалу до трансформації у нормативних та ненормативних життєвих кризах, зокрема у наслідках травматичних життєвих обставин, в яких певна частина людей здатна набувати саморозкриття, формування нових граней особистості та особистісної трансформації.

Розмежовано конструкти посттравматичного зростання, адаптації та реабілітації задля окреслення чітких меж наповнення та диференціації цих процесів у зв'язку із загальнорозповсюдженим використанням термінів «адаптація» та «реабілітація у контексті розкриття змісту позитивних наслідків феномену посттравматичного зростання, що створює певну нерозрізнену єдність цих процесів і може ускладнювати подальші розробки змісту даних конструктів як автономних процесів та засобів впливу зокрема. Посттравматичне зростання розмежовується з адаптацією та реабілітацією тим, що адаптація надає можливостей впоратись з актуальним дискомфортом задля відновлення умов гомеостазу, реабілітація допомагає відновити втрачене до актуально можливого рівня, а ПТЗ надає нових можливостей руху у своє майбуття.

Основними загальними детермінантами ПТЗ на сьогоднішній день вважаються: позитивна переінтерпретація як когнітивна складова і переосмислення досвіду, прийняття як стратегія копінгу та соціальна підтримка. Тож, чинники ПТЗ проявляються у трьох категоріях: внутрішньоособистісні, зовнішньосоціальні та цільові терапевтичні. Антагоністичними до ПТЗ чинниками є: відсутність соціальної підтримки, тривалий вплив стресу, відсутність сенсу життя, негативні когнітивні патерни та фізичні ускладнення.

У посттравматичному розвитку особистості виокремлено надбання, які характеризують об'єктивну форму ПТЗ: агентність, ідентичність особистості та позитивний модус життєвої антиципації, та містять проміжні конструкти, розвиток позитивного модусу яких є запорукою розвитку ПТЗ: самооцінка, локус каузальності, Я-концепція, діяльнісна позиція.

Розвиток ПТЗ при кПТСР є ускладненим у порівнянні з ПТСР. Це потребує додаткових емпірично обґрунтованих методологічних розробок сприяння розвитку ПТЗ при кПТСР, зокрема у жінок з дитячим сімейним досвідом психоемоційного насилля як фактором додаткової вразливості та відсутності опору на позитивне минуле.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бацилева, О. В. (2024). Посттравматичне зростання як адаптаційний ресурс особистості в умовах сьогодення. У О. В. Бацилева (Ред.), *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я в умовах війни* (с. 20–22). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. <https://dspace>.

hnpu.edu.ua/handle/123456789/17663

2. Белов, О. О., Маркова, М. В., & Марков, А. Р. (2025). Посттравматичне зростання: дослідження взаємодії інтра- та інтерпсихічних ресурсів особистості. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 12(1(27)), 22–36. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-27-02>
3. Братців, В., & Гупаловська, В. (2023). Гендерні особливості посттравматичного зростання. У *Scientific practice: Modern and classical research methods* (с. 336–339). *Primedia eLaunch & European Scientific Platform*. <https://doi.org/10.36074/logos-22.12.2023.093>
4. Вернік, О. Л. (2024). Посттравматичне зростання і стратегії життєдіяльності особистості. У С. Д. Максименко, & В. В. Турбан (Ред.), *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього* (с. 78–80). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. <https://surl.li/dhndxe>
5. Гальцева, Т. О. (2024). Концепція посттравматичного зростання: моделі та практики. У Л. М. Пріснякова (Ред.), *Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація*. ЛІРА. <https://surl.li/jhtcdt>
6. Ганаба, С. О. (2023). Відновлення та посттравматичне зростання особистості: модель “BASIC Ph”. В *Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів* (с. 162–165). Державний науково-дослідний інститут МВС України. <https://dspace.nadpsu.edu.ua/handle/123456789/3281>
7. Готич, В. О. (2023). Теоретичні підходи до феномену посттравматичного зростання. У І. В. Жукова, & Є. О. Романенко (Ред.), *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку* (с. 318–322). ГО «ВАДНД». <https://surl.li/mgckfa>
8. Дарвішов, Н. Р. (2024). Особистісноцентрований підхід до посттравматичного зростання. У В. С. Бліхар (Уклад.), *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації* (с. 94–98). Львівський державний університет внутрішніх справ. <https://ndeks.lviv.ua/pdf/15.11.2024.pdf>
9. Демченко, Н. (2024). Вплив ресурсних сторін на процеси посттравматичного зростання. У В. Ф. Пузирний (Ред.), *Інтеграція теорії у практику: проблеми, пошуки, перспективи в умовах євроінтеграційних процесів* (Т. 1) (с. 165–169). Пенітенціарна академія України. <https://surl.li/lkzptu>
10. Кетлер-Митницька, Т. С. (2023). Резильєнтність як чинник посттравматичного зростання в умовах війни. В *Актуальні проблеми права, психології та педагогіки в умовах війни* (с.194–196). Білоцерківський НАУ. <https://surl.li/btdaig>
11. Климчук, В. О. (2021). *Психологія посттравматичного зростання*. (2-ге вид., переробл. і допов.). Імекс-ЛТД. <https://surl.li/yabfld>
12. Кокун, О. М. (2025). Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика. *Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. <https://fp.udu.edu.ua/images/naykovtchi/kokun.pdf>
13. Котовська, Ю. О. (2023). Аналіз співвідношення поняття «посттравматичне зростання» та суміжних із ним понять. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*, (16), 44–52. <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2023-16-44-52>
14. Кошова, І. В. (2021). До проблеми вивчення посттравматичного особистісного росту. У М. В. Папуча (Ред.), *Психологічні проблеми особистості на сучасному етапі розвитку суспільства* (с. 113–116). НДУ ім. М. Гоголя. <https://surl.li/thbrwm>
15. Кучеренко, Є., Широкова, А., & Півень, Л. (2024). Посттравматичний розвиток як лімінальний процес у теорії та практиці психосинтезу. *Журнал соціальної та практичної психології*, (4), 67–73. <https://doi.org/10.32782/psy-2024-4-11>
16. Милославська, О. В., Гуляєва, О. В., & Богдановський, С. О. (2025). Медіаторна роль рис

- емоційного інтелекту у взаємозв'язку між колективною травмою та посттравматичним зростанням. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*, (78), 60–66. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2025-78-09>
17. Музичко, Л. (2024). Резильентність і посттравматичне зростання особистості внаслідок стресу. *Журнал соціальної та практичної психології*, (3), 44–49. <https://doi.org/10.32782/psy-2024-3-7>
 18. Назар, Ю. (2024). Аксіопсихологічна модель посттравматичного зростання особистості. *Психологічний журнал*, 13, 24–35. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.13.2024.314999>
 19. Немець, Ю. В., & Тесленко, М. М. (2025). Індивідуальні особливості як чинник посттравматичного зростання. У *Тези 77-ї наукової конференції професорів, викладачів, наукових працівників, аспірантів та студентів університету* (Т. 2) (с. 219–221). Національний університет імені Юрія Кондратюка. <https://reposit.nupp.edu.ua/handle/PolNTGU/18963>
 20. Олійник, В. О. (2024). Стратегії розвитку постдосвідного зростання (на основі філософських поглядів Ігоря Козловського). У І. В. Данилюк, Г. К. Юрчинська, Н. І. Погорільська, & Б. Б. Іваненко (Ред.), *Психологічне здоров'я особистості в контексті процесів глобалізації: методологія дослідження, реалії та перспективи*. (с. 146–149). ЦП «КОМПРИНТ».
 21. Осьодло В., & Зубовський Д. (2021). Ситуаційно-демографічні детермінанти прояву посттравматичного зростання учасників АТО. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 1(1), 17–33. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2021.1.2>
 22. Папуча, М. В. (Ред.). (2018). *Психологія людини: Л. С. Виготський та сучасна наука*. НДУ ім. М. Гоголя. <https://surl.li/uinywq>
 23. Таценко, А. О. (2022). Теоретичні основи посттравматичного зростання особистості. *Наукові перспективи*, 4(22), 372–381. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-4\(22\)-372-381](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-4(22)-372-381)
 24. Тетеря, К., & Кротенко, В. (2023). Теоретичні аспекти травматичного досвіду. Посттравматичний стресовий розлад і феномен посттравматичного зростання. У Р. Павелків, Н. Корчакова, & В. Безлюдна (Упоряд.), *Соціально-психологічна реабілітація ветеранів* (с. 119–121). РДГУ. <https://surl.li/rcclyu>
 25. Ткаченко, О. А. (2023). Посттравматичний розвиток як методологічний орієнтир подолання ПТСР. У *Методи та засоби психологічної допомоги постраждалим у подоланні ПТСР* (с. 225–228). Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi75/0055634.pdf>
 26. Чемодурова, Ю. М. (2024). Психологічні моделі феномену посттравматичного зростання особистості. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 35(74), 28–33. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/05>
 27. Чередниченко, Т. В. (2025). Посттравматичне зростання особистості як психологічний феномен. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 1(9), 70–78. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2025.1.6>
 28. Чудакова, В. П. (2024). Основні чинники, що впливають на посттравматичне зростання особистості, та роль в його реалізації «технології психологічної підтримки і самопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації». У С. Д. Максименко, & В. В. Турбан (Ред.), *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього* (с. 73–75). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. <https://surl.li/nnnycd>
 29. Шахов, В. (2025). Посттравматичне зростання як шлях подолання наслідків травматичних подій. У М. В. Трофименко (Ред.), *Актуальні проблеми науки та освіти* (с. 261–265). Маріупольський державний університет. <https://surl.li/otluoq>
 30. Biram, S. A., Horesh, D., Tuval-Mashiach, R., & Hasson-Ohayon, I. (2024). World assumptions and post traumatic symptoms: The moderating role of metacognition. *European Journal of Trauma &*

Dissociation, 8(1), Article 100389. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100389>

31. Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
32. Boals, A. (2023). Illusory posttraumatic growth is common, but genuine posttraumatic growth is rare: A critical review and suggestions for a path forward. *Clinical Psychology Review*, 103, Article 102301. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102301>
33. Clout, E., Statham, D. J., Human, B., Allen, A., & Kannis-Dymand, L. (2024). The role of rumination and metamemory beliefs in posttraumatic growth and posttraumatic stress. *Discover Psychology*, 4(1), Article 109. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00208-4>
34. Chen, D., Wang, P., Liu, L., Wu, X., & Wang, W. (2024). Mindfulness affected post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth: *Adaptive and maladaptive sides through traumarelated shame and guilt*. *PsyCh Journal*, 14(2), 290–298. <https://doi.org/10.1002/pchj.798>
35. Deitz, A. H. H. (2024). Self-compassion, childhood emotional neglect, and posttraumatic growth: Parental well-being during COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 350, 504–512. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.130>
36. Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kniežaitė, J., Sakalauskienė, E., Ayers, S., Bogaerts, A., & Riklikienė, O. (2024). Guilt-and shame-proneness, birth-related post-traumatic stress and post-traumatic growth in women with preterm birth. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61. <https://doi.org/10.1177/00469580241299604>
37. Johnson, R. J., Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., & Palmieri, P. A. (2007). Posttraumatic growth: Action and reaction. *Applied Psychology*, 56(3), 428–436. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00296.x>
38. Joseph, S. (2021). Posttraumatic growth as a process and an outcome: Vexing problems and paradoxes seen from the perspective of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 49(2), 219–239. <https://doi.org/10.1037/hum0000156>
39. Li, D., Luo, J., Yan, X., & Liang, Y. (2023). *Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) as an independent diagnosis: Differences in hedonic and eudaimonic well-being between CPTSD and PTSD*. *Healthcare*, 11(8), Article 1188. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081188>
40. Lushyn, P., & Sukhenko, Y. (2021). *Post-Traumatic Stress Disorder and Post-Traumatic Growth in Dialectical Perspective: Implications for Practice*. *East European Journal of Psycholinguistics*, 8(1), 57–69. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2021.8.1.lus>
41. Melegkovits, E., Blumberg, J., Dixon, E., Ehntholt, K., Gillard, J., Kayal, H., Kember, T., Ottisova, L., Walsh, E., Wood, M., Gafoor, R., Brewin, C., Billings, J., Robertson, M., & Bloomfield, M. (2022). *The effectiveness of trauma-focused psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder: A retrospective study*. *European Psychiatry*, 66(1), 1–36. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2346>
42. Negrini, S., Selb, M., Kiekens, C., Todhunter-Brown, A., Arienti, C., Stucki, G., & Meyer, T. (2022). Rehabilitation definition for research purposes: A global stakeholders' initiative by Cochrane Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 101(7). <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002031>
43. Park, C. L. (2022). *Meaning making following trauma*. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 844891. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.844891>
44. Philipps, A., Silbermann, A., Morawa, E., Stemmler, M., & Erim, Y. (2019). Effectiveness of a multimodal, day clinic group-based treatment program for trauma-related disorders: Differential therapy outcome for complex PTSD vs. non-complex trauma-related disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00800>

45. Prekazi, L., Hajrullahu, V., Bahtiri, S., Kryeziu, B., Hyseni, B., Taganoviq, B., & Gallopeni, F. (2021). The impact of coping skills in post-traumatic growth of healthcare providers: When mental health is deteriorating due to COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.791568>
46. Shakespeare-Finch, J., Martinek, E., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2013). A qualitative approach to assessing the validity of the posttraumatic growth inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 18(6), 572–591. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.734207>
47. Simsir, Z., & Dilmac, B. (2021). Predictive relationship between war posttraumatic growth, values, and perceived social support. *Illness, Crisis & Loss*, 29(2), 95–111. <https://doi.org/10.1177/1054137318788655>
48. Tytarenko, T. M. (2020). Person's life changing after trauma: A narrative analysis. Personality in society: psychological mechanisms of activity. In N. P. Hapon, A. O. Vovk, S. L. Hrabovska, N. V. Hrebin, A. Shyroka, V. A. Hupalovska, N. I. Zhyhaylo, L. V. Ryzhak, H. V. Katolyk, I. I. Snyadanko, & T. M. Tytarenko *Personality in society: Psychological mechanisms of activity* (pp.139–154): Liha-Pres. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-209-1/139-154>
49. Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408–415. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>
50. Yang, C. Y., Chiang, Y.-C., Wu, C.-L., Hung, S.-K., Chu, T.-L., & Hsiao, Y.-C. The mediating role of spirituality in the relationships between posttraumatic stress and posttraumatic growth among patients with cancer: A cross-sectional study. *Asian Oncology Nursing Society*, 10(5), Article 100221. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100221>
51. Zhang, L., Wu, X., Liu, M., & Liu, A. (2025). Relationship between complex posttraumatic stress disorder symptoms and posttraumatic growth among adolescents and emerging adults with adverse childhood experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001932>

REFERENCES

1. Batsylieva, O. V. (2024). Posttravmatychnе zrostannia yak adaptatsiinyi resurs osobystosti v umovakh sohodennia [Post-traumatic growth as an adaptive resource for individuals in today's world]. In O. V. Batsylieva (Eds.), *Osobystisni ta sytuatyvni determinanty zdorovia v umovakh viiny* (pp. 20–22). G. S. Kostiuk Institute of Psychology NAES of Ukraine <https://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/176631> [In Ukrainian].
2. Belov, O. O., Markova, M. V., & Markov, A. R. (2025). Posttravmatychnе zrostannia: doslidzhennia vzaiemodii intra- ta interpsykhichnykh resursiv osobystosti [Post-traumatic growth: a study of the interaction of intra- and interpersonal resources]. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 12(1(27)), 22–36. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-27-02> [In Ukrainian].
3. Brattsiv, V. & Hupalovska, V. (2023). Henderni osoblyvosti posttravmatychnoho zrostannia [Gender characteristics of post-traumatic growth]. In *Scientific practice: Modern and classical research methods* (pp. 336–339). *Primedia eLaunch & European Scientific Platform*. <https://doi.org/10.36074/logos-22.12.2023.093> [In Ukrainian].
4. Vernik, O. L. (2024). Posttravmatychnе zrostannia i stratehii zhyttiediialnosti osobystosti [Post-traumatic growth and strategies for personal life]. In S. D. Maksymenko, & V. V. Turban (Eds.), *Naukova spadshchyna ukrainskoi psykholohii: yednist mynuloho ta teperishnoho* (pp. 78–80). G. S. Kostiuk Institute of Psychology NAES of Ukraine. <https://surl.li/dhndxe> [In Ukrainian].
5. Haltseva, T. O. (2024). Kontseptsiiia posttravmatychnoho zrostannia: modeli ta praktyky [The concept of post-traumatic growth: models and practices]. In L. M. Prisniakova (Eds.). *Osobystist u kryzovykh*

- umovakh suchasnosti. Travmatyzatsiia ta reabilitatsiia*. LIRA. <https://surl.li/jhtcdt> [In Ukrainian].
6. Hanaba, S. O. (2023). Vidnovlennia ta posttravmatychno zrostantia osobystosti: model "BASIC Ph" [Recovery and post-traumatic personal growth: the "BASIC Ph" model]. In *Aktualni problemy psykholohichnoho zabezpechennia sluzhbovoi diialnosti pratsivnykiv pravookhoronnykh orhaniv* (pp. 162–165). Research Institute of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine. <https://dspace.nadpsu.edu.ua/handle/123456789/3281> [In Ukrainian].
 7. Hotych, V. O. (2023). Teoretychni pidkhody do fenomenu posttravmatychnoho zrostantia [Theoretical approaches to the phenomenon of post-traumatic growth]. In I. V. Zhukova, & Ye. O. Romanenko (Eds.), *Suchasni aspekty modernizatsii nauky: stan, problemy, tendentsii rozvytku* (pp. 318–322). HO «VADND». <https://surl.li/mgckfa> [In Ukrainian].
 8. Darvishov, N. R. (2024). Osobystisnotsentrovanyi pidkhid do posttravmatychnoho zrostantia. [A person-centered approach to post-traumatic growth]. In V. S. Blikhar (Compiler), *Psychology of the specialist's personality during times of war and posttraumatic rehabilitation* (pp. 94–98). Lviv State University of Internal Affairs. <https://ndekc.lviv.ua/pdf/15.11.2024.pdf> [In Ukrainian].
 9. Demchenko, N. (2024). Vplyv resursnykh storin na protsesy posttravmatychnoho zrostantia [The influence of resource aspects on the processes of post-traumatic growth]. In V. F. Puzyrnyy(Ed.), *Integration of theory into practice: problems, searches, prospects in the context of European integration processes* (Vol. 1) (pp. 165–169). Penitentiary academy of Ukraine. <https://surl.li/lkzptu> [In Ukrainian].
 10. Ketler-Mytynska, T. S. (2023). Rezyliientnist yak chynnyk posttravmatychnoho zrostantia v umovakh viyny [Resilience as a factor of post-traumatic growth in wartime]. In *Aktualni problemy prava, psykholohii ta pedahohiky v umovakh viyny* (pp.194–196). Bila Tserkva National Agrarian University. <https://surl.li/btdaig> [In Ukrainian].
 11. Klymchuk, V. O. (2021). *Psykhologhiia posttravmatychnoho zrostantia* [Psychology of post-traumatic growth] (2nd. ed., rev. & suppl.). Imeks-LTD. <https://surl.li/yabfld> [In Ukrainian].
 12. Kokun, O. M. (2025). *Zhyttestiykist i rezyliientnist liudyny v suchasnomu sviti: teoriia, doslidzhennia, praktyka* [Human resilience and resilience in the modern world: theory, research, practice G. S. Kostyuk Institute of Psychology NAES of Ukraine. <https://fp.udu.edu.ua/images/naykovtchi/kokun.pdf> [In Ukrainian].
 13. Kotovska, Yu. O. (2023). Analiz spivvidnoshennia poniattia "posttravmatychno zrostantia" ta sumizhnykh iz nym poniat [He analysis of the relationship of the concept of "post-traumatic growth" and related concepts]. *Scientific Notes of Ostroh Academy National University: Psychology Series*, (16), 44–52. <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2023-16-44-52> [In Ukrainian].
 14. Koshova, I. V. (2021). Do problemy vyvchennia posttravmatychnoho osobystisnoho rostu [To the problem of studying post-traumatic personal growth]. In M. V. Papucha (Ed.), *Psykhologichni problemy osobystosti na suchasnomu etapi rozvytku suspilstva* (pp. 113–116). Nizhyn Mykola Gogol State University. <https://surl.li/thbrwm> [In Ukrainian].
 15. Kucherenko, Ye., Shyrokov, A., & Piven, L. (2024). Posttravmatychnyi rozvytok yak liminalnyi protses u teorii ta praktytsi psykhosyntezy [Post-traumatic development as a liminal process in the theory and practice of psychosynthesis]. *Social and Practical Psychology Journal*, (4), 67–73. <https://doi.org/10.32782/psy-2024-4-11> [In Ukrainian].
 16. Myloslavska, O. V., Huliaieva, O. V., & Bohdanovskiy, S. O. (2025). Mediatorna rol rys emotsiinoho intelektu u vzaiemozv`iazku mizh kolektyvnoiu travmoiu ta posttravmatychnym zrostantiam [The mediating role of emotional intelligence traits in the relationship between collective trauma and post-traumatic growth]. *Visnyk of V. N. Karazin Kharkiv National University. A Series of Psychology*, (78), 60–66. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2025-78-09> [In Ukrainian].
 17. Muzychko, L. (2024). Rezyliientnist i posttravmatychno zrostantia osobystosti vnaslidok stresu [Resilience and post-traumatic personality growth as a result of stress]. *Social and Practical Psychology*

- Journal*, (3), 44–49. <https://doi.org/10.32782/psy-2024-3-7> [In Ukrainian].
18. Nazar, Yu. (2024). Aksiopsykholohichna model posttravmatychnoho zrostannia osobystosti [Axiopsychological model of posttraumatic growth of personality]. *Psychological Journal*, 13, 24–35. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.13.2024.314999> [In Ukrainian].
 19. Niemets, Yu. V., & Teslenko, M. M. (2025). Indyvidualni osoblyvosti yak chynnyk posttravmatychnoho zrostannia [Individual characteristics as a factor in post-traumatic growth]. In *Tezy 77-yi naukovoï konferentsii profesoriv, vykladachiv, naukovykh pratsivnykiv, aspirantiv ta studentiv universytetu* (Vol. 2) (pp. 219–221). National University “Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic”. <https://reposit.nupp.edu.ua/handle/PolNTU/18963> [In Ukrainian].
 20. Oliinyk, V. O. (2024). Stratehii rozvytku postdosvidnoho zrostannia (na osnovi filosofskykh pohliadiv Ihoria Kozlovskoho) [Strategies for post-experiential growth (based on the philosophical views of Igor Kozlovsky)]. In I. V. Danyliuk, H. K. Yurchynska, N. I. Pohorilska, & B. B. Ivanenko (Eds.), *Psykhologichne zdorovia osobystosti v konteksti protsesiv hlobalizatsii: metodolohiia doslidzhennia, realii ta perspektyvy* (pp. 146–149). TsP «KOMPRYNT» [In Ukrainian].
 21. Osodlo V., & Zubovskiy D. (2021). Sytuatsiino-demografichni determinanty proiavu posttravmatychnoho zrostannia uchasnykiv ATO [Situational and demographic determinants of the manifestation of post-traumatic growth of ATO participants]. *Disaster and Crisis Psychology Problems*, 1(1), 17–33. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2021.1.2> [In Ukrainian].
 22. Papucha, M. V. (Eds.). (2018). Psykholohiia liudyny: L. S. Vyhotskyy ta suchasna nauka [Human psychology: L. S. Vygotsky and modern science]. *Nizhyn Mykola Gogol State University*. <https://surl.li/uinywq> [In Ukrainian].
 23. Tatsenko, A. O. (2022). Teoretychni osnovy posttravmatychnoho zrostannia osobystosti [Theoretical fundamentals of post-traumatic personality growth]. *Scientific Perspectives*, 4(22), 372–381. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-4\(22\)-372-381](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-4(22)-372-381) [In Ukrainian].
 24. Teteria, K., & Krotenko, V. (2023). Teoretychni aspekty travmatychnoho dosvidu. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad i fenomen posttravmatychnoho zrostannia [Theoretical aspects of traumatic experience. Post-traumatic stress disorder and the phenomenon of post-traumatic growth]. In R. Pavelkiv, N. Korchakova, & V. Bezliudna (Compiler), *Sotsialno-psykhologichna reabilitatsiia veteraniv* (pp. 119–121). RDHU. <https://surl.li/rclyu> [In Ukrainian].
 25. Tkachenko, O. A. (2023). Posttravmatychnyi rozvytok yak metodolohichniy oriientyr podolannia PTSR [Post-traumatic development as a methodological guideline for overcoming PTSD]. In *Metody ta zasoby psykhologichnoi dopomohy postrazhdalym u podolanni PTSR* (pp. 225–228). G. S. Kostiuk Institute of Psychology NAES of Ukraine <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi75/0055634.pdf> [In Ukrainian].
 26. Chemodurova, Yu. M. (2024). Psykhologichni modeli fenomenu posttravmatychnoho zrostannia osobystosti [Psychological models of the phenomenon of post-traumatic personality growth]. *Scientific Notes of Taurida National V.I. Vernadsky University. Series: Psychology* 35(74), 28–33. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/05> [In Ukrainian].
 27. Cherednychenko, T. V. (2025). Posttravmatychno zrostannia osobystosti yak psykhologichnyi fenomen [Post-traumatic personal growth as a psychological phenomenon]. *Disaster and crisis psychology problems*, 1(9), 70–78. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2025.1.6> [In Ukrainian].
 28. Chudakova, V.P. (2024). Osnovni chynnyky, shcho vplyvaiut na posttravmatychno zrostannia osobystosti, ta rol v yoho realizatsii “tekhnohii psykhologichnoi pidtrymky i samodopomohy u podolanni naslidkiv travmuiuchykh sytuatsii, rozvytku stresostiikosti ta zdatnosti do shvydkoi adaptatsii” [Main factors affecting post-traumatic personal growth and the role of “technologies of psychological support and self-help in overcoming the consequences of traumatic situations, development of stress resistance and ability for rapid adaptation» in its implementation”]. In S. D. Maksymenko, & V. V. Turban (Eds.),

- Naukova spadshchyna ukrainskoi psykholohii: yednist mynuloho ta teperishnoho* (pp. 73–75). Instytut psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy. <https://surl.li/nnnycd> [In Ukrainian].
29. Shakhov, V. (2025). Posttraumatychnye zrostannia yak shliakh podolannia naslidkiv travmatychnykh podii [Post-traumatic growth as a way to overcome the consequences of traumatic events]. In M. V. Trofymenko (Ed.), *Aktualni problemy nauky ta osvity* (pp. 261–265). Mariupol State University. <https://surl.li/otluoq> [In Ukrainian].
 30. Biram, S. A., Horesh, D., Tuval-Mashiach, R., & Hasson-Ohayon, I. (2024). World assumptions and post traumatic symptoms: The moderating role of metacognition. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), Article 100389. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100389>
 31. Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
 32. Boals, A. (2023). Illusory posttraumatic growth is common, but genuine posttraumatic growth is rare: A critical review and suggestions for a path forward. *Clinical Psychology Review*, 103, Article 102301. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102301>
 33. Clout, E., Statham, D. J., Human, B., Allen, A., & Kannis-Dymand, L. (2024). The role of rumination and metamemory beliefs in posttraumatic growth and posttraumatic stress. *Discover Psychology*, 4(1), Article 109. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00208-4>
 34. Chen, D., Wang, P., Liu, L., Wu, X., & Wang, W. (2024). Mindfulness affected post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth: Adaptive and maladaptive sides through trauma-related shame and guilt. *PsyCh Journal*, 14(2), 290–298. <https://doi.org/10.1002/pchj.798>
 35. Deitz, A. H. H. (2024). Self-compassion, childhood emotional neglect, and posttraumatic growth: Parental well-being during COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 350, 504–512. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.130>
 36. Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Kniežaitė, J., Sakalauskienė, E., Ayers, S., Bogaerts, A., & Riklikienė, O. (2024). Guilt-and shame-proneness, birth-related post-traumatic stress and post-traumatic growth in women with preterm birth. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61. <https://doi.org/10.1177/00469580241299604>
 37. Johnson, R. J., Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., & Palmieri, P. A. (2007). Posttraumatic growth: Action and reaction. *Applied Psychology*, 56(3), 428–436. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00296.x>
 38. Joseph, S. (2021). Posttraumatic growth as a process and an outcome: Vexing problems and paradoxes seen from the perspective of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 49(2), 219–239. <https://doi.org/10.1037/hum0000156>
 39. Li, D., Luo, J., Yan, X., & Liang, Y. (2023). Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) as an independent diagnosis: Differences in hedonic and eudaimonic well-being between CPTSD and PTSD. *Healthcare*, 11(8), Article 1188. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081188>
 40. Lushyn, P., Sukhenko, Y. (2021). Post-Traumatic Stress Disorder and Post-Traumatic Growth in Dialectical Perspective: Implications for Practice. *East European Journal of Psycholinguistics*, 8(1), 57–69. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2021.8.1.lus>
 41. Melegkovits, E., Blumberg, J., Dixon, E., Ehntholt, K., Gillard, J., Kayal, H., Kember, T., Ottisova, L., Walsh, E., Wood, M., Gafoor, R., Brewin, C., Billings, J., Robertson, M., & Bloomfield, M. (2022). The effectiveness of trauma-focused psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder: A retrospective study. *European Psychiatry*, 66(1), 1–36. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2346>
 42. Negrini, S., Selb, M., Kiekens, C., Todhunter-Brown, A., Arienti, C., Stucki, G., & Meyer, T. (2022). Rehabilitation definition for research purposes: A global stakeholders' initiative by Cochrane

Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 101(7). <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002031>

43. Park, C. L. (2022). Meaning making following trauma. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 844891. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.844891>
44. Philipps, A., Silbermann, A., Morawa, E., Stemmler, M., & Erim, Y. (2019). Effectiveness of a multimodal, day clinic group-based treatment program for trauma-related disorders: Differential therapy outcome for complex PTSD vs. non-complex trauma-related disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00800>
45. Prekazi, L., Hajrullahu, V., Bahtiri, S., Kryeziu, B., Hyseni, B., Taganoviq, B., & Galloopeni, F. (2021). The impact of coping skills in post-traumatic growth of healthcare providers: When mental health is deteriorating due to COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.791568>
46. Shakespeare-Finch, J., Martinek, E., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2013). A qualitative approach to assessing the validity of the posttraumatic growth inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 18(6), 572–591. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.734207>
47. Simsir, Z., & Dilmac, B. (2021). Predictive relationship between war posttraumatic growth, values, and perceived social support. *Illness, Crisis & Loss*, 29(2), 95–111. <https://doi.org/10.1177/1054137318788655>
48. Tytarenko, T. M. (2020). Person's life changing after trauma: A narrative analysis. Personality in society: psychological mechanisms of activity. In N. P. Hapon, A. O. Vovk, S. L. Hrabovska, N. V. Hrebin, A. Shyroka, V. A. Hupalovska, N. I. Zhyhaylo, L. V. Ryzhak, H. V. Katolyk, I. I. Snyadanko, & T. M. Tytarenko *Personality in society: Psychological mechanisms of activity* (pp.139–154): Liha-Pres. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-209-1/139-154>
49. Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408–415. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>
50. Yang, C. Y., Chiang, Y.-C., Wu, C.-L., Hung, S.-K., Chu, T.-L., & Hsiao, Y.-C. The mediating role of spirituality in the relationships between posttraumatic stress and posttraumatic growth among patients with cancer: A cross-sectional study. *Asian Oncology Nursing Society*, 10(5), Article 100221. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100221>
51. Zhang, L., Wu, X., Liu, M., & Liu, A. (2025). Relationship between complex posttraumatic stress disorder symptoms and posttraumatic growth among adolescents and emerging adults with adverse childhood experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001932>

Відомості про автора

Тетяна БРУС, здобувачка ступеня Доктора філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Tetiana BRUS, PhD student, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-8960-6166>

E-mail: zabzalyuk@gmail.com

Голодний Максим

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ ТА МЕХАНІЗМИ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ

Анотація

Проаналізовано сучасні підходи до професійної реадaptaції ветеранів і виокремлено ключові психологічні ресурси: резильєнтність, самоефективність, кар'єрна адаптивність, смисложиттєва орієнтація, соціальна підтримка. Уточнено роль гнучкої саморегуляції та консервації ресурсів як механізмів переходу до стійкої зайнятості. Встановлено, що комплексні інтервенції (психоосвіта, тренування навичок, фізична активність, наставництво) прискорюють відновлення професійних ролей. Показано доцільність інтеграції оцінювання ресурсів у план реадaptaції. Доведено необхідність міжсекторальної взаємодії послуг. Запропоновано карту механізмів і матрицю «ресурс-інтервенція» для практики.

Ключові слова: професійна реадaptaція, ветерани, резильєнтність, самоефективність, кар'єрна адаптивність, гнучка саморегуляція, соціальна підтримка

№ (2) 10, 2025

Holodnyi Maksym

PSYCHOLOGICAL RESOURCES AND MECHANISMS OF VETERANS' PROFESSIONAL READAPTATION

Abstract

This article analyzes current approaches to veterans' professional readaptation and identifies key psychological resources-resilience, self-efficacy, career adaptability, meaning in life, and social support. It clarifies the role of flexible self-regulation and conservation-of-resources processes as mechanisms that enable transitions to sustainable employment. The analysis establishes that multicomponent interventions (psychoeducation, skills training, physical activity, mentoring) accelerate the restoration of professional roles. The study shows the value of integrating resource assessments into readaptation plans and demonstrates the need for cross-sector coordination of services. Finally, it proposes a mechanism map and a resource-intervention matrix for practice.

Keywords: professional readaptation, veterans, resilience, self-efficacy, career adaptability, flexible self-regulation, social support.

Вступ

Після повернення до цивільного життя дедалі більша кількість українських ветеранів потребує не лише медичної та соціальної підтримки, а й відновлення професійних ролей і траєкторій зайнятості. Аналітика міжнародних та українських організацій засвідчує системні бар'єри реінтеграції, зокрема нерівний доступ до перекваліфікації, психосоціальних послуг та підтримки сімей, що на пряму впливає на можливості працевлаштування.

У світовій психології професійна реадаптація розглядається як результат взаємодії особистісних ресурсів і контекстуальних умов, де ключовими є резильєнтність і гнучка саморегуляція, здатність підтримувати й відновлювати ресурси, а також кар'єрна адаптивність і самоефективність як детермінанти кар'єрної поведінки. Водночас бракує інтегрованих моделей, що поєднують ці конструкти з конкретними механізмами інтервенцій у вітчизняному середовищі. За результатами українських досліджень (О. М. Кокун, 2021–2025) життєстійкість є пов'язаною з психодіагностичними індикаторами, що вимірюються стандартизованими шкалами - резилієнтність (CD-RISC), самоефективність (GSES), симптоми ПТСР (PCL-5); ці показники слугують орієнтирами для планування й моніторингу практик відновлення у військових і ветеранів.

Мета дослідження

Мета дослідження - на підставі систематизованого аналізу сучасних теоретичних і емпіричних публікацій сформулювати концептуальну рамку психологічних ресурсів і механізмів професійної реадаптації ветеранів та вивести з неї практичні інструменти планування інтервенцій (карта механізмів, матриця «ресурс–інтервенція», алгоритм оцінювання).

Завдання дослідження

1. Узагальнити теорії та емпіричні дані щодо ролі особистісних і соціальних ресурсів у професійній реадаптації
2. Описати механізми гнучкої саморегуляції та консервації ресурсів у процесі повернення до праці
3. Запропонувати карту механізмів і матрицю «ресурс–інтервенція» для практиків
4. Окреслити алгоритм оцінювання ресурсів у плані супроводу.

Методи та організація дослідження

Для досягнення поставлених завдань було застосовано: нарративний огляд публікацій за 2010–2025 рр., що охоплює провідні наукометричні бази даних і відкриті репозитарії та передбачає чіткі критерії включення й виключення; аналітичний синтез теоретичних підходів до психологічних ресурсів і механізмів професійної реадаптації - резилієнтності, теорії збереження ресурсів (Conservation of Resources, COR), моделі гнучкої саморегуляції та концепції конструювання кар'єри (career construction) - із виявленням спільних механізмів і обмежень; порівняльний аналіз міжнародних і українських даних, спрямований на уточнення узгоджених ефектів і контекстуальних відмінностей; конструювання прикладної моделі інтервенцій (карта механізмів та матриця

«ресурс–інтервенція»), виведеної з узагальнень огляду.

Результати та їх обговорення

Професійна реадаптація ветеранів пояснюється не сумою окремих рис, а конфігурацією взаємопов'язаних психологічних ресурсів, які працюють як система в умовах стресу та кар'єрних переходів. Базовими у цій системі виступають резилієнтність, самоефективність, кар'єрна адаптивність, смисложиттєві орієнтації та соціальна підтримка, а також допоміжні ресурси - емоційна регуляція, когнітивна гнучкість, навички самодопомоги й здоров'ярні практики. Їхня роль не зводиться до «переліку дефініцій»: кожен ресурс задає специфічний механізм впливу на поведінку під час повернення до праці, а разом вони формують профіль, за яким можна планувати інтервенції та оцінювати їхні ефекти (Табл. 1).

Резильєнтність описує здатність підтримувати або швидко відновлювати функціонування після стресових подій і є підґрунтям для збереження цілеспрямованої активності за високої невизначеності; дослідження показують наявність стійких траєкторій адаптації та центральну роль гнучкості стратегій (Bonanno, 2024; Bonanno & Burton, 2013; Hobfoll, 1989; Kokun, 2023). Самоефективність визначає очікування власної спроможності досягати цілей у конкретних умовах і пов'язана у ветеранів з кращою залученістю до навчання та професійного відновлення (Bandura, 1997; Schwarzer & Jerusalem, 1995; Adams et al., 2020). Кар'єрна адаптивність - це готовність і ресурси долати переходи (concern, control, curiosity, confidence), що забезпечують самонапрявленість і побудову траєкторії праці (Savickas & Porfeli, 2012; Del Corso & Rehfuß, 2011). Смисложиттєві орієнтації підтримують внутрішню мотивацію повернення до ролей, а соціальна підтримка (родина, спільноти побратимів, ментори, роботодавці) знижує стрес та утримує зайнятість; допоміжні ресурси - емоційна регуляція, когнітивна гнучкість, самодопомога, фізична активність - підсилюють базові механізми (Steger et al., 2006; Zimet et al., 1988; Rosenbaum et al., 2015; Hegberg et al., 2019; Jadhakhan et al., 2022). Українські праці акцентують, що відновлення професійної ідентичності та повернення до «мирної» праці є осердям соціально-психологічної реадаптації, що узгоджується з наведеним набором ресурсів (Horishnia, 2020; Kokun, 2023; Karamushka, 2023). Узагальнення уточнює: ресурси є вимірюваними, піддаються цілеспрямованому впливу і можуть слугувати мішенями програм, що відображено у структурі «ресурс → індикатори → мішені → очікуваний ефект» (Табл. 1).

Таблиця 1

Психологічні ресурси професійної реадaptaції ветеранів: визначення, індикатори, інтервенції, очікувані ефекти

Ресурс	Коротке визначення	Вимірювання (приклади шкал)	Типові мішені/інтервенції	Очікуваний ефект
Резилієнтність	Здатність підтримувати/відновлювати функціонування після стресу	CD-RISC-10/25; RS-14; укр. опитувальники життєстійкості (Кокун, 2021)	Психоосвіта про стрес; тренування гнучких стратегій подолання; фізична активність	↓ дистрес; ↑ резилієнтності; швидше відновлення ролей
Самоефективність	Очікування власної спроможності досягти цілей	General Self-Efficacy Scale (GSE); доменні GSE	«Мікроуспіхи», цільовизначення, зворотний зв'язок	↑ ініціативності; ↑ завершення навчальних модулів
Кар'єрна адаптивність	Готовність до кар'єрних переходів (concern, control, curiosity, confidence)	Career Adapt-Abilities Scale (CAAS)	Кар'єрний коучинг; портфоліо компетентностей; план дій	Усвідомлене планування; активні кроки на ринку праці
Смисложиттєві орієнтації	Спрямованість і значущість діяльності	Meaning in Life Questionnaire (MLQ)	Наративна реконструкція; робота з цінностями; «лист майбутньому»	↑ внутрішньої мотивації; стійкість цілей
Соціальна підтримка	Сприйнята допомога сім'ї/спільноти/роботодавців	MSPSS	Наставництво; залучення родини; групи побратимів	↓ дистрес; утримання зайнятості

Переходи до стійкої зайнятості опосередковуються механізмами, які пояснюють, як саме ресурси «перекладаються» у поведінку на ринку праці. Гнучка саморегуляція (flexibility sequence) задає цикл «моніторинг контексту → вибір стратегії → корекція відповіді», забезпечуючи адаптивне перемикавання між орієнтацією на завдання, емоційною експресією та пошуком підтримки (Bonanno, 2024; Kokun, 2021; Bonanno & Burton, 2013; Hobfoll et al., 2018; Kokun, 2025). Теорія консервації ресурсів (COR) показує, що програми ефективніші, коли швидко зупиняють «спіралі втрат» і запускають «спіралі надбань» (навички, довіра до власних здібностей, соціальний капітал) (Hobfoll, 1989; Hobfoll et al., 2018; Karamushka, 2023; Kokun, 2024). Концепція кар'єрної конструкції пояснює активне вибудовування кар'єрної історії через підсилення контролю та куражу - індивідуальні цілі, менторство, портфоліо досягнень - що веде до стабілізації зайнятості (Savickas & Porfeli, 2012; Del Corso & Rehfuß, 2011; Perkins et al., 2023; Le, 2024). Узагальнена взаємодія ресурсів і механізмів подана у карті (Рис. 1): від психологічних ресурсів через гнучку саморегуляцію та COR - до конкретних дій на ринку праці і стійких результатів.

Таблиця 2

Матриця «ресурс–інтервенція» та оцінювання результатів

Ресурс	Мета інтервенції	Приклади технік	Формат і орієнтовна тривалість	Оцінювання (до/після)	Очікувані зміни (4–12 тижнів)
Резиліентність	Підвищити гнучкість подолання	Стрес-менеджмент; когнітивна переоцінка; фізична активність	Групові 90 хв × 6–8; щоденник навичок	CD-RISC; шкали стресу	↓ дистрес; ↑ резиліентність; стабілізація сну
Самоефективність	Зміцнити відчуття контролю	«Градуйовані виклики», рольові репетиції, зворотний зв'язок	Індивідуальні 60 хв × 4–6 + домашні завдання	GSE; індикатори поведінки	↑ ініціативності; ↑ завершення навчальних модулів
Кар'єрна адаптивність	Активізувати кар'єрні дії	План/портфоліо; інформаційні інтерв'ю; тренінг пошуку роботи	Групові 120 хв × 4 + менторство	CAAS; чек-лист дій	↑ подач заявок; ↑ участі у співбесідах
Смисли/цінності	Підсилити внутрішню мотивацію	Наративні техніки; робота з цінностями; «лист майбутньому»	Індивідуальні 60 хв × 3–5	MLQ	↑ «Presence of meaning»; стійкість цілей
Соціальна підтримка	Розширити мережі підтримки	Наставництво; сімейні сесії; групи взаємопідтримки	Групи 90 хв × 6; сімейні 60 хв × 2–3	MSPSS; мапа мережі	↑ сприйнятості підтримки; ↓ ризику вибуття з роботи

Оцінювання ресурсів інтегрується у план реадaptaції не як «ще один перелік тестів», а як перший етап управління змінами: формування багатовимірного профілю дає базову лінію для вибору мішеней, підбору форматів інтервенцій і подальшого моніторингу результатів. Практичний мінімум включає короткі шкали резиліентності, інструменти кар'єрної адаптивності, опитувальники самоефективності та карти соціальної підтримки; українські напрацювання пропонують адаптовані інструменти життестійкості та довідники для фахівців, що полегшує імплементацію (Kokun, 2021; Kokun, 2023). У поєднанні з матрицею (Табл. 2) це створює прозорий цикл «діагностика → інтервенція → переоцінка», узгоджений із механізмами на Рис. 1.

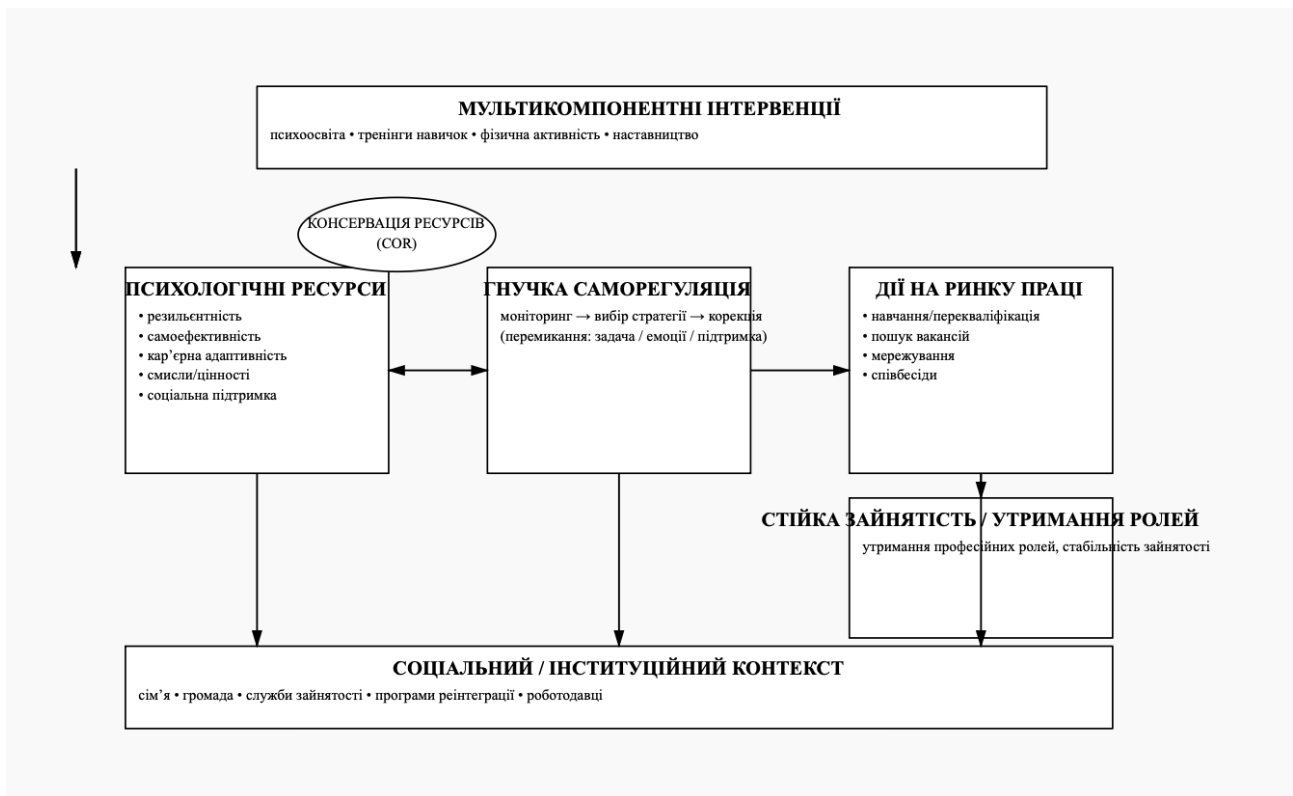


Рисунок 1. Карта механізмів професійної реадаптації ветеранів

ВИСНОВКИ

У роботі сформовано цілісну концептуальну рамку психологічних ресурсів і механізмів професійної реадаптації ветеранів. Уточнено взаємозв'язки між базовими ресурсами та допоміжними чинниками і показано, як їхня взаємодія трансформується у поведінкові результати через гнучку саморегуляцію, процеси збереження й нарощення ресурсів та практики кар'єрної конструкції. Узгоджено міжнародні та українські дані щодо ролі відновлення професійної ідентичності у поверненні до праці. На цій підставі запропоновано прикладні інструменти для планування й оцінювання, що дозволяють персоналізувати індивідуальні плани супроводу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горішня, К. (2020). Дослідження досвіду соціально-психологічної реадаптації українських ветеранів: повернення до мирної професії. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 4(21), 28–38.
2. Карамушка, Л. М. (2023). *Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни*. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України.
3. Кокун, О. (2021). Опитувальник професійної життєстійкості (українська версія). *Проблеми екстремальної та кризової психології*, (1), 91–105. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2021.1.8>
4. Кокун, О. (2024). Діагностика професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України.
5. Кокун, О. (2025). *Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія,*

дослідження, практика. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України.

6. Adams, T. G., Forte, J., Fogle, B. M., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2020). Self-reported exercise frequency and PTSD: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(6), 486–495. <https://doi.org/10.1111/acps.13234>
7. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. WH Freeman CO.
8. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
9. Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612. <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
10. Del Corso, J., & Rehfuess, M. C. (2011). The role of narrative in career construction theory. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 334–339. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.04.003>
11. Hegberg, N. J., Hayes, J. P., & Hayes, S. M. (2019). Exercise intervention in PTSD: A narrative review and rationale for implementation. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article e133. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00133>
12. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
13. Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
14. Hutcheon, D., Rendall, J., McMillan, C., Dall, P., Morrison-Glancy, S., & Steiner, A. (2025). The health and wellbeing outcomes of employment and vocational-based interventions for veterans: A scoping review. *Journal of Veterans Studies*, 11(1), 95–111. <https://doi.org/10.21061/jvs.v11i1.638>
15. International Organization for Migration (IOM). (2025, March). *Veteran profiles and reintegration challenges in Ukraine (DTM Insight thematic brief)*. <https://dtm.iom.int/>
16. Jadhakhan, F., Lindner, R., Grudzinkas, G., & White, R. (2022). Is exercise/physical activity effective at reducing symptoms of PTSD? A systematic review. *PLoS ONE*, 17(8), Article e0273337. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273337>
17. Le, N. Q. (2024). How military service affects veterans' job outcomes. *Journal of Veterans Studies*, 10(1), 27–31. <https://doi.org/10.21061/jvs.v10i1.513>
18. Morgan, N. R., Davenport, K. E., Aronson, K. R., McCarthy, K. J., Bleser, J. A., & Perkins, D. F. (2022). The relationship between veterans' employment program component use and career advancement over time. *Journal of Veterans Studies*, 8(1), 147–163. <https://doi.org/10.21061/jvs.v8i1.281>
19. Perkins, D. F., Baumann, A., Jensen, S., Naranjo, A., & Lesh, W. (2023). Influence of employment program components on job attainment among U.S. military veterans. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 23(3), 735–757. <https://doi.org/10.1007/s10775-022-09572-4>
20. Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 230(2), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.017>
21. Savickas, M. L., & Porfeli, E. J. (2012). Career Adapt-Abilities Scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *Journal of Vocational Behavior*, 80(3), 661–673. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.01.011>
22. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright,

& M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). NFER-Nelson.

23. Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
24. Whitley, M. D., & Apaydin, E. (2024). *How working conditions in civilian jobs can affect veterans' health and well-being*. RAND <https://doi.org/10.7249/PEA1363-12>
25. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

REFERENCES

1. Horishnia, K. (2020). Doslidzhennia dosvidu sotsialno-psykhologichnoi readaptatsii ukrainskykh veteraniv: povnennia do myrnoi profesii [Social and psychological readaptation of Ukrainian ex-combatants: return to a civilian profession]. *Orhanizatsiina psykhohiia. Ekonomichna psykhohiia, 4*(21), 28–38. <https://doi.org/10.31108/2.2020.4.21.3> [In Ukrainian].
2. Karamushka, L. M. (2023). *Psykhichne zdorovia personalu orhanizatsii v umovakh viiny* [Mental health of organizational personnel in wartime]. Instytut psykhohiia im. H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy [In Ukrainian].
3. Kokun, O. (2021). Opytuvalnyk profesiinoi zhyttiistykosti (ukrainska versii) [Professional hardiness questionnaire (Ukrainian version)]. *Disaster and Crisis Psychology Problems, 1*(1), 91–105. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2021.1.8> [In Ukrainian].
4. Kokun, O. (2024). *Diahnostyka profesiinoi zhyttiistykosti ta psykhofiziologichnoi styykosti* [Diagnostics of professional resilience and psychophysiological resilience]. *Instytut psykhohiia im. H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy* [In Ukrainian].
5. Kokun, O. M. (2025). *Zhyttiistykist i rezylientnist liudyny v suchasnomu sviti: Teoriia, doslidzhennia, praktyka* [Human vitality and resilience in the modern world: theory, research, practice]. Instytut psykhohiia im. H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy [In Ukrainian].
6. Adams, T. G., Forte, J., Fogle, B. M., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2020). Self-reported exercise frequency and PTSD: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 142*(6), 486–495. <https://doi.org/10.1111/acps.13234>
7. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. WH Freeman CO.
8. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
9. Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science, 8*(6), 591–612. <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
10. Del Corso, J., & Rehfuß, M. C. (2011). The role of narrative in career construction theory. *Journal of Vocational Behavior, 79*(2), 334–339. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.04.003>
11. Hegberg, N. J., Hayes, J. P., & Hayes, S. M. (2019). Exercise intervention in PTSD: A narrative review and rationale for implementation. *Frontiers in Psychiatry, 10*, Article e133. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00133>
12. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
13. Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in

the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>

14. Hutcheon, D., Rendall, J., McMillan, C., Dall, P., Morrison-Glancy, S., & Steiner, A. (2025). The health and wellbeing outcomes of employment and vocational-based interventions for veterans: A scoping review. *Journal of Veterans Studies*, 11(1), 95–111. <https://doi.org/10.21061/jvs.v11i1.638>
15. International Organization for Migration (IOM). (2025, March). *Veteran profiles and reintegration challenges in Ukraine (DTM Insight thematic brief)*. <https://dtm.iom.int/>
16. Jadhakhan, F., Lindner, R., Grudzinksas, G., & White, R. (2022). Is exercise/physical activity effective at reducing symptoms of PTSD? A systematic review. *PLoS ONE*, 17(8), Article e0273337. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273337>
17. Le, N. Q. (2024). How military service affects veterans' job outcomes. *Journal of Veterans Studies*, 10(1), 27–31. <https://doi.org/10.21061/jvs.v10i1.513>
18. Morgan, N. R., Davenport, K. E., Aronson, K. R., McCarthy, K. J., Bleser, J. A., & Perkins, D. F. (2022). The relationship between veterans' employment program component use and career advancement over time. *Journal of Veterans Studies*, 8(1), 147–163. <https://doi.org/10.21061/jvs.v8i1.281>
19. Perkins, D. F., Baumann, A., Jensen, S., Naranjo, A., & Lesh, W. (2023). Influence of employment program components on job attainment among U.S. military veterans. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 23(3), 735–757. <https://doi.org/10.1007/s10775-022-09572-4>
20. Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 230(2), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.017>
21. Savickas, M. L., & Porfeli, E. J. (2012). Career Adapt-Abilities Scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *Journal of Vocational Behavior*, 80(3), 661–673. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.01.011>
22. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). NFER-Nelson.
23. Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
24. Whitley, M. D., & Apaydin, E. (2024). *How working conditions in civilian jobs can affect veterans' health and well-being*. RAND <https://doi.org/10.7249/PEA1363-12>
25. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Відомості про автора

Максим ГОЛОДНИЙ, здобувач ступеня Доктор філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Maksym Holodnyi, PhD student, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID ID: 0009-0003-2261-6738

E-mail: m.golodnyi@gmail.com

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РЕЗІЛЬЄНТНОСТІ В УМОВАХ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ: РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО КОРЕЛЯЦІЙНОГО АНАЛІЗУ

Анотація

У статті проаналізовано взаємозв'язки між показниками резильєнтності (CD-RISC-10) та психологічними змінними: симптомами ПТСР, копінг-стратегіями, посттравматичним зростанням, механізмами психологічного захисту, рівнем суб'єктивного контролю та толерантністю до невизначеності. Встановлено, що когнітивне реструктурування, інтернальність, зрілі захисні механізми й прийняття невизначеності є ключовими чинниками високої резильєнтності. Показано, що примітивні захисти, унікальні копінги та симптоми ПТСР знижують психологічну стійкість. Доведено інтегративну роль резильєнтності, як багатовимірного конструкту, що забезпечує ефективне відновлення після травми.

Ключові слова: резильєнтність; ПТСР; копінг-стратегії; посттравматичне зростання; толерантність до невизначеності; локус контролю; психологічні захисти; когнітивне реструктурування.

Hudyr Daria

PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF RESILIENCE UNDER TRAUMATIC EXPERIENCE: RESULTS OF A COMPREHENSIVE CORRELATION ANALYSIS

Abstract

The article presents an analysis of the interrelations between resilience indicators (CD-RISC-10) and a range of psychological variables, including post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, coping strategies, posttraumatic growth, psychological defense mechanisms, level of subjective control, and tolerance for uncertainty. It has been established that cognitive restructuring, internal locus of control, mature defense mechanisms, and the ability to accept uncertainty act as key determinants

of high resilience. The study demonstrates that primitive defenses, avoidant coping strategies, and pronounced PTSD symptoms decrease psychological stability and hinder effective adaptation. The integrative role of resilience has been substantiated, showing that it functions as a multidimensional construct combining cognitive, emotional, and behavioral resources that ensure successful recovery and restoration of psychological functioning after traumatic experiences.

Keywords: resilience; post-traumatic stress disorder (PTSD); coping strategies; posttraumatic growth; tolerance for uncertainty; locus of control; psychological defense mechanisms; cognitive restructuring.

Вступ

У сучасній науковій парадигмі резильєнтність розглядається, як один із ключових феноменів, що визначає здатність людини відновлювати функціонування після дії стресових або травматичних чинників. В умовах війни, затяжного стресу та соціальної нестабільності в Україні це поняття набуває особливої значущості, адже саме резильєнтність забезпечує можливість адаптації, відновлення та збереження психічної цілісності особистості (Бондаренко & Литвин, 2022; Климчук & Мартинюк, 2021).

Резильєнтність нині розуміють не як вроджену рису, а як динамічну систему взаємодії когнітивних, емоційних і поведінкових ресурсів, що активуються у відповідь на стресові впливи (Wagnild & Young, 1993; Connor & Davidson, 2003). Згідно з даними емпіричних досліджень, високий рівень стійкості пов'язаний із нижчими показниками посттравматичного стресового розладу (ПТСР), кращими показниками психічного здоров'я та підвищеною ефективністю адаптаційних стратегій (Bonanno, 2012; Hu, Zhang, & Wang, 2015). Коннор і Девідсон (2003) довели, що резильєнтність виконує буферну функцію між впливом травматичних подій і формуванням клінічних проявів тривожності чи депресії.

В українському науковому контексті увага дослідників зосереджується на ролі когнітивної гнучкості, смислотворення та толерантності до невизначеності, як чинників, що підсилюють стійкість особистості в умовах воєнної реальності (Мушкевич, 2023; Савчук, 2020). Протилежно, інтолерантність до невизначеності, ригідне мислення й зовнішній локус контролю розглядаються як фактори ризику, що ускладнюють адаптацію та поглиблюють наслідки травматичного досвіду (Carleton, 2016; Rotter, 1966).

Окремого значення набуває зв'язок резильєнтності з феноменом посттравматичного зростання — позитивними психологічними змінами, які виникають унаслідок подолання наслідків травми (Tedeschi & Calhoun, 1996; Calhoun & Tedeschi, 2006). Згідно з сучасними моделями, саме когнітивне реструктурування, прийняття невизначеності та інтернальність є провідними детермінантами високої стійкості та здатності особистості до самовідновлення (Campbell-Sills, Forde, & Stein, 2009; Климчук & Мартинюк, 2021).

В умовах широкомасштабної війни, масових втрат, вимушеної міграції та тривалого впливу стресових подій дослідження резильєнтності набуває не лише наукового, а й соціального виміру. Комплексне вивчення взаємозв'язків між стійкістю, симптомами ПТСР, копінг-стратегіями, механізмами психологічного захисту, рівнем інтернальності та толерантністю до невизначеності має практичне значення для створення ефективних програм психологічної допомоги постраждалим від війни (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2019; Bonanno, 2012; Климчук & Мартинюк, 2021).

Отже, проведене дослідження є своєчасним і суспільно значущим, оскільки спрямоване на глибше розуміння того, як когнітивно-сміслові, емоційно-регуляційні та поведінкові механізми формують резильєнтність особистості в умовах екстремальних життєвих обставин. Отримані результати мають потенціал для розробки психопрофілактичних і терапевтичних стратегій, спрямованих на зміцнення психологічної стійкості населення України.

Метою дослідження було виявлення психологічних предикторів резильєнтності в осіб, які мають досвід переживання травматичних подій, шляхом комплексного аналізу взаємозв'язків між показниками резильєнтності (CD-RISC-10) та низкою психологічних змінних — симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), копінг-стратегіями, механізмами психологічного захисту, рівнем суб'єктивного контролю, толерантністю до невизначеності та показниками посттравматичного зростання. Завданням дослідження було визначити, які когнітивні, емоційно-регуляційні та поведінкові чинники найбільшою мірою сприяють формуванню психологічної стійкості особистості в умовах війни та тривалого стресу.

Методи емпіричного дослідження

Дослідження проведено за допомогою комплексного кореляційного дизайну, що забезпечив аналіз взаємозв'язків між ключовими психологічними змінними. Кореляційний аналіз виконано із використанням коефіцієнта Спірмена (r_s), а для нормально розподілених змінних — Пірсона (r); Для контролю помилок множинних порівнянь застосовано корекцію FDR Бенджаміні–Хохберга; Обчислення ефект-сайзів здійснювалось за показником r^2 ; Статистичну обробку проведено за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 28 та Jamovi 2.5.

Методики: Шкала резильєнтності — Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) (Connor & Davidson, 2003); Оцінка симптомів ПТСР — Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Weathers et al., 2013); Копінг-стратегії — COPE Inventory (Carver et al., 1989) у модифікованій українській адаптації; Механізми психологічного захисту — Опитувальник захисних механізмів Плутчика–Келлермана–Конте (Life Style Index); Рівень суб'єктивного контролю — методика РСК (Роттер, 1966, у перекладі Є. Бажина та співавт.); Посттравматичне зростання — Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996); Толерантність до невизначеності — опитувальник MSTAT-II (McLain, 2009) у перекладі українською

Вибірка. До емпіричного дослідження було залучено 105 респондентів, які надали інформовану згоду на участь. Вибірка є гендерно збалансованою, проте з незначним переважанням жінок — 68 осіб (64,8 %), тоді як чоловіків — 37 осіб (35,2 %). Віковий діапазон учасників становив від 18 до 59 років. Найчисельнішу групу представили особи віком 26–35 років (36,2 %), далі — 36–50 років (29,5 %), 18–25 років (22,9 %) та 51 рік і старше (11,4 %). Таким чином, основну частину вибірки становлять респонденти зрілого та молодого віку, які перебувають у соціально активній фазі життя, що важливо для аналізу особистісної резильєнтності в умовах війни. Усі учасники (100 %) повідомили про наявність травматичного досвіду, пов'язаного з подіями війни або втратами. Близько 45 % (47 осіб) зазначили, що безпосередньо перебували у зоні бойових дій, тоді як 55 % (58 осіб) зазнали впливу війни опосередковано — через евакуацію, втрату житла чи близьких. Усі учасники дослідження надали інформовану згоду на використання своїх анонімізованих даних у наукових цілях. Отже, вибірка відображає репрезентативний зріз дорослого населення, яке пережило різні форми травматичного досвіду, що дозволяє досліджувати психологічну стійкість у реалістичному контексті воєнних подій.

Результати дослідження

Зв'язок між резильєнтністю та симптомами ПТСР. Кореляційний аналіз показав стабільно негативні зв'язки між показниками ПТСР і рівнем резильєнтності. Найсильніші кореляції спостерігалися між шкалами негативних думок і емоцій ($r = -0.22$; $p < .05$) та інтрузивними симптомами ($r = -0.26$; $p < .01$). Загальний бал за PCL-5 мав середній негативний зв'язок із CD-RISC-10 ($r = -0.22$; $p < .05$), що підтверджує гіпотезу про буферну функцію резильєнтності у зменшенні вираженості посттравматичних симптомів (Таблиця 1).

Таблиця 1
Кореляції між показниками CD-RISC-10 та PCL-5

Показники ПТСР	r	p
Критерій B (Інтрузивні симптоми)	-0.26	< .01
Критерій C (Уникання)	-0.24	< .01
Критерій D (Негативні когніції та емоції)	-0.22	< .05
Критерій E (Гіперактивація)	-0.25	< .01
Загальний бал ПТСР	-0.22	< .05

Копінг-стратегії. Виявлено, що адаптивні копінг-стратегії демонструють помірні до високих позитивних кореляцій з резильєнтністю. Найсильніший зв'язок спостерігається для когнітивного реструктурування ($r = 0.50$; $p < .001$), вирішення проблем ($r = 0.31$; $p < .01$) та прийняття ситуації ($r = 0.40$; $p < .01$). Натомість унікальні та самозвинувачувальні копінги мають слабкі або негативні кореляції ($r = -0.20 \dots -0.30$; $p < .05$), що свідчить про їх дезадаптивний характер у подоланні стресу (Таблиця 2).

Таблиця 2

Кореляції між резильєнтністю та копінг-стратегіями

Копінг-стратегія	r	p	Характер зв'язку
Когнітивне реструктурування	0.50	<.001	Позитивний
Вирішення проблем	0.31	<.01	Позитивний
Прийняття ситуації	0.40	<.01	Позитивний
Пошук соціальної підтримки	0.37	<.001	Позитивний
Уникання	-0.28	<.01	Негативний
Самозвинувачення	-0.30	<.01	Негативний

Механізми психологічного захисту. Позитивні кореляції із резильєнтністю зафіксовано для зрілих механізмів (гумор, інтелектуалізація, сублімація), тоді як примітивні захисти (проекція, регресія, розщеплення) мали негативні зв'язки ($r = -0.22 \dots -0.35$; $p \leq .05$). Це підтверджує, що здатність до реалістичного осмислення й символічної інтеграції стресових подій сприяє вищій резильєнтності (Таблиця 3).

Таблиця 3

Взаємозв'язок між типами захисних механізмів і рівнем резильєнтності

Тип захисних механізмів	Приклади механізмів	r	p
Зрілі	Інтелектуалізація, гумор, сублімація	0.38	<.01
Невротичні	Витіснення, реактивне утворення	-0.14	> .05
Примітивні	Проекція, регресія, розщеплення	-0.32	<.01

Рівень суб'єктивного контролю. Загальний показник інтернальності за РСК мав помірний позитивний зв'язок із резильєнтністю ($r \approx 0.40$; $p < .01$). Найвиразніші кореляції виявлено для сфер досягнень ($r \approx 0.36-0.42$; $p < .01$) і міжособистісних відносин ($r \approx 0.25-0.30$; $p < .05$). Це вказує, що віра у власний вплив на події життя підвищує здатність до відновлення.

Посттравматичне зростання. Результати підтвердили наявність позитивних зв'язків між показниками посттравматичного зростання (PTGI) та резильєнтністю. Найвищі кореляції виявлені для підшкал «Нові можливості» ($r = 0.41$; $p < .001$) та «Особиста сила» ($r = 0.38$; $p < .001$), що свідчить про роль смислотворення та когнітивного переосмислення травматичного досвіду у формуванні резильєнтності.

Толерантність до невизначеності. Отримано помірний позитивний зв'язок між толерантністю до невизначеності та резильєнтністю ($r \approx 0.30-0.35$; $p < .05$), тоді як інтолерантність виявила негативну асоціацію ($r \approx -0.30 \dots -0.40$; $p < .01$). Здатність витримувати амбівалентність і приймати непередбачуваність пов'язана з більшою психологічною стабільністю в умовах війни та кризи.

Серед усіх предикторів резильєнтності найбільший внесок мали когнітивне реструктурування, інтернальність, зрілі захисні механізми, толерантність

до невизначеності та посттравматичне зростання ($r^2 = 0.20-0.30$). Усі вони формують цілісну модель психологічної стійкості, яка відображає когнітивно-сміслову, емоційно-регуляційну та поведінкову інтеграцію особистості у подоланні травматичного досвіду (Таблиця 4).

Таблиця 4
Узагальнення предикторів резильєнтності (множинна кореляція)

Предиктор	Стандартизований β	r^2	p
Когнітивне реструктурування	0.42	0.26	<.001
Інтернальний локус контролю	0.35	0.22	<.01
Толерантність до невизначеності	0.31	0.20	<.01
Посттравматичне зростання	0.29	0.18	<.01
Примітивні захисти	-0.27	0.17	<.05

Примітка: β — стандартизовані коефіцієнти регресії; r^2 — частка поясненої дисперсії змінної.

Дискусія

Результати підтверджують, що резильєнтність є інтегративним конструктом, який поєднує когнітивні, емоційні та поведінкові ресурси особистості. Виявлені зворотні зв'язки між резильєнтністю та симптомами ПТСР узгоджуються з висновками Bonanno (2012) і Hu, Zhang і Wang (2015), які підкреслюють її буферну роль у подоланні травматичного досвіду. Позитивні кореляції з когнітивним реструктуруванням, вирішенням проблем і соціальною підтримкою підтверджують значення когнітивної гнучкості як ресурсу адаптації (Campbell-Sills, Forde, & Stein, 2009). Натомість унікальні копінги та примітивні захисти знижують рівень стійкості, що відповідає даним Vaillant (1992). Виявлений зв'язок резильєнтності з посттравматичним зростанням узгоджується з концепцією Tedeschi та Calhoun (2006), а роль толерантності до невизначеності як чинника психологічної адаптації підтверджує Carleton (2016). Таким чином, резильєнтність розглядається, як системний механізм відновлення, що забезпечує ефективне подолання травми через когнітивну гнучкість, інтернальність і прийняття невизначеності. Отримані результати мають практичну цінність для розробки програм розвитку психологічної стійкості в умовах війни.

Висновки

Проаналізовано взаємозв'язки між показниками резильєнтності (CD-RISC-10) та низкою психологічних змінних, зокрема симптомами ПТСР, копінг-стратегіями, посттравматичним зростанням, механізмами психологічного захисту, рівнем суб'єктивного контролю та толерантністю до невизначеності. Встановлено, що найсильніші позитивні зв'язки із резильєнтністю мають когнітивне реструктурування ($r=0,50$; $p<0,001$), взаємодія зі стресором ($r=0,44$; $p<0,001$) та адаптивний копінг, сфокусований на проблемі ($r=0,41$; $p<0,001$). Доведено, що показники посттравматичного зростання — зокрема домени «Нові можливості» ($r=0,41$; $p<0,001$) та «Особиста сила» ($r=0,38$; $p<0,001$) — виступають

ключовими предикторами високої психологічної стійкості. Показано, що зрілі механізми психологічного захисту (гумор, сублімація, інтелектуалізація) та інтернальність за локусом контролю сприяють розвитку резильєнтності, тоді як примітивні захисти (проекція, регресія, розщеплення), унікальні копінги та симптоми ПТСР ($r = -0,22 \dots -0,26$) асоціюються зі зниженням стійкості. Виявлено роль толерантності до невизначеності як когнітивно-емоційного ресурсу адаптації. Підтверджено, що резильєнтність є інтегративним конструктом, який об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові ресурси особистості, забезпечуючи активне подолання стресу та відновлення після травматичних подій. Подальші дослідження доцільно спрямувати на лонгітюдну перевірку причинних зв'язків і розробку цілеспрямованих інтервенцій для підвищення психологічної стійкості в умовах війни та хронічного стресу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко, І. Ю., & Литвин, К. С. (2022). Психологічна стійкість як чинник подолання наслідків воєнної травми. *Психологічний часопис*, 8(3), 56–69. <https://doi.org/10.31108/1.2022.8.3>
2. Климчук, В. О., & Мартинюк, І. М. (2021). Розвиток резильєнтності у фахівців допомагаючих професій в умовах тривалого стресу. *Психологія і суспільство*, 3(85), 45–60. <https://doi.org/10.35774/pis2021.03.045>
3. Мушкевич, М. І. (2023). Толерантність до невизначеності як предиктор психологічної адаптації в умовах війни. *Актуальні проблеми психології*, 9(10), 110–120. <https://doi.org/10.32405/2078-3566-2023-9-10>
4. Савчук, О. В. (2020). Копінг-стратегії як механізми психологічного захисту особистості в кризових умовах. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, 45(48), 142–153. <https://doi.org/10.33120/ssj.v45i48.151>
5. Bonanno, G. A. (2012). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
6. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 3–23). Lawrence Erlbaum Associates.
7. Campbell-Sills, L., Forde, D. R., & Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1007–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>
8. Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
9. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
10. Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch S. (2019). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences — *Therapist guide* (2nd ed.). Oxford University Press.
11. Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>

12. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
13. Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40–50. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.40>
14. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
15. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
16. Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press.
17. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). *Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale*. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.

REFERENCES

1. Bondarenko, I. Yu., & Lytvyn, K. S. (2022). Psykholohichna stiikist yak chynnyk podolannia naslidkiv voiennoi travmy [Psychological resilience as a factor in overcoming the consequences of military trauma]. *Psykhologichnyi chasopys*, 8(3), 56–69. <https://doi.org/10.31108/1.2022.8.3> [In Ukrainian].
2. Klymchuk, V. O., & Martyniuk, I. M. (2021). Rozvytok rezyliientnosti u fakhivtsiv dopomahaiuchykh profesii v umovakh tryvaloho stresu [Developing resilience in professionals, helping professional activities in conditions of prolonged stress]. *Psykhologhiia i suspilstvo*, 3(85), 45–60. <https://doi.org/10.35774/pis2021.03.045> [In Ukrainian].
3. Mushkevych, M. I. (2023). Tolerantnist do nevyznachenosti yak predyktor psykholohichnoi adaptatsii v umovakh viiny [Tolerance to uncertainty as a predictor of psychological adaptation in war conditions]. *Aktualni problemy psykholohii*, 9(10), 110–120. <https://doi.org/10.32405/2078-3566-2023-9-10> [In Ukrainian].
4. Savchuk, O. V. (2020). Kopinh-stratehii yak mekhanizmy psykholohichnoho zakhystu osobystosti v kryzovykh umovakh [Coping strategies as mechanisms of psychological protection of the individual in crisis conditions]. *Naukovi studii iz sotsialnoi ta politychnoi psykholohii*, 45(48), 142–153. <https://doi.org/10.33120/ssj.v45i48.151> [In Ukrainian].
5. Bonanno, G. A. (2012). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
6. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 3–23). Lawrence Erlbaum Associates.
7. Campbell-Sills, L., Forde, D. R., & Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1007–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>
8. Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
9. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
10. Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch S. (2019). Prolonged exposure therapy

for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences — *Therapist guide* (2nd ed.). Oxford University Press.

11. Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
12. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
13. Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40–50. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.40>
14. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
15. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
16. Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press.
17. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). *Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale*. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.

Відомості про автора

Дар'я ГУДИР, здобувачка ступеня Доктора філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії, викладачка Інституту післядипломної освіти Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Daria HUDYR, PhD student, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP), lecturer at the Institute of Continuing Education, Taras Shevchenko National University of Kyiv.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5373-5735>

E-mail: gudyrdasha@gmail.com

Дюндіна Олеся

ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ДОВГОТРИВАЛОГО АДАПТАЦІЙНОГО СТРЕСУ ДЛЯ ОСОБИСТІСНИХ РИС УКРАЇНСЬКИХ ВИМУШЕНИХ ЕМІГРАНТІВ

Анотація

У статті здійснено огляд психологічних аспектів вимушеної еміграції українців, спричиненої війною 2022 року, та наслідків довготривалого адаптаційного стресу.

Метою огляду є систематизація наукових даних щодо впливу адаптаційного стресу на трансформацію базових рис особистості та визначення факторів вразливості і стійкості мігрантів.

Методологічною основою є системний аналіз наукових джерел із психології міграції, акультурації та стресу. Огляд свідчить, що адаптаційний стрес у вимушених мігрантів характеризується когнітивним виснаженням, емоційним вигоранням, формуванням «розмитої ідентичності», підвищенням невротизму та зниженням екстраверсії.

Водночас, у частини мігрантів активується імпліцитна компетентність – здатність ефективно діяти у нових умовах, що виступає компенсаторним ресурсом адаптації. Стійкість формується на перетині внутрішніх ресурсів (когнітивна гнучкість, оптимізм) та зовнішніх чинників (соціальна підтримка, політики інтеграції).

Огляд підкреслює, що тривала невизначеність і втрата соціальних зв'язків можуть спричиняти як дезадаптацію, так і розвиток нових адаптивних стратегій, що має значення для формування програм психологічної підтримки вимушених мігрантів.

Ключові слова: вимушена еміграція, довготривалий адаптаційний стрес, розмита ідентичність, психологічна адаптація, особистісні трансформації.

№ (2) 10, 2025

Diundina Olesia

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF LONG-TERM ADAPTATIONAL STRESS FOR THE PERSONALITY TRAITS OF UKRAINIAN FORCED EMIGRANTS

Abstract

This article presents a review of the psychological aspects of forced migration of Ukrainians caused by the 2022 war and the consequences of prolonged adaptation stress. The aim of the review is to systematically

summarize scientific evidence on the impact of adaptation stress on the transformation of basic personality traits and to identify vulnerability and resilience factors among migrants.

The methodological approach is based on a systematic analysis of scientific literature in the fields of migration psychology, acculturation, and stress. The review indicates that adaptation stress in forced migrants is characterized by cognitive exhaustion, emotional burnout, the formation of a «blurred identity,» increased neuroticism, and decreased extraversion.

At the same time, some migrants activate implicit competence—the ability to act effectively in new conditions—which serves as a compensatory resource for adaptation. Resilience develops at the intersection of internal resources (cognitive flexibility, optimism) and external factors (social support, integration policies).

The review highlights that prolonged uncertainty and loss of social connections can lead to both maladaptation and the development of new adaptive strategies, which is relevant for the design of psychological support programs for forced migrants.

Keywords: forced migration, prolonged acculturative stress, diffuse identity, psychological adaptation, personality transformations.

Вступ

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну 24 лютого 2022 року спричинило найбільшу міграційну кризу в Європі з часів Другої світової війни. За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (UNHCR, 2022-2024), понад 6,2 мільйона українців були змушені залишити країну. Цей масовий рух людей став не лише соціально-політичною подією, але й масштабним психологічним викликом.

Міжнародна організація з міграції (ІОМ, 2019) ще до війни наголошувала, що вимушена міграція є складним багатовимірним феноменом, який включає соціальні, економічні та психологічні виміри. На думку Berry (1997), особливість вимушеної міграції полягає у високому рівні екзистенційної загрози й відсутності часу на підготовку.

Наукові джерела свідчать, що особливості емоційного реагування, трансформації ідентичності та вплив довготривалого адаптаційного стресу мають глибокі наслідки для особистості (Berry, 1997; Papadopoulos, 2007; UNHCR, 2022-2024).

На думку дослідників, феномен «затяжної тимчасовості» формує розмиті ідентичність і підвищує психологічну вразливість мігрантів (Ісаєва, 2018; Сірант, 2015).

Papadopoulos (2021) додає, що досвід примусового переміщення трансформує не лише поточний емоційний стан, а й глибинну структуру особистості, руйнуючи базові психологічні механізми стабільності. Узагальнюючи ці позиції, ми вважаємо, що українська ситуація створює унікальний простір для вивчення психологічних наслідків тривалої невизначеності. На наш погляд, український

досвід репрезентує новий рівень феномену – масову, тривалу й невизначену «тимчасовість».

За даними WHO (2022), популяції, що переживають вимушене переміщення, стикаються з багаточисловими ризиками психічного здоров'я, а тривала невизначеність є головним фактором зростання психічних розладів серед біженців. В українському контексті проблема ускладнюється тим, що війна триває, і досвід «тимчасовості» не завершується.

Сірант (2015) підкреслює, що тривала тимчасовість спричиняє розмиття ідентичності і стан внутрішньої нестабільності, що є закономірним наслідком «транзитності» серед переселенців. Zetter (2015) підкреслює, що сучасна міграція характеризується «кризою захисту» - люди надто довго залишаються у проміжному статусі. В українських реаліях це явище набуває масового масштабу. Ісаєва (2018) зазначає, що війна руйнує традиційні форми соціальної ідентичності. Наливайко (2018) доводить, що рівень стійкості напряду залежить від соціальної підтримки.

Узагальнення цих спостережень свідчить, що психологічний вимір вимушеної міграції не менш важливий, ніж соціально-економічний, і без урахування психологічних чинників будь-які соціально-політичні програми інтеграції залишаються поверховими.

Проблематика вимушеної еміграції українців унаслідок війни 2022 року виходить за межі традиційних уявлень про міграцію як суто географічне переміщення. Йдеться про глибоку екзистенційну кризу, що супроводжується втратою дому, соціальних зв'язків, ідентичності та відчуття стабільності. Водночас, більшість практичних і теоретичних моделей недостатньо враховують тривалу тимчасовість як ключовий вимір досвіду переміщених осіб.

Проблема полягає в тому, що вимушені емігранти часто опиняються у психологічному вакуумі, де втрачаються орієнтири, стирається межа між минулим і майбутнім, а нова соціальна реальність не надає достатньої підтримки для реконструкції цілісної ідентичності. Це спричиняє глибокі трансформації особистості, які або ведуть до адаптації та розвитку, або – до дезадаптації, стагнації, ізоляції тощо.

Vogic et al. (2015) довели, що тривале перебування у статусі біженця призводить до персистуючих змін у психіці: зростання невротизму, замкненості, соціальної ізоляції. Українські дослідники (Сірант, 2015; Блинова, 2016) описують подібні явища: переселенці відчують втрату часу, соціальний вакуум. Zetter (2015) називає це «пасткою тимчасовості».

Проблема полягає не лише у фізичному переміщенні, а й у руйнуванні ідентичності та довготривалій неможливості формування нових соціальних орієнтирів.

Метою дослідження є виявлення впливу довготривалого адаптаційного стресу на трансформацію базових рис особистості українських вимушених мігрантів внаслідок війни 2022 року, визначивши фактори вразливості та стійкості.

Методи дослідження

Дослідження має теоретико-аналітичний характер і базується на методі системного аналізу наукових джерел з психології міграції, акультурації та стресу.

Використано:

- звіти міжнародних організацій (UNHCR, 2022–2024; IOM, 2019; WHO 2022);
- класичні та сучасні теоретичні моделі (Berry, 1997; Ryan & Deci, 2000); Costa & McCrae, 1992);
- дослідження психологічних наслідків війни та примусової міграції (Bogic et al., 2015; Papadopoulos, 2007).

Результати дослідження та їх обговорення

1. Природа довготривалого адаптаційного стресу у вимушених мігрантів

На відміну від гострого стресу, який виникає як реакція на конкретну кризову подію, довготривалий адаптаційний стрес має затяжний, дифузний характер і відсутність чітких меж (Greco & Roger, 2001). Він пов'язаний не стільки з однією подією, скільки з тривалим перебуванням у нестабільному середовищі. Для українських вимушених мігрантів після 2022 року джерелами цього стресу є:

- невизначений правовий статус (очікування надання притулку, продовження тимчасового захисту);
- економічна нестабільність (відсутність роботи або вимушена низькокваліфікована зайнятість);
- соціальна ізоляція (мовний бар'єр, відсутність близького оточення);
- збереження емоційного зв'язку з країною походження, де триває війна.

Цей стрес часто має «порційний» характер, він підсилюється кожного разу, коли відбувається відмова у продовженні дозволів на проживання, виникають труднощі з орендою житла чи доступом до медицини.

Bogic et al. (2015) показали, що серед боснійських і в'єтнамських біженців саме затяжна невизначеність була ключовим фактором розвитку психічних розладів. Українські автори (Блинова, 2016; Ісаєва, 2018) описують аналогічні прояви серед переміщених осіб: постійне очікування рішень, відчуття «зависання» у часі.

Таким чином, на основі порівняльного аналізу даних та існуючих досліджень, можна припустити, що для українських вимушених мігрантів після 2022 року феномен «зтяжної тимчасовості» виступає провідним джерелом адаптаційного стресу.

2. Когнітивні наслідки

Когнітивне виснаження є одним із ранніх проявів довготривалого адаптаційного стресу. Постійне перебування у стані тривоги та невизначеності асоціюється зі зниженням здатності до довгострокового планування (Ryan & Deci, 2000), формуванням короткострокового мислення, орієнтованого на виживання, а також зростанням ригідності мислення та униканням нових викликів.

Дослідження в межах теорії самодетермінації (Ryan & Deci, 2000) показують,

що хронічний стрес знижує здатність до стратегічного планування, тоді як Costa & McCrae (1992) пов'язують цей процес із підвищенням рівня невротизму та ригідності мислення. Емпіричні дані Bogic et al. (2015) підтверджують, що серед вимушених мігрантів спостерігається менша когнітивна гнучкість у порівнянні з тими, хто швидко інтегрувався. В українському контексті ці висновки узгоджуються з даними UNHCR (2023), які фіксують труднощі з освітою та працевлаштуванням серед переселенців.

Отже, аналіз наявних досліджень демонструє, що когнітивне виснаження є суттєвим наслідком довготривалого адаптаційного стресу, який проявляється у зниженні стратегічного мислення та планування майбутніх дій.

3. Емоційно-поведінкові наслідки

Хронічний адаптаційний стрес спричиняє емоційне вигорання, що проявляється у втраті інтересу до нових можливостей, соціальної апатії та деперсоналізації. Особливо це помітно у жінок з дітьми, які змушені поєднувати роботу, догляд за дитиною та інтеграційні процеси без належної підтримки (UNHCR, 2023). Соляник (2023) показує, що подвійне навантаження (робота + догляд) значно підвищує рівень тривожності. Наливайко (2018) наголошує, що відсутність соціальної підтримки робить цей стан ще гострішим. Іншим поширеним наслідком хронічного стресу є алекситимія — зниження здатності усвідомлювати і вербалізувати власні емоції (Taylor et al., 1997).

Вимушені емігранти часто описують свій стан як «емоційне оніміння» або «роботичність» у повсякденних діях. Отже, на основі аналізу літературних джерел емоційно-поведінкові зміни проявляються у формі вимушеної апатії, вигорання та емоційного оніміння у вигляді алекситимії».

4. Трансформація особистісних рис

Аналіз літератури показує, що довготривалий адаптаційний стрес у вимушених мігрантів асоціюється з кількома тенденціями у структурі особистості (Costa & McCrae, 1992; Bogic et al., 2015; Сірант, 2015):

- підвищення невротизму, що проявляється у зростанні тривожності, дратівливості та схильності до депресивних станів;
- зниження екстраверсії, яке виражається в униканні соціальних контактів та зменшенні ініціативи у встановленні нових зв'язків;
- посилення замкненості та недовіри до інституцій приймаючої країни та представників власної діаспори;
- зміщення мотивації з розвитку на базове виживання, коли стратегічні цілі замінюються тактичними завданнями (наприклад, пошук житла або оформлення документів).

Costa & McCrae (1992) довели, що тривалий стрес сприяє підвищенню невротизму. Сірант (2015) описує у вимушених мігрантів стан «розмитої ідентичності», що проявляється у втраті почуття належності. Ісаєва (2018) вказує на втрату базових соціальних орієнтирів. Узагальнюючи, ми можемо стверджувати: довготривалий адаптаційний стрес веде до стійких змін у структурі особистості, зокрема зниження екстраверсії та посилення замкненості, недові-

ри й переорієнтації мотивації на виживання.

5. Імпліцитна компетентність як компенсаторний ресурс

Weinert (2001) розробив концепцію компетентності як здатності діяти у нових обставинах, навіть без усвідомленого планування. Попри негативний вплив, у частини мігрантів активується так звана імпліцитна компетентність – здатність ефективно діяти у нових умовах, спираючись на попередній життєвий досвід, без усвідомленого планування.

Наприклад:

- швидке опанування побутової мови через роботу або спілкування;
- знаходження неформальних мереж підтримки;
- гнучке комбінування кількох видів зайнятості для стабілізації доходу.

Цей феномен співвідноситься з концепцією *adversity-activated development* (Papadopoulos, 2007), коли стрес не лише шкодить, але й стимулює розвиток нових адаптивних стратегій і ресурсів. Приклади цього серед українців – швидке опанування мови через побутові стратегії (Педько, 2015), залучення до волонтерства (Наливайко, 2018).

Імпліцитна компетентність розглядається як важливий ресурс, який сприяє адаптації українських мігрантів навіть за відсутності офіційної підтримки, виконуючи ключову роль у виживанні та формуванні адаптивних стратегій.

6. Фактори вразливості та стійкості

ВНО (2022) наголошує, що попередні травматичні події значно підсилюють вразливість. Fedorenko (2022) показав, що дитячий досвід війни корелює з високою тривожністю у дорослому віці. Наливайко (2018) визначає соціальну підтримку як головний фактор стійкості.

Аналіз наукових джерел свідчить, що стійкість українських мігрантів формується на перетині особистісних ресурсів, таких як оптимізм та когнітивна гнучкість, і зовнішніх чинників, зокрема соціальної підтримки та політик інтеграції (Наливайко, 2018; ВНО, 2022).

7. Довгострокові перспективи

Дослідження серед в'єтнамських та боснійських біженців (Bogic et al., 2015) показують, що підвищений рівень невротизму та соціальної замкненості може зберігатися роками після інтеграції за відсутності цілеспрямованої психологічної підтримки. Поняття «пастки тимчасовості» (Zetter, 2015) підкреслює, що мігранти часто не інтегруються повністю ні в нову, ні в стару спільноту. Крім того, дані ІОМ (2019) свідчать про можливість «вторинної маргіналізації» при тривалій еміграції.

Таким чином, на основі порівняльного аналізу джерел можна припустити, що відсутність психологічної підтримки підвищує ризик формування фрагментованої ідентичності серед українських вимушених мігрантів після повернення до країни походження.

ВИСНОВКИ

Досвід вимушеної еміграції українців, спричиненої війною 2022 року, є складним психологічним феноменом, що характеризується впливом тривалого адаптаційного стресу на психічне, соціальне та особистісне функціонування. В умовах загроз, невизначеності та втрати базових форм життєвої організації спостерігаються емоційні стани від тривожності, страху та провини до вигорання, соціального оніміння та амбівалентності.

Довготривалий адаптаційний стрес формує розмиту ідентичність, підвищує рівень невротизму та знижує когнітивну гнучкість. Адаптаційний потенціал особистості проявляється через автономність, емоційну стабільність, когнітивну гнучкість та внутрішній локус контролю. Імплицитна компетентність і соціальна підтримка виступають компенсаторними ресурсами, які сприяють виживанню та ефективній адаптації в умовах змін і нестабільності.

Тривала «тимчасовість» створює самостійний травматичний чинник, що проявляється у симптомах хронічного напруження, фрагментації ідентичності, зниження мотивації, емоційному вигоранні та формуванні вразливої емоційної структури. За таких умов можливі два сценарії розвитку: стагнація та дезадаптація або формування нових адаптивних стратегій і особистісне зростання.

Феномен вимушеного переміщення вимагає комплексної психологічної підтримки, що включає роботу з ідентичністю, розвиток соціальних навичок та відновлення емоційної стабільності, з урахуванням як внутрішніх ресурсів особистості, так і зовнішніх соціальних умов.

ЛІТЕРАТУРА

1. Блинова, О. Є. (2016). Соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 1(3), 111–117.
2. Ісаєва, Н. С. (2018). Теоретико-правова характеристика визначення поняття «внутрішньо переміщені особи». *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*, 4(97), 70–75. <https://doi.org/10.31733/2078-3566-2018-6-70-75>
3. Котлова, Л. О. (2014). Проблема конфліктності в молодій сім'ї в період первинної адаптації. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*, (41), 391–396.
4. Наливайко, Л. П., & Орешкова, А. Ф. (2018). Внутрішньо переміщені особи: визначення поняття. *Право і суспільство*, 1(1), 34–39.
5. Пападопулос, Р. (2023). *У чужому домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одужання* (І. Бодак, & Н. Яцюк, Пер.). Лабораторія.
6. Педько, К. В. (2015). Соціально-психологічні особливості вимушених переселенців. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Серія: Психологічні науки*. (128), 201–204.
7. Сірант, М. М. (2015). Біженці та внутрішньо переміщені особи: співвідношення понять. *Митна справа*, 2(2.2), 154–159.
8. Соляник, А. О. (2023). Психологічні особливості прояву депресивних станів у жінок в умовах вимушеної міграції [Кваліфікаційна робота бакалавра, Запорізький національний

університет]. Інституційний репозиторій ЗНУ. <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/12394>

9. УВКБ ООН (UNHCR). (2022). Щорічні звіти про становище українських біженців. <https://www.unhcr.org/ua/>
10. Національний інститут стратегічних досліджень. (2011, 26 жовтня). «Соціально-економічні та етнокультурні наслідки міграції для України». Аналітична записка. <https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/socialno-ekonomichni-ta-etnokulturni-naslidki-migracii-dlya-ukraini>
11. Фернандес, К. (2018). Міграція та родина: взаємозв'язок між міграцією та родинним життям мігрантів. *Міжнародний журнал соціальних наук*, 4(3), 145–160.
12. Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
13. Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, Article 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
14. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
15. Greco, V., & Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: The construction and validation of a new measure. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 519–534. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00156-2](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00156-2)
16. IOM (2019). *World Migration Report 2020*. International Organization for Migration. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2020>
17. Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>
18. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
19. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
20. UNHCR (2022). Global Trends: Forced Displacement. *Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees*. <https://www.unhcr.org/global-trends>
21. Weinert, F. E. (2001). Concept of competence: A conceptual clarification. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Eds.), *Defining and selecting key competencies* (pp. 45–65). Hogrefe & Huber.
22. World Health Organization (2022). *Mental health and psychosocial considerations for populations affected by forced displacement*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063648>
23. Zetter, R. (2015). *Protection in crisis: Forced migration and protection in a global era*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/sites/default/files/publications/TCM-Protection-Zetter.pdf>

REFERENCES

1. Blynova, O. Ye. (2016). *Sotsialno-psykholohichna adaptatsiia vymushenykh mihrantiv: pidkhody i problemy vyvchennia fenomena akulturatsii* [Socio-psychological adaptation of forced migrants: Approaches and problems of studying the phenomenon of acculturation]. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series: "Psychological Sciences"*, 1(3), 111–117 [In Ukrainian].
2. Isayeva N. S. (2018). Teoretyko-pravova kharakterystyka vyznachennia poniattia "vnutrishno

- peremishcheni osoby” [Theoretical-legal approach to defining the concept “internally displaced person”]. *Naukovyy Visnyk Dnipropetrovs'kogo Derzhavnogo Universytetu Vnutrishnikh Sprav*, 4(97), 70–75. <https://doi.org/10.31733/2078-3566-2018-6-70-75> [In Ukrainian].
3. Kotlova, L. O. (2014). Problema konfliktnosti v molodii simi v period pervynnoi adaptatsii [The problem of conflict in a young family during the period of primary adaptation]. *Naukovi zapysky Vinnytskoho derzhavnogo pedahohichnoho universytetu imeni Mykhaila Kotsiubynskoho. Serii: Pedahohika i psykhohihiia*, (41), 391–396 [In Ukrainian].
 4. Nalyvaiko, L. P., & Orieshkova, A. F. (2018). Vnutrishno peremishcheni osoby: vyznachennia poniattia [Internally displaced persons: Definition of the concept]. *Pravo i suspilstvo*, 1(1), 34–39 [In Ukrainian].
 5. Papadopulos, R. (2023). *U chuzhomu domi. Travma vymushenoho peremishchennia: shliakh do rozuminnia i oduzhannia* [In a foreign home. Trauma of forced displacement: The path to understanding and recovery] (I. Bodak, & N. Yatsiuk, Trans.). Laboratoriia [In Ukrainian].
 6. Pedko, K. V. (2015). Sotsialno-psykhohichni osoblyvosti vymushenykh pereselentsiv [Socio-psychological features of forced migrants]. *Visnyk Chernihivskoho natsionalnoho pedahohichnoho universytetu imeni T. H. Shevchenka. Serii: Psykhohichni nauky*. (128), 201–204 [In Ukrainian].
 7. Sirant, M. M. (2015). Bizhentsi ta vnutrishno peremishcheni osoby: spivvidnoshennia poniat [Refugees and internally displaced persons: Conceptual correlation]. *Mytna sprava*, 2(2.2), 154–159 [In Ukrainian].
 8. Solianyuk, A. O. (2023). Psykhohichni osoblyvosti proiavu depresyvykh staniv u zhinok v umovakh vymushenoj mihratsii [Bachelor’s thesis, Zaporizhzhia National University]. Institutional Repository ZNU. <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/12394> [In Ukrainian].
 9. UNHCR. (2022). *Annual reports on the situation of Ukrainian refugees* [Annual reports on the situation of Ukrainian refugees]. <https://www.unhcr.org/ua/> [In Ukrainian].
 10. Natsionalnyi instytut stratehichnykh doslidzhen. (2011, 26 October). «Sotsialno-ekonomichni ta etnokulturni naslidky mihratsii dlia Ukrainy». *Analitichna zapyska* [Socio-economic and ethno-cultural consequences of migration for Ukraine. Analytical note.] <https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/socialno-ekonomichni-ta-etnokulturni-naslidki-migracii-dlya-ukraini> [In Ukrainian].
 11. Fernandes, K. (2018). Mihratsiia ta rodyna: vzaiemozviazok mizh mihratsiieiu ta rodynnym zhyttiam mihrantiv [Migration and family: The relationship between migration and migrants’ family life]. *International Journal of Social Sciences*, 4(3), 145–160 [In Ukrainian].
 12. Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
 13. Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, Article 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
 14. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
 15. Greco, V., & Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: The construction and validation of a new measure. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 519–534. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00156-2](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00156-2)
 16. IOM (2019). *World Migration Report 2020*. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2020>
 17. Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>
 18. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic

- motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
19. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
 20. UNHCR (2022). Global Trends: Forced Displacement. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/global-trends>
 21. Weinert, F. E. (2001). Concept of competence: A conceptual clarification. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Eds.), *Defining and selecting key competencies* (pp. 45–65). Hogrefe & Huber.
 22. World Health Organization (2022). *Mental health and psychosocial considerations for populations affected by forced displacement*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063648>
 23. Zetter, R. (2015). *Protection in crisis: Forced migration and protection in a global era*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/sites/default/files/publications/TCM-Protection-Zetter.pdf>

Відомості про автора

Олеся ДЮНДИНА, здобувачка ступеня Доктора філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Olesia Diundina, PhD student, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID: 0009-0009-8110-6950

E-mail: diundinaa@gmail.com

Іванова Євгенія
Собко Світлана

РОЛЬ САМОПОВАГИ, ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ФОРМУВАННІ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК

Анотація

У статті проаналізовано психологічні чинники співзалежності у жінок в умовах війни. Досліджено взаємозв'язки співзалежності із самоповагою, емоційним інтелектом, копінг-стратегіями та суб'єктивним благополуччям. Встановлено, що жінки з високим рівнем співзалежності мають нижчі показники самоповаги, емоційного інтелекту, рідше використовують адаптивні копінг-стратегії та характеризуються нижчим рівнем благополуччя. Доведено відмінності між жінками з досвідом співжиття з партнерами, що мають залежності, і контрольної групи. Показано актуальність комплексного підходу в контексті війни.

Ключові слова: співзалежність, самоповага, емоційний інтелект, жінки в умовах війни, чинники співзалежності, українські жінки, копінг-стратегії, суб'єктивне благополуччя.

№ (2) 10, 2025

Ivanova Yevheniia
Sobko Svitlana

THE ROLE OF SELF-ESTEEM, EMOTIONAL INTELLIGENCE, COPING STRATEGIES AND SUBJECTIVE WELL-BEING IN THE DEVELOPMENT OF CODEPENDENCY IN WOMEN

Abstract

The article analyzes the psychological factors of codependency in women during wartime conditions. The study examines the relationships between codependency and self-esteem, emotional intelligence, coping strategies, and subjective well-being. It was found that women with a high level of codependency demonstrate lower self-esteem and emotional intelligence, use adaptive coping strategies less frequently, and report lower levels of well-being. Significant differences were identified between women with a history of cohabiting with partners struggling with addictions and

those in the control group. The findings highlight the relevance of a comprehensive psychological approach in the context of war.

Keywords: codependency, self-esteem, emotional intelligence, women in wartime, codependency factors, Ukrainian women, coping strategies, subjective well-being.

Вступ
У повоєнному українському суспільстві психологічне функціонування жінок зазнає суттєвих трансформацій. Тривале перебування в умовах стресу, втрати, невизначеності та необхідності емоційного самозбереження змушують багатьох із них брати на себе роль стабілізуючого фактора в сімейній системі. У ситуаціях, де партнери мають досвід бойових дій, ПТСР або прояви залежної поведінки, жінки часто виконують функцію «регулятора» стосунків, ігноруючи власні потреби. Це створює передумови для формування феномену співзалежності — психологічного стану, що глибоко впливає на емоційне здоров'я, самооцінку й здатність до адаптації.

Термін «співзалежність» увійшов у науковий дискурс наприкінці ХХ століття завдяки роботам М. Бітті, Ч. Вітфілда та Т. Чермака. Сучасні підходи розглядають її не лише як реакцію на адикцію партнера, але й як глибинну особистісну схему, яка формується внаслідок емоційної депривації, травматичного дитинства чи соціального тиску. Особливу увагу в межах цього феномену дослідники приділяють таким психологічним змінним, як самоповага, емоційна компетентність, копінг-стратегії та суб'єктивне благополуччя (Cermak, 1998; Aimaganbetova et al., 2020; Лиманкіна, 2022).

Науковці погоджуються, що співзалежна поведінка — це не просто наслідок токсичних стосунків, а багатофакторна конструкція, в основі якої лежить складна взаємодія особистісних і ситуативних детермінант. Проте досі не існує єдиного уніфікованого підходу до вивчення цього явища, а особливо — в контексті воєнних подій, що радикально змінюють роль жінки в системі міжособистісних стосунків.

Дослідження, проведені на вибірках жінок, які переживають наслідки війни, є вкрай обмеженими. Недостатньо описаними залишаються також внутрішні психологічні механізми, що підтримують співзалежну поведінку. Зокрема, потребує уточнення, які саме індивідуальні ресурси — самоповага, емоційна обізнаність, здатність до саморегуляції — здатні або послаблювати, або підсилювати схильність до співзалежних патернів.

У фокусі цієї статті — системне вивчення взаємозв'язків між рівнем співзалежності та низкою психологічних змінних, зокрема самоповагою, емоційним інтелектом, копінг-стратегіями та суб'єктивним благополуччям жінок. Актуальність такого підходу зумовлена не лише теоретичним інтересом до феномена співзалежності, але й практичною потребою в створенні ефективних інтервенцій для психологічної підтримки жінок у ситуаціях хронічного стресу. Аналіз цих взаємозв'язків дозволяє виявити психологічні ресурси, на які можна спиратися у розробці індивідуальних і групових програм допомоги, орієнтованих

на підвищення якості життя та стосунків у поствоєнному контексті.

Мета дослідження

Метою дослідження є визначення психологічних особливостей жінок з різним рівнем співзалежності шляхом аналізу взаємозв'язків між рівнем співзалежності, самоповагою, емоційним інтелектом, копінг-стратегіями та компонентами суб'єктивного благополуччя. Особлива увага приділяється виявленню латентних факторів психологічного функціонування, пов'язаних із різним рівнем співзалежності.

Завдання дослідження

Для досягнення поставленої мети сформульовано такі завдання:

1. Здійснити аналіз сучасних теоретичних підходів до вивчення феномену співзалежності та психологічних чинників її виникнення, зокрема самоповаги, емоційного інтелекту, копінг-стратегій і суб'єктивного благополуччя.
2. Визначити рівні співзалежності, самоповаги, емоційного інтелекту, суб'єктивного благополуччя та копінг-стратегій у жінок.
3. Емпірично дослідити відмінності за зазначеними психологічними характеристиками між групами жінок із високим і низьким рівнем співзалежності.
4. Встановити взаємозв'язки між досліджуваними змінними та виявити латентну структуру психологічного функціонування в загальній вибірці та в підгрупах.

Методи та організація дослідження

Для досягнення поставленої мети використано комплекс методів, що охоплює теоретичний, емпіричний і статистичний рівні аналізу:

- Теоретичні методи: аналіз, узагальнення, систематизація та порівняння наукових джерел

- Емпіричні методи: стандартизовані психодіагностичні інструменти:

1. The Codependency Self-Inventory Scale (Б. та Дж. Вайнхолди; адаптація: Кочарян, Фролова, Смахтіна, 2006)
2. Шкала самоповаги (М. Розенберг)
3. Опитувальник емоційного інтелекту (Н. Холл)
4. Brief COPE (C. Carver, 1997)
5. PERMA-Профайлер (Butler & Kern, 2016; адаптація: Савченко, Лавриненко, 2023)
6. Авторська соціодемографічна анкета

- Статистичні методи: описова статистика, кореляційний аналіз (r Пірсона), t-критерій Стьюдента, лінійна регресія, факторний аналіз (EFA), візуалізація даних у середовищі Jamovi.

Вибірка

У дослідженні взяли участь 72 жінки віком від 18 до 59 років. Участь в опитуванні була добровільною та анонімною. Респондентки були проінформовані про цілі дослідження та мали можливість самостійно вирішити, чи бажають брати участь. Надання відповідей розглядалося як непряма форма згоди на участь у дослідженні. Етичні принципи конфіденційності та добровільності були дотримані.

Ключовим критерієм включення до дослідження була наявність або

відсутність досвіду тривалих стосунків із партнерами, які демонструють залежну поведінку (хімічну чи поведінкову).

Структура вибірки:

- Експериментальна група (n = 36): жінки з досвідом тривалих стосунків із залежними партнерами.
- Контрольна група (n = 36): жінки без такого досвіду.

Такий розподіл дав змогу провести порівняльний аналіз і виявити відмінності у психологічному функціонуванні залежно від рівня співзалежності.

Результати дослідження та їх обговорення

Співзалежність — це складне й багатовимірне явище, яке пройшло еволюційний шлях: від вузького поняття «со-алкоголік» до самостійного психосоціального феномена. Вперше про неї заговорили у зв'язку з динамікою родин, де один із членів мав хімічну залежність (Subby & Friel, 1984). Згодом виявилося, що співзалежна поведінка може виникати і в значно ширшому колі стосунків — із партнерами, дітьми, друзями — особливо якщо в минулому були досвіди психологічної травми, зокрема в дитинстві (Bacon & Conway, 2023; Whitfield, 2010; Miller & Romano, 2023). Сучасні підходи розглядають співзалежність як реактивну форму пристосування до порушених міжособистісних меж, що формується під впливом сімейного клімату, особистісних рис і культурного контексту (Happ et al., 2023; Keller & Wiese, 2022).

У фаховій літературі наголошується на низці психологічних чинників, притаманних співзалежній поведінці. Насамперед ідеться про несприятливий родинний досвід, дитячі психотравми, явище парентифікації, а також особистісні риси — підвищену тривожність, емоційну вразливість і схильність до невротичних реакцій (Березовська, Сахон та Павлик, 2021; Лиманкіна, 2023; EvgIn & Sümen, 2022). Згідно з еволюційно-розвитковою моделлю (Weinhold & Weinhold, 2010), ключову роль відіграє порушення процесу індивідуалізації, зокрема в умовах, коли дитина не здобуває досвіду автономії. Як наслідок, у дорослому житті виникає співзалежна поведінка, яка тримається на потребі в контролі, знеціненні власного «Я» та прагненні здобути зовнішнє схвалення.

Окрему роль у формуванні співзалежної поведінки відіграє самоповага, яку дослідники розглядають як один із ключових психологічних предикторів. За визначенням Розенберга (Rosenberg, 1972), це - базове відчуття власної цінності, що суттєво впливає на загальне функціонування особистості. У працях Маслоу (1971) і Роджерса (1995) самоповага постає як необхідна умова для реалізації потенціалу та досягнення самоактуалізації. Емпіричні дані Карашара (Karaşar, 2021) свідчать про те, що занижена самооцінка є сталою характеристикою осіб зі співзалежною поведінкою. Схожих висновків дійшли Wells і Glickauf-Hughes (1999), які пов'язали співзалежність із глибоко вкоріненим почуттям сорому. У вітчизняних дослідженнях цю тезу підтверджують Шопша, Беспалов і Беспалова (2024), вказуючи, що саме дефіцит самоповаги часто підтримує дисфункційну динаміку взаємозалежності в подружніх стосунках.

Ще одним важливим психологічним компонентом, пов'язаним зі

співзалежністю, є емоційний інтелект (EI) — здатність розпізнавати, розуміти та регулювати власні й чужі емоції (Goleman, 1995). Дослідження показують, що жінки зі схильністю до співзалежної поведінки часто мають знижені показники EI, особливо в аспектах емоційного усвідомлення та саморегуляції (Cartee, 2024; Salavera, Usan & Jarie, 2017). Як зазначають Bacon та колеги (2020), таким особам притаманна суперечлива Я-концепція, що перешкоджає ефективній емоційній адаптації. У свою чергу, результати дослідження Moradi та ін. (2011) свідчать, що високий рівень емоційного інтелекту тісно пов'язаний із застосуванням більш адаптивних копінг-стратегій, виконуючи тим самим захисну функцію в умовах емоційного стресу.

Копінг-стратегії, які застосовують співзалежні особи, найчастіше мають емоційно-орієнтований або уникаючий характер. Серед них — схильність до самозвинувачення, заперечення проблем і постійна потреба в емоційній підтримці з боку інших (Lāce & Sudraba, 2023; Carver, 1997). Українські дослідники також акцентують на деструктивній природі таких стратегій, які замість вирішення труднощів лише закріплюють залежність від зовнішніх джерел підтримки (Беспалов та ін., 2024). У довгостроковій перспективі це послаблює особистісну автономію та ускладнює здатність до самостійного подолання життєвих викликів.

Останнім із ключових компонентів виступає суб'єктивне благополуччя, яке розглядається через призму PERMA-моделі (Seligman, 2011) і слугує важливим індикатором загального психологічного функціонування. У співзалежних осіб цей показник, як засвідчують дослідження, зазвичай помітно знижений (Савченко та Лавриненко, 2023). Зокрема, Нарр та співавт. (2023) довели, що співзалежність негативно впливає на якість діадичних взаємин, знижуючи рівень життєвого задоволення. Схожі спостереження наводить Shaw (2025): жінки, які пережили втрату близьких через залежність, часто демонструють підвищену емоційну вразливість і симптоми психологічного виснаження.

Узагальнюючи наведене, можна стверджувати, що самоповага, емоційний інтелект, особливості копіngu та рівень суб'єктивного благополуччя — це одні із базових компонентів психологічного портрета співзалежної особистості. Саме ці характеристики можуть стати опорними точками для побудови ефективної психологічної підтримки та інтервенцій.

Переходячи до аналізу емпіричних результатів, розглянемо основні дані дослідження та зробимо відповідні висновки. На початковому етапі було проведено порівняльний аналіз психологічних показників у двох групах жінок: учасниць, які мали досвід тривалих стосунків із партнерами, які мали різні форми залежної поведінки — як хімічної (алкоголь, наркотики), так і поведінкової (гемблінг, трудовголізм, комп'ютерні ігри тощо) (експериментальна група), та тих, хто такого досвіду не мав (контрольна група). Результати t-критерію Ст'юдента засвідчили наявність статистично значущих відмінностей за рівнем самоповаги (PSE_m) та показниками співзалежності (CSI_m). Зокрема, жінки, які перебували у токсичних стосунках, продемонстрували нижчий рівень самоповаги ($M = 2.39$) порівняно з учасницями контрольної групи ($M = 2.73$), $p = 0.001$. Водночас у них спостерігався

вищий рівень співзалежності ($M = 2.38$ проти $M = 2.06$), $p = 0.004$. Обидва показники супроводжувалися високими значеннями ефекту: $d = -0.79$ для PSE_m та $d = 0.71$ для CSI_m, що вказує на суттєві міжгрупові розбіжності (див. Табл. 1).

Таблиця 1

Порівняння рівнів самоповаги та співзалежності між жінками з досвідом співзалежності та без нього (t-критерій Стьюдента)

Змінна	t	df	p	Різниця середніх	SE (стандартна помилка)	Розмір ефекту (Cohen's d)
PSE_m	-3.353 ^a	70	0.001	-0.3361	0.1002	-0.790
CSI_m	3.016 ^a	70	0.004	0.3222	0.1069	0.711
EI_m	-1.645	70	0.105	-0.2741	0.1667	-0.388
BRIF_P_m	-0.790	70	0.432	-0.0903	0.1142	-0.186
BRIF_E_m	0.868	70	0.388	0.0764	0.0880	0.205
BRIF_UK_m	1.015	70	0.314	0.1215	0.1198	0.239
PERMA_m	-1.833 ^a	70	0.071	-0.5756	0.3140	-0.432

^a *Порушення припущення про рівність дисперсій згідно з критерієм Левена ($p < 0.05$)*

Примітка: статистично значущими вважаються $p < 0.05$

Крім цього, було виявлено статистично значущі відмінності за загальним індексом емоційного інтелекту (EI_m). Середнє значення в контрольній групі становило $M = 1.40$, тоді як у жінок з досвідом співзалежних стосунків — лише $M = 1.13$ ($p = 0.023$, $d = 0.55$), що свідчить про помірну силу ефекту. Поглиблений аналіз підшкал EI показав, що всі п'ять компонентів — емоційна обізнаність, управління власними емоціями, самомотивація, емпатія та розпізнавання емоцій інших людей — були більш виражені саме у представниць контрольної групи. Найбільші відмінності простежувалися в управлінні емоціями та здатності до самомотивації, що вказує на знижений рівень емоційної саморегуляції серед жінок із співзалежною поведінкою.

Ці результати підтверджують припущення, що жінки, схильні до співзалежних стосунків, частіше зазнають труднощів у сфері емоційної регуляції. Їм складніше ідентифікувати, контролювати та виражати власні емоції, що може сприяти закріпленню деструктивних патернів у стосунках.

Узагальнене зображення середніх значень підшкал емоційного інтелекту представлено на Рисунку 1. Візуальна перевага показників у контрольній групі додатково підкреслює значущість емоційної компетентності як ресурсу психологічної адаптації у сфері партнерських взаємин.

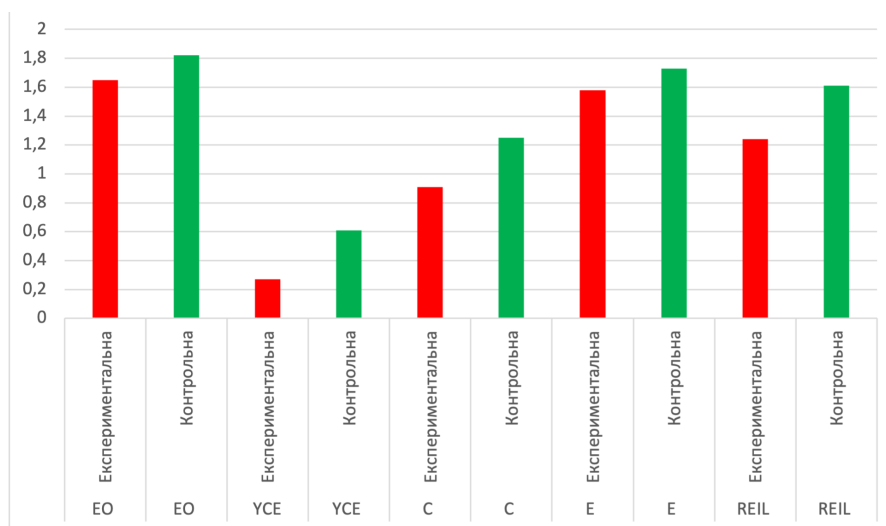


Рисунок 1. Середні значення підшквал емоційного інтелекту у жінок контрольної та експериментальної груп

На наступному етапі аналізу увагу було зосереджено на рівні співзалежності, незалежно від досвіду перебування у деструктивних стосунках. Для цього вибірку респонденток було репрезентативно розподілено на дві підгрупи — з високим та низьким рівнем співзалежності (CSI_m), згідно з кількісними значеннями відповідного індексу. Такий підхід дозволив перевірити припущення про те, що саме рівень співзалежності, а не сам факт перебування у стосунках з залежними партнерами, є чутливішим індикатором психологічного функціонування.

Порівняльний аналіз показав достовірні відмінності між цими групами за трьома основними показниками:

- самоповага (PSE_m): у жінок із високим CSI цей показник був суттєво нижчим ($p < 0.001$), розмір ефекту — дуже великий (Cohen's $d = 1.05$);
- емоційний інтелект (EI_m): також був нижчим у високоспівзалежній групі ($p = 0.023$), із помірним розміром ефекту ($d = 0.55$);
- інтегральний добробут (PERMA_m): індекс суб'єктивного благополуччя за PERMA-моделлю виявився нижчим у групі з високим CSI ($p = 0.032$), Cohen's $d = 0.52$.

Інші показники, зокрема копінг-стратегії (BRIEF) і вираженість негативних емоцій (наприклад, BRIF_UK_m), не виявили статистично значущих розбіжностей між групами. Можна припустити, що копінг-стратегії та негативні емоції менш прямо залежать від рівня співзалежності або ж їхній вплив проявляється через інші психоемоційні чинники.

Узагальнені результати представлено на Рисунку 2, який наочно демонструє різницю в середніх значеннях ключових психологічних характеристик у групах з низьким і високим рівнем співзалежності. Особливо помітні відмінності за рівнем самоповаги, добробуту та емоційного інтелекту, що підтверджує високу чутливість CSI як індикатора психологічної вразливості.

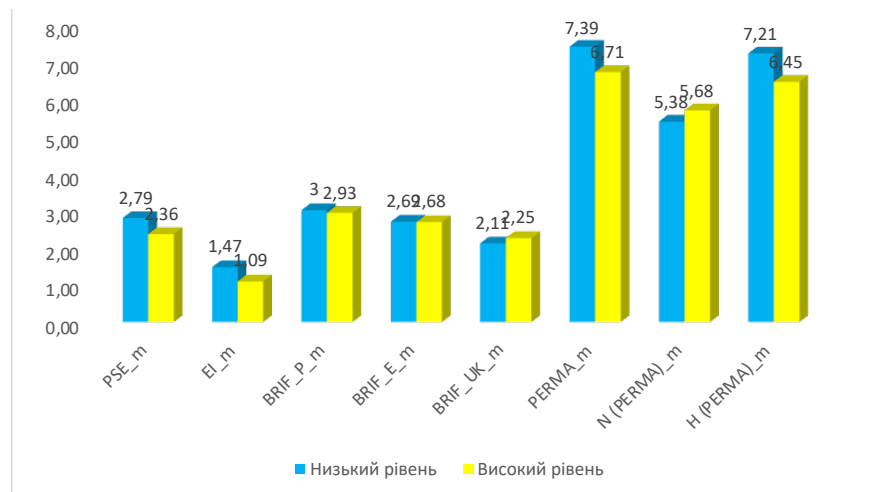


Рисунок 2. Порівняння середніх значень психологічних змінних у групах із низьким та високим рівнем співзалежності

На етапі кореляційного аналізу було виявлено системний характер взаємозв'язків між ключовими психологічними змінними. Найсильніший зворотний зв'язок спостерігався між рівнем співзалежності (CSI_m) та самоповагою (PSE_m) ($r = -0.640$; $p < 0.001$), що свідчить про те, що зі зростанням самоповаги ймовірність проявів співзалежної поведінки помітно знижується. Цей показник виявився центральним у структурі даних, що дає підстави розглядати самоповагу як провідний психологічний ресурс у профілактиці співзалежних патернів.

Окрім того, співзалежність демонструвала помірні негативні кореляції з емоційним інтелектом (EI_m) ($r = -0.444$; $p < 0.001$) та загальним індексом суб'єктивного благополуччя за PERMA-моделлю (PERMA_m) ($r = -0.479$; $p < 0.001$). Ці дані свідчать про те, що співзалежна поведінка не лише пов'язана з дефіцитом самосприйняття, а й загалом ослаблює психоемоційну стійкість особистості.

У протиположності цьому, самоповага демонструвала стійкі позитивні зв'язки з адаптивними змінними: добробутом (PERMA_m) ($r = 0.655$; $p < 0.001$), емоційним інтелектом (EI_m) ($r = 0.442$; $p < 0.001$), а також із проблемно-орієнтованими копінг-стратегіями (BRIF_P_m) ($r = 0.342$; $p = 0.003$). Це додатково підкреслює значення самоповаги як ключового ресурсу адаптації, особливо в умовах психоемоційного навантаження.

Найвиразніший із цих взаємозв'язків — між CSI_m і PSE_m — представлено на Рисунку 3. Діаграма розсіювання показує, що у жінок з досвідом співзалежних стосунків (експериментальна група) негативна залежність між цими змінними виявлена сильніше, ніж у контрольній групі. Це свідчить про посилену чутливість самоповаги до впливу деструктивних патернів у взаєминах, особливо на тлі емоційної вразливості.

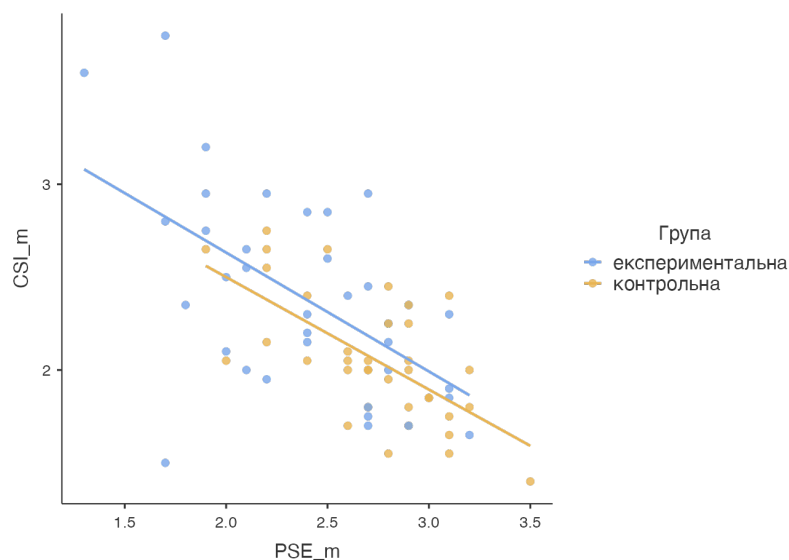


Рисунок 3. Зв'язок між самоповагою (PSE_m) та співзалежністю (CSI_m) у двох групах

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, можна стверджувати: самоповага відіграє провідну роль як психологічний ресурс, що виконує функцію захисного буфера. Вона достовірно пов'язана з нижчим рівнем співзалежності, вищим суб'єктивним благополуччям і кращими навичками емоційної регуляції. Висока самоповага, таким чином, формує стійке підґрунтя для адаптивної міжособистісної поведінки — сприяє конструктивному вирішенню конфліктів, розвитку емпатії та збереженню психологічної автономії.

Натомість високий рівень співзалежності тісно корелює з пригніченою емоційною регуляцією, зниженим добробутом та викривленим самосприйняттям. Попри соціально прийнятну «маску» (турботливість, жертвність, залежність від думки інших), співзалежна поведінка має деструктивний характер, обмежуючи особистісний розвиток і погіршуючи якість життя.

Отримані дані підкреслюють доцільність психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток самоповаги, емоційної компетентності та автономії, особливо у жінок з досвідом дисфункційних стосунків. Такі втручання можуть мати як профілактичну, так і відновлювальну мету, сприяючи активізації внутрішніх ресурсів.

Продовжуючи аналітичний огляд, звернемося до результатів регресійного аналізу, який дозволяє глибше зрозуміти взаємодію психологічних предикторів, що лежать в основі співзалежної поведінки та добробуту жінок у вибірці. Побудовані моделі свідчать, що самоповага є єдиним стабільним і універсальним чинником: її зниження достовірно прогнозує зростання співзалежності (CSI_m) та одночасно — зменшення показників суб'єктивного благополуччя (PERMA). Це дозволяє розглядати самоповагу як ключовий регулятор загальної адаптації, незалежно від того, чи мала жінка досвід токсичних стосунків.

Окрім цього, значущим предиктором підвищення співзалежності виявилася копінг-стратегія уникнення. Жінки, які схильні до такої поведінки, зазвичай емоційно дистанціюються від проблем, що сприяє закріпленню патернів

залежної взаємодії. Цей зв'язок був особливо помітним у поєднанні з низьким рівнем емоційного інтелекту, що свідчить про опосередковану роль емоційної самосвідомості у цьому процесі.

Особливої уваги заслуговує емоційна усвідомленість (EI_усе_m), яка виявилася значущим буфером ризику. Вона сприяє збереженню добробуту й адаптивних поведінкових стратегій навіть за наявності травматичного досвіду. Цей ефект був особливо виражений у контрольній групі, де емоційний інтелект відіграв центральну роль у підтримці психологічного здоров'я, на відміну від експериментальної, де його вплив був менш вираженим.

У підсумку, регресійний аналіз дозволив виділити два сценарії формування добробуту:

- у жінок без досвіду тривалих стосунків із партнерами, які мали різні форми залежної поведінки, — через емоційну саморегуляцію та конструктивні копінг-стратегії;
- у жінок із досвідом тривалих стосунків із партнерами, які мали різні форми залежної поведінки, — передусім через зміцнення самоповаги та зниження частоти дезадаптивного уникнення.

Ці відмінності свідчать про контекстуальну варіативність предикторів, водночас підтверджуючи стабільність ключових психологічних закономірностей. Узагальнені дані, наведені в кореляційній матриці (див. Табл. 2), наочно демонструють узгодженість виявлених зв'язків і можуть слугувати підґрунтям для подальших досліджень та розробки психологічних програм підтримки.

Таблиця 2

Кореляційна матриця між співзалежністю, самоповагою, емоційним інтелектом, копінг-стратегією та добробутом (коефіцієнти Пірсона)

	CSI_m	PSE_m	EI_m	BRIF P_m	PERMA_m
CSI_m	—				
PSE_m	-0.640***	—			
EI_m	-0.444***	0.442***	—		
BRIF P_m	-0.287*	0.342**	0.428***	—	
PERMA_m	-0.479***	0.655***	0.558***	0.367**	—

*Примітка. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

Наведені в Таблиці дані узагальнюють ключові емпіричні взаємозв'язки між досліджуваними конструкціями, підтверджуючи наявність системної організації як адаптивних, так і дезадаптивних психологічних патернів у жінок із різним досвідом стосунків.

Підсумовуючи результати факторного аналізу, можна стверджувати, що він дозволив виявити латентні психологічні структури, пов'язані з рівнем співзалежності, а також оцінити узгодженість емпіричних даних із теоретичними уявленнями.

У загальній вибірці найбільш надійна й статистично обґрунтована модель

пояснювала 59,9% загальної дисперсії. До складу цієї моделі увійшли основні показники: самоповага, індекси PERMA, копінг-стратегії (емоційна підтримка, релігійність, гумор), а також рівень співзалежності. В результаті було виокремлено три інтерпретовані фактори:

1. **Адаптивне благополуччя** — провідний латентний компонент, що об'єднав самоповагу та всі складові PERMA, утворюючи цілісну ресурсну модель добробуту

2. **Емоційна регуляція** — фактор, навантажений на копінг-стратегії, пов'язані з використанням емоційної підтримки, духовних практик і гумору як засобів подолання стресу

3. **Співзалежність** — окремий, негативно поляризований фактор, що виявив зворотний зв'язок із першим компонентом, підтверджуючи його деструктивну природу щодо адаптивних ресурсів.

Для глибшого розуміння було проведено окремий факторний аналіз у двох підгрупах, сформованих за рівнем співзалежності (високий/низький CSI_m):

- У групі з високим рівнем співзалежності була відтворена подібна трьохфакторна структура, яка пояснювала 48,6% дисперсії. При цьому співзалежність була пов'язана з негативним полюсом фактора добробуту, що вказує на її зв'язок із деструктивними психологічними проявами, які знижують адаптаційні можливості особистості.

- Натомість у групі з низьким рівнем співзалежності адаптивні змінні — самоповага, емоційна підтримка та добробут — об'єдналися в єдиний ресурсний фактор, що пояснював 39,8% дисперсії. У цій моделі співзалежність виявилася протилежною за напрямком, тобто діяла всупереч цілісній системі внутрішньої регуляції.

Таким чином, отримані результати засвідчують: факторна структура психологічного функціонування значною мірою залежить від рівня співзалежності. За високих показників CSI внутрішня цілісність ресурсної системи втрачається, що проявляється у формуванні окремого деструктивного чинника, протиставленого добробуту та психологічним ресурсам. Водночас за низького рівня співзалежності адаптивні характеристики інтегруються в єдину, стабільну структуру.

Ці висновки мають прикладне значення для побудови психологічних інтервенцій, зокрема програм, спрямованих на відновлення та інтеграцію внутрішніх ресурсів у жінок із досвідом дисфункційних стосунків. Такий підхід дозволяє посилити стійкість, автономію та добробут у складних міжособистісних ситуаціях.

Висновки

Дослідження підтверджує, що співзалежність не зводиться лише до реакції на складні стосунки — це більш глибоке, багатокомпонентне явище, яке пов'язане зі зниженим рівнем самоповаги, порушеннями емоційної регуляції та ослабленням внутрішніх ресурсів. Хоча не всі показники продемонстрували статистичну значущість, загальна картина виявлених зв'язків є цілісною і логічною: саме самоповага виявилась найстабільнішим психологічним буфером, що знижує

ризик співзалежної поведінки та підтримує добробут.

Водночас факторний аналіз показав, що за високої співзалежності внутрішня система ресурсів стає фрагментованою, а за низької — навпаки, інтегрується в єдину адаптивну структуру. Це підкреслює важливість підтримки самоповаги, розвитку емоційної усвідомленості та конструктивних стратегій подолання — не лише як профілактики співзалежності, а як передумови для відновлення психологічної цілісності в жінок із досвідом непростих стосунків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Березовська, Л. І, Сахон, В. О., & Павлик, У. В. (2021). Соціально-психологічні чинники схильності особистості до утворення співзалежних стосунків. *Вісник Національного університету оборони України*, 59(1), 28–35. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-59-1-28-35>
2. Савченко, О. В., & Лавриненко, Д. Г. (2023). Короткий багатовимірний опитувальник процвітання “PERMA Профайлер”: Адаптація методики та її психометричні властивості. *Габітус*, (52), 167–178. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.%202023.52.29>
3. Aimaganbetova, O., Meiramova, S., Zhylykbaeva, A., Zhanatbek, S., & Amirbekova, G. (2020). Psychological characteristics of women suffering from co dependence. *Journal of Critical Reviews*, 7(14), 2733–2737.
4. Bacon, I., & Conway, J. (2023). Co-dependency and enmeshment — a fusion of concepts. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21, 3594–3603. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00810-4>
5. Bacon, I., McKay, E., Reynolds, F., & McIntyre, A. (2020). The lived experience of codependency: An interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(3), 754–771. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9983-8>
6. Bespalov, V. P., Bespalova, E. V., Shopsha, M. M., Shopsha, O. L., & Koliadenko, N. V. (2024). Individual and psychological characteristics of the married couple in a codependent relationship. *Clinical and Preventive Medicine*, (5), 100–108. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2024.13>
7. Cartee, M. J. R. A. (2024). *Emotional intelligence and codependency in adults: A correlational study* [Doctoral dissertation, University of Oregon].
8. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
9. Cermak, T. L. (1998). *Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children*. Hazelden Publishing.
10. Evgin, H., & Sümen, A. (2022). The effect of codependency levels and problem solving skills of nurses on burnout. *Healthcare*, 10(2), 378.
11. Goleman, D. P. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. Bantam Books.
12. Happ, Z., Bodó Varga, Z., Bandi, S. A., Kiss, E. C., Nagy, L., & Csókási, K. (2023). How codependency affects dyadic coping, relationship perception and life satisfaction. *Current Psychology*, 42, 15688–15695. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02875-9>
13. Karaşar, B. (2021). Codependency: An evaluation in terms of depression, need for social approval and self love/self efficacy. *Kastamonu Education Journal*, 29(1), 117–126. <https://doi.org/10.24106/kefdergi.738845>
14. Keller, S., & Wiese, B. S. (2022). The intergenerational transmission of codependency: Parental emotional regulation and enmeshment in emerging adulthood. *Journal of Family Psychology*, 36(2), 201–213.
15. Lymankina, A. (2023). Features of the relationship of codependence in middle-aged women with self-esteem and anxiety. *Paradigm of Knowledge*, 2(56). [https://doi.org/10.26886/2520-7474.2\(56\)2023.4](https://doi.org/10.26886/2520-7474.2(56)2023.4)
16. Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. Viking Penguin Inc.

17. Miller, A., & Romano, J. (2023). Attachment, trauma, and co dependency: A systemic perspective. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53, 135–148.
18. Moradi, A., Pishva, N., Ehsan, H. B., & Hadadi, P. (2011). The relationship between coping strategies and emotional intelligence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 748–751. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.146>
19. Rogers C. R. (1995). What understanding and acceptance mean to me. *Journal of Humanistic Psychologist*, 35(4), 7–22. <https://doi.org/10.1177/00221678950354002>
20. Rosenberg, M. (1972). Self esteem scale. In J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of social psychological attitudes* (pp. 98–101). Institute for Social Research.
21. Salavera, C., Usan, P., & Jarie, L. (2017). Emotional intelligence and social skills on self efficacy in secondary education students. Are there gender differences? *Journal of Adolescence*, 60, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.07.009>
22. Subby, R., & Friel, J. (1984). Co-dependency: A paradoxical dependency. In *Co-dependency: An emerging issue* (pp. 31–44). Health Communications.
23. Weinhold, J. B., & Weinhold, B. K. (2010). *Breaking free of the co-dependency trap*. New World Library.
24. Wells, M., Glickauf Hughes, C., & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *American Journal of Family Therapy*, 27(1), 63–71. <https://doi.org/10.1080/019261899262104>
25. Whitfield, C. L. (2010). *Co-dependence: Healing the human condition: The New Paradigm for Helping Professionals and People in Recovery*. Health Communications, Inc.

REFERENCES

1. Berezovska, L. I., Sakhon, V. O., & Pavlyk, U. V. (2021). Sotsialno-psykholohichni chynnyky skhylnosti osobystosti do utvorennia spivzaleznykh stosunkiv [Socio-psychological factors of personality predisposition to form interdependent relationships]. *Visnyk Natsionalnoho universytetu oborony Ukrainy*, 59(1), 28–35. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-59-1-28-35> [In Ukrainian].
2. Savchenko, O. V., & Lavrynenko, D. H. (2023). Korotkyi bahatovymirnyi opytuvalnyk protsvitannia “PERMA Profailer”: Adaptatsiia metodyky ta yii psykholohichni vlastyivosti [A brief multidimensional measure of flourishing “PERMA-profiler”: Adaptation of the methodology And its psychometric properties]. *Habitus*, (52), 167–178 [In Ukrainian].
3. Aimaganbetova, O., Meiramova, S., Zhylykbaeva, A., Zhanatbek, S., & Amirbekova, G. (2020). Psychological characteristics of women suffering from co dependence. *Journal of Critical Reviews*, 7(14), 2733–2737.
4. Bacon, I., & Conway, J. (2023). Co-dependency and enmeshment — a fusion of concepts. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21, 3594–3603. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00810-4>
5. Bacon, I., McKay, E., Reynolds, F., & McIntyre, A. (2020). The lived experience of codependency: An interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18(3), 754–771. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9983-8>
6. Bepalov, V. P., Bepalova, E. V., Shopsha, M. M., Shopsha, O. L., & Koliadenko, N. V. (2024). Individual and psychological characteristics of the married couple in a codependent relationship. *Clinical and Preventive Medicine*, (5), 100–108. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2024.13>
7. Cartee, M. J. R. A. (2024). *Emotional intelligence and codependency in adults: A correlational study* [Doctoral dissertation, University of Oregon].
8. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
9. Cermak, T. L. (1998). *Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children*. Hazelden Publishing.
10. Evgin, H., & Sümen, A. (2022). The effect of codependency levels and problem solving skills of nurses

- on burnout. *Healthcare*, 10(2), 378.
11. Goleman, D. P. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. Bantam Books.
 12. Happ, Z., Bodó Varga, Z., Bandi, S. A., Kiss, E. C., Nagy, L., & Csókási, K. (2023). How codependency affects dyadic coping, relationship perception and life satisfaction. *Current Psychology*, 42, 15688–15695. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02875-9>
 13. Karaşar, B. (2021). Codependency: An evaluation in terms of depression, need for social approval and self love/self efficacy. *Kastamonu Education Journal*, 29(1), 117–126. <https://doi.org/10.24106/kefdergi.738845>
 14. Keller, S., & Wiese, B. S. (2022). The intergenerational transmission of codependency: Parental emotional regulation and enmeshment in emerging adulthood. *Journal of Family Psychology*, 36(2), 201–213.
 15. Lymankina, A. (2023). Features of the relationship of codependence in middle-aged women with self-esteem and anxiety. *Paradigm of Knowledge*, 2(56). [https://doi.org/10.26886/2520-7474.2\(56\)2023.4](https://doi.org/10.26886/2520-7474.2(56)2023.4)
 16. Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. Viking Penguin Inc.
 17. Miller, A., & Romano, J. (2023). Attachment, trauma, and co dependency: A systemic perspective. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53, 135–148.
 18. Moradi, A., Pishva, N., Ehsan, H. B., & Hadadi, P. (2011). The relationship between coping strategies and emotional intelligence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 748–751. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.146>
 19. Rogers C. R. (1995). What understanding and acceptance mean to me. *Journal of Humanistic Psychologist*, 35(4), 7–22. <https://doi.org/10.1177/00221678950354002>
 20. Rosenberg, M. (1972). Self esteem scale. In J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of social psychological attitudes* (pp. 98–101). Institute for Social Research.
 21. Salavera, C., Usan, P., & Jarie, L. (2017). Emotional intelligence and social skills on self efficacy in secondary education students. Are there gender differences? *Journal of Adolescence*, 60, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.07.009>
 22. Subby, R., & Friel, J. (1984). Co-dependency: A paradoxical dependency. In *Co-dependency: An emerging issue* (pp. 31–44). Health Communications.
 23. Weinhold, J. B., & Weinhold, B. K. (2010). *Breaking free of the co-dependency trap*. New World Library.
 24. Wells, M., Glickauf Hughes, C., & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *American Journal of Family Therapy*, 27(1), 63–71. <https://doi.org/10.1080/019261899262104>
 25. Whitfield, C. L. (2010). *Co-dependence: Healing the human condition: The New Paradigm for Helping Professionals and People in Recovery*. Health Communications, Inc.

Відомості про авторів

Євгенія ІВАНОВА, к.псих.н., доцент кафедри клінічної психології, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Yevheniia Ivanova, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID: 0009-0001-7956-2975

E-mail: burdiug.eo@gmail.com

Світлана СОБКО, здобувачка ступеня Магістр, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Sobko Svitlana, Master's degree student, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID: 0009-0002-3339-0415

E-mail: ssmzt888@gmail.com

Каплуненко Ярина

ПЕРСОНАЛЬНЕ БУТТЯ ЯК ЕКЗИСТЕНЦІЙНА ОПОРА ОСОБИСТОСТІ У КРИЗОВИХ УМОВАХ

Анотація

Стаття присвячена аналізу феномену «персонального буття» як екзистенційної опори особистості в умовах кризових викликів сьогодення (війна, пандемія, соціальні трансформації). На основі міждисциплінарного підходу інтегровано філософські та психологічні концепції (С. К'єркегор, Е. Гусерль, М. Гайдеггер, М. Бубер, Ж.-П. Сартр, Г. Марсель; В. Франкл, А. Ленгле, С. Д. Максименко). Розкрито структуру персонального буття через категорії любові, свободи, волі та відповідальності, які формують внутрішній каркас ідентичності та життєстійкості. Встановлено, що у кризових обставинах ці екзистенційні опори забезпечують здатність людини зберігати цілісність, знаходити сенс та реалізовувати автентичні рішення. Зроблено висновок про інтегративний потенціал концепції персонального буття для психологічної науки й психотерапевтичної практики.

Ключові слова: персональне буття, екзистенційний аналіз, любов, свобода, воля, відповідальність, життєстійкість, сенс життя.

№ (2) 10, 2025

Kaplunenko Yaryna

PERSONAL BEING AS AN EXISTENTIAL GROUNDING OF THE PERSON IN PERIODS OF CRISIS

Abstract

The article explores the phenomenon of personal being as an existential foundation of personality under the crisis challenges of modernity (war, pandemic, social transformations). Based on an interdisciplinary approach, the study integrates philosophical and psychological concepts (Søren Kierkegaard, E. Husserl, M. Heidegger, M. Buber, Jean-Paul Sartre, G. Marcel; Viktor Frankl, A. Längle, Stanislav D. Maksymenko). The structure of personal being is revealed through love, freedom, will, and responsibility, which form the inner framework of identity and resilience. It is established that in crisis conditions, these existential foundations

enable individuals to preserve integrity, find meaning, and make authentic decisions. The conclusion emphasises the integrative potential of the concept of personal being for psychological science and psychotherapeutic practice.

Keywords: personal being, existential analysis, love, freedom, will, responsibility, resilience, meaning of life.

Вступ

У сучасному світі, де глобальні кризи, війна, пандемія та соціальні зрушення формують нову реальність, персональне буття постає як ключовий екзистенційний ресурс збереження цілісності та гідності особистості. Звичні опори — стабільність, передбачуваність, соціальні інституції — стрімково втрачають свою надійність. В умовах невизначеності та втрати зовнішніх орієнтирів особистість змушена шукати внутрішні джерела стійкості, адаптивності та сенсу (Frankl, 2006; Yalom, 2020).

Особливої актуальності ця проблема набуває в українському контексті. Реальність повномасштабної війни, щоденні виклики та екзистенційні загрози ставлять перед людиною питання самовизначення, ідентичності, морального вибору. Персональне буття, як унікальний спосіб взаємодії та зустрічі людини зі світом, розкривається через категорії любові, свободи, волі та відповідальності — засадничі опори, що формують внутрішню архітектуру особистості та забезпечують її стійкість (Längle, 2005; Maksymenko, 2006).

Ці поняття мають як філософське, так і прикладне психологічне значення. Вони розкриваються в працях класиків екзистенційної філософії (Kierkegaard, 1980; Husserl, 1913; Buber, 1923; Heidegger, 1967; Sartre, 1943; Marcel, 1951) та у працях засновників і сучасних представників екзистенційно-орієнтованої психології (Frankl, 1988, 2006; Längle, 2003, 2005). Також вони розвиваються у концепції самоздійснення особистості, представлений у генетико-моделюючому підході С. Д. Максименка (1998, 2006). Таким чином, проблематика персонального буття інтегрує філософські, психологічні та терапевтичні виміри, що підтверджується сучасними спробами поєднати екзистенційні та еволюційні підходи в єдину метамодель (Menzies, 2024).

Особлива увага в контексті цієї статті приділяється розумінню любові як первинної опори особистості, свободи як простору вибору, волі як сили самореалізації та відповідальності як етичного стрижня буття. Як зазначає С. Д. Максименко, «особистість починається з любові», і саме вона збагачує життя смыслом навіть за найскладніших умов (Maksymenko, 2006). Війна руйнує соціальні зв'язки, сприяє поляризації та відокремленню, проте любов до ближнього, своєї сім'ї, країни та до життя загалом може стати цементуючим чинником, який утримує життя людини та суспільства в цілому. Любов спонукає до діалогу, взаємопідтримки та порозуміння, що є засадничо важливим для виживання й розвитку в умовах безперервних загроз (Frankl, 1988; Buber, 1923).

Категорія «свобода» передбачає можливість вибору навіть тоді, коли

зовнішні умови обмежені, й визначає здатність людини не лише обирати, але й брати відповідальність за своє життя. В. Франкл наголошував, що «наша єдина свобода пролягає в проміжку між стимулом і реакцією» (Frankl, 2006, p. 66). Ж.-П. Сартр стверджував, що «людина приречена бути вільною» (Sartre, 1943), адже свобода є невід'ємною характеристикою людського буття, яка відкриває простір для самовизначення, але водночас накладає тягар відповідальності.

Воля тісно пов'язана зі свободою й виступає внутрішньою силою, що спонукає до дії. В. Франкл (1988) визначав її як інструмент реалізації свободи та сенсу. В кризових умовах, коли пасивність може стати пасткою, воля до життя, змін та боротьби є необхідною для виживання й розвитку. Відповідальність є природним продовженням свободи й волі, оскільки кожен вибір має наслідки не лише для особистого, але й для суспільного буття. У часи війни відповідальність набуває особливого значення, стаючи підґрунтям солідарності та спільної боротьби за життя й справедливості (Tillich, 1952; Frankl, 2006).

Таким чином, персональне буття є не лише фактом існування, а способом автентичної присутності людини у світі, що інтегрує любов, свободу, волю та відповідальність. Воно забезпечує внутрішній каркас стійкості й життєстійкості особистості, дозволяючи перетворювати кризу на можливість для зростання.

Матеріали та методи дослідження

Мета дослідження

Метою дослідження є встановити та обґрунтувати роль персонального буття як екзистенційної опори для формування зрілої особистості в умовах соціальних і моральних криз, зокрема через аналіз категорій любові, свободи, волі та відповідальності.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати філософські джерела, у яких закладено розуміння категорії «персональне буття» (Kierkegaard, 1980; Husserl, 1913; Heidegger, 1967; Sartre, 1943; Buber, 1923; Marcel, 1951).

2. Виявити психологічні концепції персонального буття в екзистенційно-аналітичній та психологічній традиціях (Frankl, 1988, 2006; Längle, 2003, 2005; Maksymenko, 2006).

3. Узагальнити функції персонального буття як внутрішньої опори особистості у кризових умовах.

4. Обґрунтувати прикладне значення концепту для психологічної практики в сучасному освітньому та соціальному просторі (Arslan, Yildirim, & Wong, 2021; Stålbrand, 2025).

Методи дослідження

- **Феноменологічний підхід** – для опису структур персонального досвіду буття та виявлення його смислових констант (Husserl, 1913; Heidegger, 1967).

- **Якісний контент-аналіз** – для вивчення й систематизації змістових конструктів, пов'язаних із персональним буттям на основі філософських і психологічних джерел (Frankl, 2006; Längle, 2005).

- **Порівняльний аналіз** – для узагальнення підходів і виокремлення

відмінностей та подібностей у концепціях персонального буття (Binswanger, 1942; Sartre, 1943; Buber, 1923; Maksymenko, 2006).

- **Інтерпретативний підхід** – для осмислення екзистенційних категорій у контексті посттравматичних і соціокультурних змін, зокрема в українському воєнному контексті (Karlunenko, 2017, 2018).

Дизайн дослідження

Робота має теоретико-аналітичний характер і базується на міждисциплінарному підході, що інтегрує екзистенційну філософію, філософську антропологію, феноменологію та екзистенційно-орієнтовану психологію. Емпірична вибірка та статистичні методи не застосовувалися, однак висновки формуються на основі глибинного аналізу першоджерел і вторинних інтерпретацій (Arslan et al., 2021; Ghonchehpour et al., 2025).

Результати дослідження

Персональне буття втілює унікальність та неповторність людини, здатність людини бути самою собою, автентично проживати власне життя та набуває особливого значення у часи кризи. В умовах війни, коли суспільне напруження й колективні страждання можуть знеособити людину, збереження особистої ідентичності стає місцем і позицією супротиву, джерелом опірності й сили. Не лише здібності та таланти є проявом унікальності кожної особистості, але й її здатність робити вибір, приймати рішення, проявляти любов та відчувати відповідальність за свої дії (Karlunenko, 2017, 2018).

У філософії питання персонального буття розглядається у контексті таких проблем:

- **Ідентичність:** що робить людину собою, якою вона є? Чинники, які впливають на формування особистості?
- **Свобода волі:** чи має людина свободу вибору, чи її дії детерміновані зовнішніми обставинами?
- **Відповідальність:** яку відповідальність несе людина за свої дії та їхні наслідки?
- **Сенс життя:** яка мета людського існування, яке значення має життя?
- **Стосунки з іншими:** як взаємодія з іншими впливає на формування особистості та її буття?

У межах філософської антропології, екзистенційної філософії та феноменології поняття «персональне буття» розглядається як унікальний спосіб існування людини як особистості — як «Я» (Self), що усвідомлює, рефлексує, вибирає й несе відповідальність за своє життя (Husserl, 1913; Heidegger, 1967; Binswanger, 1942). Це не просто факт існування, а спосіб свідомої присутності у світі. Не лише структура чи функція, а радше позиція й спосіб існування.

Серен К'єркегор описував персональне буття як завдання стати собою, долаючи суперечності між естетичним, етичним і релігійним способами життя. Це трансформація, яку людина має здійснити, усвідомлюючи «буття до смерті» й «закинутість у світ» (Kierkegaard, 1980).

Едмунд Гусерль розглядав «Я» як трансцендентальний суб'єкт: «“Я” — не емпірична річ, а центр смислового означення світу». Світ набуває свого значення

завдяки персональному сприйняттю. Інакше кажучи, зміст особистості визначає спосіб сприйняття та інтерпретації світу. За Е. Гусерлем, персональне буття формується через інтенційність — спрямованість свідомості, де суб'єкт не лише існує у світі, а й водночас його конститує (Husserl, 1913).

Мартін Гайдеггер трактував *Dasein* як «буття-присутність» (*being-there*), тобто спосіб існування, у якому людина завжди вже перебуває у світі та співвідноситься з ним, проектує себе на можливості та усвідомлює власну скінченність. «*Dasein* існує як проектування себе на можливості», — писав він, підкреслюючи персональну відповідальність та автентичність (Heidegger, 1967). Персональне буття у нього — це екзистенціал людського існування як «буття-до-смерті» та «буття-в-світі», що визначає саме людське буття. Людвіг Бінсвангер розрізняв модальності буття: *Umwelt* (буття-в-собі, світ речей), *Mitwelt* (буття-з-іншими, соціальні стосунки) та *Eigenwelt* (персональне буття як автентичне, відкрите й творче існування). Персональне буття (*personalisches Dasein*), з його точки зору, це усвідомлення себе як суб'єкта у світі з іншими, відкрите до світу, іншого та власних можливостей. Ґрунтуючись на свободі й відповідальності, воно не зводиться до ролей чи функцій і є основою автентичних стосунків (Binswanger, 1942).

Жан-Поль Сартр наголошував: «людина приречена бути вільною», бо свобода є сутнісною характеристикою, яка надає змогу визначати власні цінності та цілі, але й накладає тягар відповідальності, що робить це життя персональним творчим актом (Sartre, 1943). Мартін Бубер, в цьому контексті, підкреслював роль автентичного діалогу: «Людина стає Я лише через Ти», тим самим вказуючи, що ідентичність формується у стосунку з Іншим (Buber, 1923). Габріель Марсель наголошував, що людина реалізує своє буття через любов, надію та участь у стосунках, відкритих до трансцендентного (Marcel, 1951).

Віктор Франкл, в контексті, персонального буття вводив поняття *Person*, яке означає духовний вимір людського існування, що не редукується до біологічного чи психічного. *Person* — це ноологічний центр, який зберігає свободу навіть у найекстремальніших умовах (наприклад, досвід концтабору). Цей вимір характеризується унікальністю (кожна людина є неповторною і незамінною), трансцендентністю (здатністю виходити за межі власного «Я» у спрямуванні до сенсу й цінностей), свободою (можливістю займати позицію навіть у ситуації зовнішнього примусу) та відповідальністю (етичним обов'язком за власні рішення і дії). З точки зору В. Франкла, *Person* - це не просто психологічна структура, а духовне осердя людини, джерело свободи та гідності, що й обумовлює її персональний вимір буття (Frankl, 1988, 2006).

Альфрід Ленгле, розвиваючи ідеї В. Франкла, підкреслював діалогічність *Person*, та розробив концепцію чотирьох фундаментальних екзистенційних мотивацій, в межах яких персональне буття людини реалізується: стосунки зі світом речей, іншими людьми, самим собою та зі смыслом. На відміну від В. Франкла, для якого *Person* - незмінна глибинна сутність людини, незалежна від психічних процесів, Альфрід Ленгле вважає її живим та динамічним центром

буття, що постійно розвивається та оновлюється у взаємодії зі світом, інтегруючи свободу, відповідальність, повагу у стосунках з собою та іншими, у пошуку внутрішньої згоди та сенсу. А. Ленгле «екзистенціалізує» поняття *Person*, робить його більш психологічним і феноменологічним (Längle, 2003, 2005).

Український психолог Сергій Максименко розглядав персональне буття як процес становлення й самореалізації особистості у світі через активність та подолання криз. Його засадничі характеристики: екзистенційність (*життя як шлях*), активність (*становлення через діяльність*), розвиток (*динамічний процес*), автентичність і відповідальність. Для С. Максименка персональне буття — це спосіб автентичного існування, у якому особистість розкриває свою суб'єктність, відповідальність і неповторність (Maksymenko, 2006).

Узагальнюючи, можемо зазначити, що персональне буття — це не просто «Я існую», а «Я обираю, як бути». Унікальність людського існування розкривається у свободі, творчості, відповідальності, діалозі та автентичності. Персональне буття охоплює унікальний спосіб проживання життя окремою людиною, її світосприйняття, переживання та реалізацію в світі. Воно включає в себе як об'єктивні аспекти (фізичне тіло, соціальне середовище, умови життя, поточний біографічний досвід), так і суб'єктивні, наприклад, думки, почуття, цінності, установки та цілі.

До елементів персонального буття можна віднести:

Фізичне тіло: матеріальна основа буття, що дозволяє взаємодіяти з навколишнім світом;

Соціальне середовище: вплив сім'ї, друзів, суспільства на формування особистості та її досвіду;

Психіка: внутрішній світ емоцій, почуттів, мотивів, що визначають поведінку та ставлення до себе та інших;

Когнітивні здібності: способи пізнання;

Цінності та переконання: особистісні принципи, переконання, що керують вибором та діями;

Цілі та сенс життя: прагнення до певних результатів та розуміння власного призначення;

Свідомість та самосвідомість: суб'єктивне переживання світу, здатність до самоаналізу та рефлексії; розуміння себе як унікальної, відмінної від інших особистості (Heidegger, 1967; Längle, 2005).

У кризових ситуаціях ці елементи забезпечують: збереження ідентичності; пошук і відчуття сенсу; здатність до автентичних рішень; побудову стосунків, заснованих на взаємоповазі; досягнення внутрішньої згоди та рівноваги (Frankl, 2006; Arslan et al., 2021).

Найважливішими опорами виступають чотири базові категорії:

- **Любов** — цементує суспільство, відкриває шлях до діалогу та підтримки (Buber, 1923; Frankl, 1988).

- **Свобода** — зберігається навіть під тиском зовнішніх обставин, забезпечує простір для вибору (Sartre, 1943; Frankl, 2006).

- **Воля** — внутрішня сила, що спонукає до дії й подолання пасивності, «вістря здійснення екзистенції» (Frankl, 1988).

- **Відповідальність** — етичний вимір буття, який визначає наслідки вибору та вплив на інших (Tillich, 1952; Längle, 2005).

У результаті проведеного аналізу можемо зазначити, що інтеграція любові, свободи, волі та відповідальності формує внутрішній каркас персонального буття як механізму збереження цілісності, смислотворення та життестійкості особистості навіть у найекстремальніших обставинах. Емпіричні дослідження останніх років підтверджують цю інтегративну функцію: Ма та колеги (2024) показали, що екзистенційне благополуччя формується у взаємодії внутрішніх ресурсів (стійкість), соціальної підтримки та подолання негативних емоцій (Ma et al., 2024). Такі висновки, також, узгоджуються з підходом Т. М. Титаренко, яка розглядає «екзистенційний ландшафт посттравматичного життєтворення особистості» як простір, у якому формуються внутрішні ресурси для відновлення цілісності та смислу після кризових подій (Титаренко, 2020). Обидва підходи підкреслюють значення внутрішніх екзистенційних опор у процесі відновлення цілісності та смислотворення. Якщо концепція персонального буття конкретизує такі ресурси через базові категорії любові, свободи, волі та відповідальності, то Титаренко демонструє, як їхня дія розгортається у динамічному процесі життєтворення після травми. Поєднання цих перспектив дозволяє побачити персональне буття не лише як статичну опору, але і як простір розвитку, у якому формується нова цілісність та сенс у посттравматичних умовах.

Дискусія

Результати наукового аналізу підтверджують, що категорія «персональне буття» є засадничим поняттям у філософсько-психологічному осмисленні людського існування, особливо в умовах кризових викликів. У різних традиціях ця категорія набуває багатовимірного змісту, а її сучасне тлумачення інтегрує філософські, психологічні та антропологічні виміри (Kierkegaard, 1980; Heidegger, 1967; Frankl, 2006; Längle, 2005; Maksymenko, 2006).

Персональне буття як внутрішня опора у кризі

Збереження ідентичності та унікальності людини в умовах війни й колективних страждань постає не лише як індивідуальне завдання, але й як акт спротиву знеособленню. Це узгоджується з ідеями В. Франкла, який описував *Person* як ноологічний вимір людського буття, що зберігає свободу навіть у найекстремальніших умовах (Frankl, 1988, 2006). У цьому сенсі персональне буття виступає екзистенційним ресурсом, що забезпечує цілісність, гідність та життестійкість.

Співвідношення філософських і психологічних концепцій

Філософи-екзистенціалісти (Kierkegaard, 1980; Husserl, 1913; Heidegger, 1967; Sartre, 1943; Buber, 1923; Marcel, 1951) визначали персональне буття як завдання автентичності, свободи та відповідальності. Сучасні психологічні підходи розвинули ці ідеї у прикладному вимірі. В. Франкл (2006) підкреслював, що осердя персонального буття, *Person*, має духовну природу й постає як ноологічний

центр людини, здатний зберігати свободу навіть у найекстремальніших умовах, включно з досвідом концтабору; цей вимір вирізняється унікальністю та здатністю до трансцендентності. Персональне буття, таким чином, можна розглядати як безпосереднє втілення цього духовного центру у щоденному існуванні людини. А. Ленгле (2005) розглядає *Person* як живий суб'єкт у стосунку зі світом, якому притаманна відкритість, свобода й відповідальність, внутрішня згода та самоцінність, а персональне буття як процес здійснення людиною власної екзистенції в межах чотирьох фундаментальних вимірів; результат інтеграції досвіду, що формується у стосунках і діалозі; С. Максименко (2006) розглядав його як процес становлення й самореалізації особистості через активність, розвиток та подолання криз.

Дискусійним є питання співвідношення духовного виміру *Person* (у Франкла) з психолого-антропологічним баченням персонального буття (у Максименка). Можливим компромісом є позиція Ленгле, який інтегрує обидва підходи, розглядаючи *Person* як динамічний центр, що поєднує духовність та психологічний досвід (Längle, 2005).

Базові екзистенційні категорії як універсальні опори

На основі теоретичного аналізу можна стверджувати, що любов, свобода, воля та відповідальність виступають головними чинниками, які забезпечують збереження ідентичності та внутрішньої стійкості особистості у кризових ситуаціях (Buber, 1923; Sartre, 1943; Frankl, 2006; Längle, 2005). У ситуації руйнації зовнішніх структур саме ці екзистенційні опори дають змогу людині зберегти рівновагу, знаходити сенс, будувати автентичні стосунки, та створювати нову перспективу життя. Це корелює з підходом Т. М. Титаренко (2020), яка підкреслює значення посттравматичного життєтворення як шляху до інтеграції особистості після кризових потрясінь.

Водночас відкритим залишається питання універсальності цих категорій. Чи можна розглядати їх як сталі для всіх культур і соціальних контекстів, чи ж їхня структура змінюється залежно від історико-соціальних умов? Це обумовлює необхідність подальших міжкультурних досліджень у цьому напрямку (Arslan, Yıldırım, & Wong, 2021; Ståhlbrand, 2025).

Динамічність персонального буття

Більшість авторів розглядає персональне буття не як статичний стан, а як процес становлення. Ідеї С. Д. Максименка про розвиток суб'єктності у кризах (Maksymenko, 2006) корелюють із концепцією А. Ленгле про «внутрішню згоду» й автентичні рішення (Längle, 2005). Це вказує на перспективність дослідження персонального буття у часовій динаміці: як воно формується, виокремлюється, змінюється та інтегрує досвід кризових ситуацій.

Прикладне значення

Розуміння персонального буття має як теоретичне, так і практичне значення. В умовах війни, соціальної нестабільності та особистих криз воно може стати підґрунтям для:

- психотерапевтичної роботи з подолання травми й екзистенційної тривоги;

- формування життєстійкості та смислотворення;
- розвитку зрілості та відповідальності в особистому, професійному й громадському житті.

Перспективним завданням є інтеграція філософських категорій у психологічну діагностику та інтервенції, що потребує подальших досліджень і міждисциплінарного діалогу (Ghonchehpour et al., 2025; Pinel & Long, 2024). Потреба в міждисциплінарному підході узгоджується з сучасними концепціями інтеграції екзистенційної та еволюційної психології у межах розширеної метамоделі терапії (Menzies, 2024).

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження встановлено, що категорія «персональне буття» є визначальною для розуміння унікальності та життєстійкості особистості, особливо в умовах кризових викликів. Вона інтегрує багатовимірність людського існування та забезпечує внутрішню опору, стійкість і здатність до смислотворення навіть у найскладніших умовах. Персональне буття - це не лише факт існування, а спосіб свідомої автентичної присутності у світі, що включає свободу вибору, відповідальність, любов та пошук сенсу (Heidegger, 1967; Sartre, 1943; Frankl, 2006). У кризових ситуаціях персональне буття стає внутрішнім джерелом опірності, збереження ідентичності та цілісності.

Було проаналізовано наступні напрямки: інтегративний потенціал концепції, динамічність становлення особистості, екзистенційні категорії як фундамент та прикладне значення концепції персонального буття.

Було доведено, що персональне буття можна визначити як унікальний спосіб існування людини, що інтегрує матеріальні умови, емоційно-вольову та когнітивну сфери, а також антропологічні характеристики — свободу, відповідальність, любов і сенс. Воно забезпечує внутрішню опору та можливість самореалізації навіть у найекстремальніших обставинах. Сучасні дослідження підтверджують, що ці екзистенційні опори є ключовими механізмами життєстійкості та посттравматичного зростання (Pinel et al., 2017; Ståhlbrand, 2025; Kimhi et al., 2023; Liu et al., 2023; Ma et al., 2024).

ЛІТЕРАТУРА

1. Каплуненко, Я. Ю. (2017). Вплив травми на екзистенційну структуру особистості. Екзистенціально-аналітичний підхід до опрацювання психотравматичного досвіду. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАНП України. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*, 9(15), 184–193.
2. Каплуненко, Я. Ю. (2018). Психологічна пружність і крихкість: екзистенційно-аналітичний погляд. *Психологія та психосоціальні інтервенції*, 1, 41-45. <https://doi.org/10.18523/2617-2348.2018.41-45>
3. Максименко, С. Д. (1998). *Основи генетичної психології*. НПЦ Перспектива.
4. Максименко, С. Д. (2006). *Генеza здійснення особистості*. ТОВ «КММ».
5. Титаренко, Т. (2020). Екзистенційний ландшафт посттравматичного життєтворення

- особистості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, (44(47)), 7–15. [https://doi.org/10.33120/SSJ.VI44\(47\).111](https://doi.org/10.33120/SSJ.VI44(47).111)
6. Arslan, G., Yıldırım, M., & Wong, P. T. P. (2021). A longitudinal examination of the association between meaning in life, resilience, and mental well-being during the coronavirus pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, Article e645597. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645597>
 7. Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Max Niehans.
 8. Buber, M. (1923). *Ich und Du*. Insel Verlag.
 9. Frankl, V. E. (1988). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Meridian Book. (Original work published 1969).
 10. Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Beacon Press.
 11. Ghonchehpour, A., Nasab, F. R. S., Maghsoudi, F., & Mehdipour-Rabori, R. (2025). Existential anxiety of nurses in the COVID-19-virus units and its relation with resilience and posttraumatic growth. *Health Science Reports*, 8(3). <https://doi.org/10.1002/hsr2.70547>
 12. Heidegger, M. (1967). *Sein und Zeit* (11th ed.). M. Niemeyer. (Original work published 1927).
 13. Husserl, E. (1913). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. M. Niemeyer.
 14. Kierkegaard, S. (1980). *Kierkegaard's Writings, XIX, Volume 19: The sickness unto death: A Christian psychological exposition for upbuilding and awakening* (H. V. Hong, & E. H. Hong, Eds., & Trans.). Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400847020>
 15. Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2023). Impact of the war in Ukraine on resilience, protective, and vulnerability factors. *Frontiers in Public Health*, 11, Article e1053940. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1053940>
 16. Längle, A. (2003). *Person – Existenz – Therapie*. Wien: Facultas. Не існує інформації про книгу в інтернеті
 17. Längle, A. (2005). The Search for Meaning in Life and the Existential Fundamental Motivations. *Existential Analysis*, 16(1), 2–14.
 18. Ma, Y., Chen, S., Dong, H., Guo, R., Liu, R., Xie, J., & Sun, Z. (2024). Relationship between resilience, social support, existential well-being and negative emotions in cervical cancer patients: A mediation analysis. *Journal of Cancer*, 15(11), 3418–3426. <https://doi.org/10.7150/jca.91260>
 19. Marcel, G. (1951). *Le mystère de l'être*. Aubier.
 20. Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2024). Existential therapies and the extended evolutionary meta-model: Turning existential philosophy into process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, Article e100840. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100840>
 21. Pinel, E. C., Long, A. E., Murdoch, E. Q., & Helm, P. (2017). *A prisoner of one's own mind: Identifying and understanding existential isolation*. *Personality and Individual Differences*, 105, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.024>
 22. Sartre, J.-P. (1943). *L'Être et le Néant*. Gallimard.
 23. Stålbbrand, I. S., Brissman, I., Nyman, L., Sidenvall, E., Tranberg, M., Wallin, A., Wamsler, C., & Jacobsen, J. (2025). An interdisciplinary model to foster existential resilience and transformation. *Challenges*, 16(1), 5. <https://doi.org/10.3390/challe16010005>
 24. Tillich, P. (1952). *The courage to be*. Collins.
 25. Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

REFERENCES

1. Kaplunenko, Ya. Yu. (2017). Vplyv travmy na ekzystentsiinu strukturu osobystosti. Ekzystentsialno-analitychnyi pidkhid do opratsiuvannia psykhotravmivnoho dosvidu [The impact of trauma on

- the existential structure of the personality. An existential-analytic approach to the processing of psychotraumatic experience]. *Aktualni problemy psykholohii: Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NANP Ukrainy. Psykholohiia osobystosti. Psykholohichna dopomoha osobystosti*, 9(15), 184–193.
2. Kaplunenko, Ya. Yu. (2018). Psykholohichna pruzhnist i kryhkist: ekzystentsiino-analitychnyi pohliad [Psychological resilience and fragility: Existential-analytical view]. *Psykholohiia ta psykosotsialni interventsii*, 1, 41–45. <https://doi.org/10.18523/2617-2348.2018.41-45> [In Ukrainian].
 3. Maksymenko, S. D. (1998). *Osnovy henetychnoi psykholohii* [Fundamentals of genetic psychology]. NPTs Perspektyva [In Ukrainian].
 4. Maksymenko, S. D. (2006). *Heneza zdiisnennia osobystosti* [The Genesis of Personal Realization]. TOV “KMM” [In Ukrainian].
 5. Tytarenko, T. (2020). Ekzystentsiinyi landshaft posttravmatychnoho zhyttietvorennia osobystosti [The existential landscape of post-traumatic life-formation of the individual]. *Naukovi studii iz sotsialnoi ta politychnoi psykholohii*, (44(47)), 7–15. [https://doi.org/10.33120/SSJ.VI44\(47\).111](https://doi.org/10.33120/SSJ.VI44(47).111) [In Ukrainian].
 6. Arslan, G., Yildirim, M., & Wong, P. T. P. (2021). A longitudinal examination of the association between meaning in life, resilience, and mental well-being during the coronavirus pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, Article e645597. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645597>
 7. Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Max Niehans.
 8. Buber, M. (1923). *Ich und Du*. Insel Verlag.
 9. Frankl, V. E. (1988). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Meridian Book. (Original work published 1969).
 10. Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Beacon Press.
 11. Ghonchehpour, A., Nasab, F. R. S., Maghsoudi, F., & Mehdipour-Rabori, R. (2025). Existential anxiety of nurses in the COVID-19-virus units and its relation with resilience and posttraumatic growth. *Health Science Reports*, 8(3). <https://doi.org/10.1002/hsr2.70547>
 12. Heidegger, M. (1967). *Sein und Zeit* (11th ed.). M. Niemeyer. (Original work published 1927).
 13. Husserl, E. (1913). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. M. Niemeyer.
 14. Kierkegaard, S. (1980). *Kierkegaard's Writings, XIX, Volume 19: The sickness unto death: A Christian psychological exposition for upbuilding and awakening* (H. V. Hong, & E. H. Hong, Eds., & Trans.). Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400847020>
 15. Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2023). Impact of the war in Ukraine on resilience, protective, and vulnerability factors. *Frontiers in Public Health*, 11, Article e1053940. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1053940>
 16. Längle, A. (2003). *Person – Existenz – Therapie*. Wien: Facultas. Не існує інформації про книгу в інтернеті
 17. Längle, A. (2005). The Search for Meaning in Life and the Existential Fundamental Motivations. *Existential Analysis*, 16(1), 2–14.
 18. Ma, Y., Chen, S., Dong, H., Guo, R., Liu, R., Xie, J., & Sun, Z. (2024). Relationship between resilience, social support, existential well-being and negative emotions in cervical cancer patients: A mediation analysis. *Journal of Cancer*, 15(11), 3418–3426. <https://doi.org/10.7150/jca.91260>
 19. Marcel, G. (1951). *Le mystère de l'être*. Aubier.
 20. Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2024). Existential therapies and the extended evolutionary meta-model: Turning existential philosophy into process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, Article e100840. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100840>
 21. Pinel, E. C., Long, A. E., Murdoch, E. Q., & Helm, P. (2017). *A prisoner of one's own mind: Identifying and understanding existential isolation*. *Personality and Individual Differences*, 105, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.038>

org/10.1016/j.paid.2016.09.024

22. Sartre, J.-P. (1943). *L'Être et le Néant*. Gallimard.
23. Stålbbrand, I. S., Brissman, I., Nyman, L., Sidenvall, E., Tranberg, M., Wallin, A., Wamsler, C., & Jacobsen, J. (2025). An interdisciplinary model to foster existential resilience and transformation. *Challenges*, 16(1), 5. <https://doi.org/10.3390/challe16010005>
24. Tillich, P. (1952). *The courage to be*. Collins.
25. Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

Відомості про автора

Ярина КАПЛУНЕНКО, к.псих.н., старший науковий співробітник Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України

Yaryna Kaplunenko, PhD in Psychology, Senior researcher of G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine

ORCID: 0000-0001-7369-8495

E-mail: yaryna.kaplunenko@gmail.com

Лемещук Олексій
Мілютіна Катерина

ТРАНСФЕР-ФОКУСОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ: ВПЛИВ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТІВ З МЕЖОВИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ

Анотація

Актуальність теми дослідження. Розлади особистості межового рівня становлять значну клінічну проблему через високу поширеність, тяжкі функціональні порушення та обмежені можливості традиційних терапевтичних підходів. Трансфер-фокусована психотерапія (ТФП), розроблена на основі теорії об'єктних стосунків Отто Кернберга, пропонує специфічне психодинамічне втручання для цієї групи пацієнтів.

Мета й методи дослідження. Метою статті є ознайомлення українських фахівців з теоретичними основами ТФП, аналіз існуючих емпіричних досліджень ефективності методу та компаративний аналіз концепції межової організації особистості з сучасними класифікаційними системами МКБ-11 та DSM-5. Здійснено систематичний огляд літератури та компаративний аналіз діагностичних підходів.

Результати роботи. Представлено теоретичну модель рівнів організації особистості Кернберга з детальним описом межової організації особистості. Проаналізовано дев'ять неконтрольованих досліджень та три рандомізовані контрольовані дослідження ефективності ТФП. Результати демонструють значні покращення у зменшенні депресії, тривожності, суїцидальної поведінки, гніву, імпульсивності, а також унікальні для ТФП зміни в рефлексивній функції та стилі прив'язаності. Виявлено нейробіологічні кореляти терапевтичних змін, зокрема нормалізацію функціонування фронто-лімбічних нейронних мереж.

Ключові висновки. ТФП є емпірично валідованим методом лікування межового розладу особистості з доведеною ефективністю. Концепція межової організації особистості демонструє конвергенцію з сучасними вимірювальними підходами МКБ-11 та DSM-5 AMPD. Перспективними є дослідження впливу ТФП на ширший спектр розладів межового рівня.

Ключові слова: трансфер-фокусована психотерапія, ТФП, межовий розлад особистості, межовий рівень організації особистості, теорія об'єктних стосунків, Отто Кернберг, МКБ-11, DSM-5.

TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY: CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract

Background. Borderline-level personality disorders represent a significant clinical challenge due to their high prevalence, severe functional impairment, and the limited efficacy of traditional therapeutic approaches. Transference-Focused Psychotherapy (TFP), developed within Otto Kernberg's object relations theory, offers a specific psychodynamic treatment for this group of patients.

Methods. The aim of the article is to familiarize Ukrainian professionals with the theoretical foundations of TFP, to analyze existing empirical research on the TFP model's effectiveness, and to conduct a comparative analysis of the concept of borderline personality organization with contemporary classification systems ICD-11 and DSM-5. A systematic literature review and comparative analysis of diagnostic approaches were conducted.

Results. The theoretical model of personality organization levels proposed by Kernberg is presented, with a detailed description of the borderline personality organization. Nine uncontrolled and three randomized controlled studies of TFP efficacy were analyzed. The findings indicate significant improvements in reducing depression, anxiety, suicidal behavior, anger, and impulsivity, as well as unique TFP-related changes in reflective functioning and attachment style. Neurobiological correlates of therapeutic change were identified, including normalization of frontolimbic neural network functioning.

Conclusions. TFP is an empirically validated treatment for borderline personality disorder with proven effectiveness. The concept of borderline personality organization shows convergence with modern dimensional approaches of ICD-11 and DSM-5 AMPD. Future research should explore the effects of TFP on a broader spectrum of borderline-level disorders.

Keywords: transference-focused psychotherapy, TFP, borderline personality disorder, borderline level of personality organization, object relations theory, Otto Kernberg, ICD-11, DSM-5.

Вступ
Розлади особистості становлять значну проблему для сучасної психіатрії та клінічної психології через високу поширеність, тяжкі функціональні порушення та складності терапевтичного втручання. Концепція межової організації особистості, розроблена Отто Кернбергом у 1960-70-х роках, стала фундаментальним внеском у розуміння структурних особливостей особистості

та їх клінічних проявів (Kernberg, 1975; Kernberg, 1984). На відміну від попередніх підходів, які фокусувалися переважно на симптоматичних проявах, Кернберг запропонував структурно-динамічну модель, що враховує рівень організації психічних функцій, якість об'єктних стосунків, типи захисних механізмів та збереженість тестування реальності (Kernberg, 1981).

Межовий рівень організації особистості (МОО) характеризується специфічною констеляцією структурних особливостей: дифузією ідентичності, яка обумовлена домінуванням примітивних захисних механізмів, заснованих на розщепленні, при збереженні тестування реальності. Ця концептуалізація дозволила не лише краще зрозуміти природу межового розладу особистості (МРО), але й розробити специфічний психотерапевтичний підхід - трансфер-фокусовану психотерапію (ТФП) (Clarkin et al., 2007; Yeomans et al., 2015). ТФП базується на систематичному аналізі трансферу (перенесення) як вираження внутрішніх об'єктних стосунків пацієнта, що дозволяє працювати з розщепленими репрезентаціями себе (селф) та об'єкта безпосередньо в терапевтичних стосунках.

За останні десятиліття відбулася значна еволюція діагностичних підходів до розладів особистості. Якщо класифікаційні системи DSM-IV та МКБ-10 базувалися на традиційному категоріальному підході з виділенням десяти окремих типів розладів особистості, то нові версії - DSM-5 (зокрема, Альтернативна модель розладів особистості в Розділі 3) та МКБ-11 - рухаються в напрямку вимірювальних моделей (Bach & First, 2018; Krueger & Hobbs, 2020). Обидві системи тепер визнають первинність оцінки тяжкості порушення функціонування особистості, що концептуально близьке до ідеї Кернберга про рівні організації особистості (Mulder et al., 2016).

В українському контексті знання про ТФП та її теоретичні основи залишаються обмеженими, хоча міжнародні дослідження переконливо демонструють ефективність цього методу. Станом на 2024 рік у світі проведено дев'ять неконтрольованих досліджень (Buchheim et al., 2017; Cuevas et al., 2000; Diamond et al., 2013; Fischer-Kern et al., 2015; Lenzenweger et al., 2018; Lopez et al., 2004) та три рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) ефективності ТФП, які показали значні покращення в різних аспектах психопатології пацієнтів з МРО (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006).

Метою даної статті є: (1) ознайомлення української професійної спільноти з існуванням та основами моделі ТФП, зокрема з описом концепції межової організації особистості; (2) здійснення компаративного аналізу концепції МОО із сучасними класифікаційними системами МКБ-11 та DSM-5; (3) представлення існуючих досліджень змін, обумовлених застосуванням ТФП для пацієнтів з межовим розладом особистості. Такий інтегративний підхід дозволить не лише краще зрозуміти теоретичні основи методу, але й оцінити його емпіричну валідність та місце в сучасному терапевтичному ландшафті.

Матеріали та методи дослідження

Дане дослідження є систематичним оглядом наукової літератури з

використанням компаративного аналізу теоретичних концепцій та синтезу емпіричних даних. Для пошуку релевантних джерел використовувалися міжнародні бази даних PubMed, PsycINFO, Web of Science, а також спеціалізовані ресурси International Society for Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP). Часовий діапазон пошуку охоплював період з 1970 року (початок публікацій О. Кернберга про межову організацію особистості) до 2025 року.

Критеріями відбору джерел були: (1) англomовні та іспаномовні публікації в рецензованих наукових журналах; (2) емпіричні дослідження ефективності ТФП (як контрольовані, так і неконтрольовані); (3) теоретичні роботи, присвячені концепції межової організації особистості та теорії об'єктних стосунків Кернберга; (4) офіційна документація МКБ-11 та DSM-5 щодо класифікації розладів особистості. Ключовими термінами пошуку були: transference-focused psychotherapy, TFP, borderline personality organization, borderline personality disorder, Otto Kernberg, object relations theory, ICD-11 personality disorders, DSM-5 AMPD.

Методологія аналізу включала: (1) компаративний аналіз концепції межової організації особистості Кернберга з критеріями тяжкості розладів особистості в МКБ-11 та рівнями функціонування особистості в DSM-5 AMPD; (2) систематизацію результатів емпіричних досліджень ефективності ТФП за ключовими показниками (симптоматика, функціонування, рефлексивна функція, прив'язаність); (3) синтез даних для створення узагальненої картини доказової бази методу. Особлива увага приділялася методологічній якості досліджень, зокрема наявності контрольних груп, рандомізації, стандартизованих інструментів вимірювання та статистичної потужності.

Результати дослідження

Теорія об'єктних стосунків Отто Кернберга та концепція межової організації особистості

Отто Кернберг розробив структурну модель організації особистості, яка включає три основні рівні: невротичний, межовий та психотичний (Kernberg, 1975). Ця модель базується на теорії об'єктних стосунків, яка розглядає психічну структуру як систему інтерналізованих репрезентацій себе та значущих інших, що формуються в ранньому дитинстві через взаємодію з первинними об'єктами прив'язаності (Kernberg, 1976). Центральною ідеєю є те, що ці внутрішні репрезентації визначають характер міжособистісних стосунків, регуляцію афекту та загальне функціонування особистості протягом життя.

Ключовими параметрами диференціації рівнів організації особистості є: (1) ступінь інтеграції ідентичності - від цілісної інтегрованої ідентичності на невротичному рівні через дифузійну ідентичність на межовому рівні до фрагментованої ідентичності на психотичному рівні; (2) типи домінуючих захисних механізмів - зрілі (витіснення, раціоналізація, інтелектуалізація) на невротичному рівні versus примітивні (розщеплення, примітивна проекція, проєктивна ідентифікація, всемогутній контроль, примітивна ідеалізація/знецінення) на межовому та психотичному рівнях; (3) збереженість тестування

реальності - збережене на невротичному та межовому рівнях, порушене на психотичному рівні (Kernberg, 1975; Kernberg, 1981).

Структурне психодинамічне розуміння рівнів організації особистості

Теорія Кернберга визначає три рівні організації особистості через якісно різні структурні характеристики:

Невротичний рівень характеризується:

- Консолідованою ідентичністю з інтеграцією позитивних і негативних репрезентацій
- Зрілими захисними механізмами (витіснення, раціоналізація, інтелектуалізація, реактивне утворення)
- Збереженим тестуванням реальності
- Зрілою концепцією об'єктних стосунків з усвідомленням цілісності та амбівалентності
- Інтегрованою Супер-Его структурою з диференційованими моральними цінностями

Межовий рівень визначається:

- Дифузією ідентичності з нездатністю інтегрувати позитивні та негативні аспекти себе й інших
- Домінуванням примітивних захисних механізмів (розщеплення, примітивна проекція, проєктивна ідентифікація, примітивна ідеалізація/знецінення, всемогутній контроль)
- Збереженим тестуванням реальності за відсутності психотичних симптомів
- Патологічними інтерналізованими об'єктними стосунками з полярними репрезентаціями
- Неінтегрованою Супер-Его структурою з протиріччями в системі цінностей.

Психотичний рівень характеризується:

- Фрагментацією ідентичності з відсутністю інтегрованого відчуття себе
- Примітивними захисними механізмами та регресивними феноменами (проєктивна ідентифікація, психотична проекція, злиття)
- Порушеним тестуванням реальності з нездатністю розрізняти зовнішнє та внутрішнє
- Симбіотичними об'єктними стосунками з втратою меж між собою та іншими
- Дезінтегрованою Супер-Его структурою з відсутністю стабільних інтерналізованих цінностей.

Ця структурна диференціація дозволяє концептуалізувати межовий рівень організації особистості як проміжний між невротичним та психотичним, що має унікальні структурні характеристики та потребує специфічних терапевтичних підходів.

Межовий рівень організації особистості характеризується синдромом дифузії ідентичності, який проявляється у нездатності інтегрувати позитивні та негативні аспекти уявлень про себе та інших (Kernberg, 1981). Внаслідок домінування механізму розщеплення, особи з МОО переживають себе та інших як повністю хороших або повністю поганих, із швидкими переходами

між цими полярними станами. Це призводить до хаотичних міжособистісних стосунків, нестабільності афекту, імпульсивності та хронічного відчуття порожнечі. Водночас, на відміну від психотичного рівня, тестування реальності залишається збереженим, хоча і з деякими спотвореннями, особливо в сфері міжособистісного функціонування - пацієнти здатні розрізняти себе та інших, внутрішнє та зовнішнє, можуть критично оцінювати свої уявлення за наявності зовнішньої конфронтації (Kernberg, 1967). Основні відмінності рівнів організації особистості за Отто Кернбергом представлено в Таблиці 1.

Таблиця 1.
Рівні організації особистості за О. Кернбергом

Параметр	Невротичний рівень	Межовий рівень	Психотичний рівень
<i>Ідентичність</i>	Інтегрована	Дифузна	Фрагментована
<i>Захисні механізми</i>	Зрілі (витіснення, раціоналізація)	Примітивні (розщеплення, проєктивна ідентифікація)	Примітивні, дезінтегровані
<i>Тестування реальності</i>	Збережене	Збережене, з деякими спотвореннями в сфері міжособистісного функціонування	Порушене
<i>Об'єктні стосунки</i>	Цілісні	Розщеплені, чорно-біле сприйняття, ідеалізація / знецінення	Злиті, симбіотичні

Для систематичної діагностики рівня організації особистості Кернберг розробив Метод структурного інтерв'ю, який згодом було стандартизовано у формі Структурованого інтерв'ю організації особистості (STIPO та STIPO-R) (Clarkin et al., 2007). Цей інструмент оцінює ключові аспекти функціонування особистості: якість об'єктних стосунків, захисні операції, механізми копінгу, агресію, моральні цінності та тестування реальності. STIPO демонструє хороші психометричні властивості та широко використовується як у дослідницьких, так і в клінічних цілях (Stern et al., 2010).

Компаративний аналіз: від теорії Кернберга до сучасних класифікацій

Останні десятиліття позначилися значною еволюцією діагностичних підходів до розладів особистості. МКБ-11, яка набула чинності у 2022 році, представляє фундаментально новий підхід, зосереджений на оцінці загального порушення функціонування особистості з градацією за тяжкістю (Bach & First, 2018). Замість традиційних категоріальних діагнозів (параноїдний, шизоїдний, межовий тощо), МКБ-11 пропонує єдиний діагноз розладу особистості з обов'язковим визначенням одного з чотирьох рівнів: особистісні труднощі (субклінічний рівень), легкий розлад особистості, помірний розлад особистості та тяжкий розлад особистості (Tyrer et al., 2015).

Визначення тяжкості базується на глобальній оцінці порушень у двох доменах: (1) Я-функціонування, що включає ідентичність, самосприйняття, самокерованість та емоційну регуляцію; (2) міжособистісне функціонування, що охоплює здатність до емпатії, інтимності, кооперації та управління конфліктами

(Bach et al., 2022). Легкий рівень характеризується помірними проблемами в одному або обох доменах при збереженні загальної здатності функціонувати у більшості сфер життя. Помірний рівень передбачає значні труднощі в обох доменах з виразним впливом на професійне та соціальне функціонування. Тяжкий рівень проявляється тяжкими порушеннями в обох доменах, ризиком для себе або інших, можливістю транзиторних дисоціативних або психотикоподібних станів (Mulder et al., 2016; Swales, 2022).

Для детальнішого опису стилістичних особливостей патології особистості МКБ-11 пропонує п'ять доменів рис: негативна афективність (схильність до негативних емоцій, тривожність, емоційна лабільність), відчуженість (соціальна ізоляція, обмежена афективність), дисоціальність (маніпулятивність, обман, безжалісність), розгальмованість (імпульсивність, ризикована поведінка, лабільність уваги), ананкастність (перфекціонізм, ригідність, емоційна та поведінкова стриманість) (Tyrer et al., 2011). Важливо, що у відповідь на занепокоєння професійної спільноти щодо збереження доступу до спеціалізованих втручань, МКБ-11 також включає опціональний специфікатор межового патерну (6D11.5), який практично ідентичний критеріям МРО у DSM (Reed, 2018).

Альтернативна модель розладів особистості DSM-5 (AMPD), представлена у Розділі 3 Керівництва, пропонує гібридний вимірювально-категоріальний підхід (Krueger et al., 2012). Критерій А цієї моделі оцінює рівень функціонування особистості за Шкалою рівнів функціонування особистості (LPFS) від 0 (мінімальне порушення) до 4 (екстремальне порушення). LPFS структурно схожа з критеріями МКБ-11 і також оцінює Я-функціонування (ідентичність та самокерованість) і міжособистісне функціонування (емпатія та інтимність) (Bender et al., 2011). Критерій В описує патологічні риси особистості через п'ять широких доменів: негативна афективність, відчуженість, антагонізм, розгальмованість та психотизм, які деталізуються через 25 специфічних фасетів за опитувальником PID-5 (Krueger et al., 2012). Для наочності порівняльні дані концептуальних моделей розладів особистості зведено в таблицю – див. Таблицю 2.

Таблиця 2
Порівняння концептуальних моделей розладів особистості

Аспект	Кернберг (МОО)	МКБ-11	BSM-5 AMPD
<i>Філософія підходу</i>	Структурно-динамічна	Вимірювальна	Гібридна вимірювально-категоріальна
<i>Основа діагностики</i>	Рівень організації особистості	Тяжкість порушення функціонування	Критерій А+ Критерій В
<i>Рівні / градації</i>	3 (невротичний, межовий, психотичний)	4 (труднощі + 3 рівня тяжкості)	5 рівнів (0-4 за LPFS)
<i>Домени рис</i>	Не застосовується систематично	5 доменів	5 доменів (25 фасетів)
<i>Тестування реальності</i>	Центральний критерій диференціації	Включено в критерії тяжкості	Не є центральним

Компаративний аналіз виявляє значну конвергенцію між класичною структурною моделлю Кернберга та сучасними вимірювальними підходами. Обидві нові класифікаційні системи визнають центральність оцінки тяжкості порушення функціонування особистості, що концептуально відповідає ідеї рівнів організації особистості (Mulder et al., 2016). Примітно, що в офіційній документації МКБ-11 є пряме посилання на традиційний структурний підхід до класифікації організації особистості, особливо щодо можливості транзиторних психотичних станів на найнижчому, найтяжчому рівні, що повністю узгоджується з описом низького межового рівня в теорії Кернберга (Morey et al., 2013).

Спільними елементами всіх трьох підходів є: (1) визнання вимірювального характеру патології особистості; (2) фокус на порушеннях само-функціонування та міжособистісних стосунків як центральних проявах; (3) градація за тяжкістю як центральний організуючий принцип; (4) інтеграція патологічних рис для опису стилістичних особливостей. Водночас існують і відмінності: теорія Кернберга приділяє значно більшу увагу якісним аспектам захисних механізмів та об'єктних стосунків, тоді як МКБ-11 та DSM-5 AMPD зосереджені на більш операціоналізованих критеріях функціонування та поведінкових проявах рис (Waugh, 2019).

Ця конвергенція має важливе значення для розуміння місця ТФП у сучасному терапевтичному ландшафті. Якщо раніше могло здаватися, що психодинамічна модель Кернберга належить до іншої парадигми, аніж дескриптивна психіатрія, то нині стає очевидним, що обидва підходи описують одні й ті самі клінічні феномени, лише з різних перспектив та різними мовами. Це відкриває можливості для інтеграції психодинамічного розуміння з сучасними діагностичними критеріями та дослідницькими методами (Levy et al., 2012).

Трансфер-фокусована психотерапія: теоретичні основи та механізми дії

Трансфер-фокусована психотерапія була розроблена Отто Кернбергом як специфічне психодинамічне втручання для пацієнтів з межовою організацією особистості (Clarkin et al., 2006; Yeomans et al., 2015). Базуючись на теорії об'єктних стосунків, ТФП ставить у центр терапевтичної роботи аналіз трансферу як вираження внутрішніх об'єктних стосунків пацієнта. Фундаментальною гіпотезою є те, що в терапевтичних стосунках пацієнт неминуче відтворює свої розщеплені репрезентації себе та об'єкта, що дає можливість безпосередньо працювати з цими внутрішніми структурами.

Основною метою ТФП є інтеграція розщеплених репрезентацій себе та об'єкта, що досягається через систематичну інтерпретацію домінуючих афективних станів та примітивних захисних механізмів у трансфері (Kernberg et al., 2008). Терапевтичний процес починається з встановлення чіткого терапевтичного контракту, який визначає базові умови роботи та відповідальність пацієнта. Далі терапевт підтримує технічну нейтральність, уникаючи як надмірної графікації, так і надмірної фрустрації пацієнта, що створює оптимальний простір для розгортання та аналізу трансферу (Caligor et al., 2018).

Ключовими терапевтичними техніками ТФП є: (1) прояснення - допомога

пацієнту у більш чіткому формулюванні того, що він переживає; (2) конфронтація - привертання уваги пацієнта до суперечностей або аспектів, які він не усвідомлює; (3) інтерпретація - пояснення несвідомого значення переживань пацієнта, особливо зав'язків між різними репрезентаціями себе та об'єкта. Ці техніки застосовуються послідовно, відповідно до принципу рухатися від поверхні до глибини (Clarkin et al., 2006). Механізмами терапевтичних змін у ТФП є: усвідомлення та інтеграція суперечливих селф-станів, розвиток рефлексивної функції (здатності розуміти себе та інших у термінах ментальних станів), трансформація примітивних захисних механізмів у більш зрілі, формування більш безпечного стилю прив'язаності та покращення регуляції афекту (Levy et al., 2012).

Нейробиологічні зміни внаслідок ТФП

Дослідження Perez та співавторів (2016) вперше продемонструвало нейробиологічні кореляти терапевтичних змін у пацієнтів з МРО після курсу ТФП (Perez et al., 2016). Використовуючи функціональну магнітно-резонансну томографію (фМРТ), дослідники вивчали нейронну активацію під час виконання емоційно-лінгвістичного завдання типу «go/no-go» («рух-стоп»), що дозволило дослідити взаємодію між негативною емоційною обробкою та гальмівним контролем поведінки.

Після проходження ТФП (у середньому 12,1 місяця терапії) у пацієнтів з МРО спостерігалися значущі зміни у фронто-лімбічних нейронних мережах. Зокрема, виявлено:

- Відносне підвищення активації дорсальної префронтальної кори, включно з дорсальною передньою поясною (dACC), дорсолатеральною префронтальною (dlPFC) та фронтополярною корою
- Відносне зниження активації вентралатеральної префронтальної кори (vlPFC) та гіпокампу
- Покращення в обмеженні (constraint) корелювало з підвищенням активації лівої дорсальної передньої поясної кори
- Зменшення афективної лабільності корелювало позитивно з активацією лівої задньо-медіальної орбітофронтальної кори/вентрального стріатуму і негативно з активацією правої мигдалини/парагіпокампулярної ділянки

Ці нейробиологічні зміни підтверджують гіпотезу, що ТФП сприяє кращому регуляторному контролю префронтальної кори над лімбічними структурами, відповідальними за емоційну реактивність. Цікаво, що базові (до лікування) патерни нейронної активації виявились предикторами терапевтичного успіху: гіпоактивація правої дорсальної передньої поясної кори до лікування передбачала більше покращення в обмеженні імпульсів, а гіпоактивація лівої задньо-медіальної орбітофронтальної кори/вентрального стріатуму передбачала більше зменшення афективної лабільності.

Ці дані свідчать, що ТФП може сприяти нормалізації функціонування нейронних мереж, залучених до емоційної регуляції та поведінкового контролю, і надають об'єктивні біологічні маркери ефективності психодинамічного лікування у пацієнтів з МРО.

Емпіричні дослідження ефективності трансфер-фокусованої психотерапії

Ефективність ТФП була досліджена у шести неконтрольованих та трьох рандомізованих контрольованих дослідженнях. Перше опубліковане дослідження було проведено мексиканською дослідницькою групою під керівництвом Пабло Куваса (Cuevas et al., 2000). У дослідженні взяли участь 19 пацієнтів (4 чоловіки, 15 жінок) з діагнозом межового розладу особистості за DSM-IV. Пацієнти отримували мануалізовану психодинамічну психотерапію Кернберга двічі на тиждень по 45 хвилин протягом 48-72 сесій. Терапію проводили 4 психоаналітики з середнім досвідом 12 років та 10 психотерапевтів з середнім досвідом 4,67 років, усі сесії відеозаписувалися та супервізувалися експертами щотижня.

Результати продемонстрували значне зменшення афективної нестабільності після 48 сесій, тоді як критерії порушень ідентичності майже не змінилися навіть у пацієнтів, які перебували в терапії майже два роки. Процентне покращення за шкалою глобальної оцінки функціонування (GAF) від початку до 72 сесій становило 70%, що свідчить про суттєве підвищення загального функціонування. Важливо, що не було виявлено значущих відмінностей у покращенні залежно від досвіду терапевта, що вказує на важливість дотримання мануалу та якісної супервізії (Cuevas et al., 2000).

Подальше дослідження тієї ж мексиканської групи, опубліковане Лопесом та співавторами у 2004 році, фокусувалося виключно на жінках з межовим розладом особистості (Lopez et al., 2004). З 14 пацієток віком 18-40 років, які розпочали лікування, 10 завершили 48 сесій ТФП (рівень відсіву 29%). Терапію проводили сім нових терапевтів - випускники постдипломної програми з психотерапії. Після 24 сесій критерії імпульсивності зникли у дев'яти пацієток, афективної нестабільності - у двох, порушень ідентичності - у трьох. Після 48 сесій усі десять пацієток більше не відповідали критеріям імпульсивності, вісім - критеріям афективної нестабільності. Статистичний аналіз виявив значні позитивні зміни за Опитувальником SCL-90 та шкалою GAF між початковими вимірами та вимірами після 24 і 48 сесій - результати наведені в Таблиці 3.

Таблиця 3.

Статистична значущість змін показників SCL-90 та GAF у пацієток з межовим розладом особистості в процесі Трансфер-фокусованої психотерапії

Вимір	Початковий показник (середнє ± стандартне відхилення)	24 сесії (середнє ± стандартне відхилення)	48 сесій (середнє ± стандартне відхилення)	Рівень значущості (p) між початковими та 24 сесіями	Рівень значущості (p) між початковими та 48 сесіями	Рівень значущості (p) між 24 та 48 сесіями
SCL-90	2.14 = 1.00	1.09 = 0.84	0.67 ± 0.47	0.01 (t=3.36)	0.002 (t=4.32)	0.054 (t-2.22) (майже значуще)
Шкали GAF	37.10 - 18.90	68.10 - 11.28	86.00 + 3.95	0.00 (t=6.85)	0.00 (t=9.03)	0.00 (t=6.02)

Додаткові неконтрольовані дослідження включають:

- Diamond et al. (2013) - вивчення впливу ТФП на пацієнтів з нарцисичним розладом особистості (Diamond et al., 2014)
- Lenzenweger et al. (2018) - аналіз траєкторій змін при ТФП (Lenzenweger et al., 2018)
- Fischer-Kern et al. (2015) - дослідження змін у рефлексивній функції (Fischer-Kern et al., 2015)
- Buchheim et al. (2017) - зміни в патернах прив'язаності (Buchheim et al., 2017)

Кларкін та співавтори провели перше рандомізоване контрольоване дослідження, яке порівняло три форми лікування МРО: трансфер-фокусовану психотерапію (ТФП), діалектично-поведінкову терапію (ДПТ) та підтримуючу психодинамічну терапію (ППП) (Clarkin et al., 2007). У дослідженні взяли участь 90 пацієнтів з межовим розладом особистості, які були рандомізовані в одну з трьох груп лікування тривалістю один рік. Дизайн вимірювань був багатохвильовим, що дозволило відстежити динаміку змін протягом усього періоду лікування.

Результати показали, що всі три групи продемонстрували значні покращення в депресії, тривозі, глобальному функціонуванні та соціальній адаптації. Однак були виявлені специфічні ефекти різних втручань. ТФП та ДПТ були асоційовані зі значним зменшенням суїцидальної поведінки, тоді як ППП не показала такого ефекту. ТФП та ППП продемонстрували покращення в аспектах імпульсивності. Унікальним для ТФП виявився значний ефект щодо зменшення гніву, дратівливості, вербальної та прямої агресії - жодна з двох інших форм лікування не показала подібних результатів (Clarkin et al., 2007). Кожна терапевтична сесія в дослідженні Clarkin et al. (2007) знімалася на відео. Ці відеозаписи лягли в основу подальших досліджень ефектів ТФП.

Найбільш значущими виявилися зміни в рефлексивній функції та стилі прив'язаності, які були виявлені лише в групі ТФП. Леві та співавтори, аналізуючи дані того ж дослідження, показали, що 28,6% пацієнтів, які отримували ТФП, змінили свій стиль прив'язаності з небезпечного на безпечний, тоді як жоден з пацієнтів груп ДПТ та ППП не продемонстрував такої зміни (Levy et al., 2006). Це принципово важливий результат, оскільки стиль прив'язаності є стабільною характеристикою, яка формується в ранньому дитинстві і традиційно вважається резистентною до змін. Покращення рефлексивної функції - здатності розуміти себе та інших у термінах ментальних станів - також було специфічним для ТФП і відповідає теоретичним припущенням про механізми терапевтичної дії цього методу.

Таблиця 4.

Зведені данні результатів досліджень Clarkin et al. (2007) та Levy et al. (2006)

Показник	ТФП	ДПТ	ППП
<i>Депресія</i>	+	+	+
<i>Тривога</i>	+	+	+
<i>Глобальне функціонування</i>	+	+	+
<i>Соціальна адаптація</i>	+	+	+
<i>Суїцидальна поведінка</i>	+	+	-
<i>Гнів та агресія</i>	+	-	-
<i>Імпульсивність</i>	+	-	+
<i>Рефлексивна функція</i>	+	-	-
<i>Безпечна прив'язаність</i>	+ (28,6%)	-	-

Дьорінг та співавтори провели друге велике РКД, в якому порівнювали ТФП з лікуванням, що проводили досвідчені психотерапевти спільноти (treatment by experienced community psychotherapists) (Doering et al., 2010). Дослідження було проведено у Мюнхені та Відні, в ньому взяли участь 104 жінки з межовим розладом особистості, які отримували амбулаторне лікування протягом одного року. Результати виявилися ще більш переконливими на користь ТФП. Рівень відсіву в групі ТФП становив 38,5%, тоді як у контрольній групі - 67,3% (різниця статистично значуща). Значно менше пацієнтів групи ТФП здійснили спроби самогубства порівняно з контрольною групою ($d = 0,8$, $p = 0,009$).

ТФП виявилася значно ефективнішою в усіх ключових доменах: межові симптоми ($d = 1,6$, $p = 0,001$), психосоціальне функціонування ($d = 1,0$, $p = 0,002$), організація особистості за STIPO ($d = 1,0$, $p = 0,001$) та кількість психіатричних госпіталізацій ($d = 0,5$, $p = 0,001$). Обидві групи продемонстрували значні покращення в депресії та тривозі без суттєвих відмінностей між групами ($d = 0,3-0,5$). Група ТФП також показала покращення в загальній психопатології (Doering et al., 2010). Розміри ефектів (Cohen's d) в діапазоні від 0,8 до 1,6 для ключових показників вказують на клінічно значущі та стійкі зміни.

Третє РКД, проведене Гізен-Блу та співавторами, порівнювало ТФП зі схематерапією (Giesen-Bloo et al., 2006). Обидва втручання тривали три роки і показали значні покращення в психо- та особистісній патології. Схема-терапія виявилася дещо ефективнішою після трьох років лікування, хоча ці результати були піддані методологічній критиці з боку дослідників ТФП (Yeomans, 2007). Незважаючи на це, результати підтверджують ефективність ТФП порівняно з іншим структурованим психотерапевтичним підходом. Кокранівський огляд психотерапевтичних втручань для МРО визнає ТФП одним з корисних методів лікування разом із діалектично-поведінковою терапією, менталізаційно-орієнтованою терапією, схема-терапією та STEPSS (Stoffers et al., 2012).

Важливим доповненням до існуючої доказової бази є нещодавнє дослідження Абея та співавторів (2025), яке було присвячено вивченню ефективності ТФП в умовах стаціонару. У цьому проспективному натуралістичному лонгітюдному

дослідженні брали участь 74 пацієнти з межовим розладом особистості, які отримували 6-місячну мануалізовану ТФП у стаціонарних умовах, з яких 31 пацієнт завершив повний курс лікування. Симптоми оцінювалися за допомогою Списку Межових Симптомів (BSL-23) на початку лікування, після 3 місяців терапії, та в кінці лікування. Результати показали значне зниження показників BSL-23 від початку до кінця терапії з середнім розміром ефекту $d=0,54$, тоді як у контрольній групі, що перебувала в листі очікування, змін не спостерігалось. Це свідчить про ефективність стаціонарної ТФП у зменшенні специфічних для МРО симптомів, при цьому тривалість лікування виявилася важливим фактором (Abel et al., 2025).

Кейн та співавтори (2025) досліджували інтерперсональні та афективні процеси у пацієнтів з МРО під час ТФП з використанням екологічної моментальної оцінки. 45 пацієнтів з діагнозом МРО брали участь у 18-місячному клінічному дослідженні ТФП, заповнюючи оцінки міжособистісних подій у повсякденному житті протягом 14 днів у трьох часових точках (0, 9 та 18 місяців). Результати продемонстрували зменшення волатильності в афективних вимірах та ідентифікаційній сплутаності, при цьому пацієнти з часом почали сприймати себе та інших як більш дружніх, щасливих та енергійних. Дослідження показує, що ТФП допомагає пацієнтам розвивати тепліші асоціації до афективних та міжособистісних переживань, змінюючи звичні дезадаптивні сприйняття себе та інших (Cain et al., 2025).

Ківіті та співавтори (2021) вивчали, чи має робота з рефлексивним функціонуванням під час сесій регулюючий вплив на емоційне збудження в різних психотерапіях МРО, включаючи ТФП. Вивчалися ранні, середні та пізні відеозаписи сесій з рандомізованого контрольованого дослідження Кларкіна та ін. (Clarkin et al., 2007), де групи ТФП ($n=30$), діалектично-поведінкової терапії ($n=29$) та підтримуючої психодинамічної терапії ($n=29$) були проаналізовані. Терапевтичні інтервенції, що спонукали пацієнтів розглядати психічні стани («запити на рефлексивне функціонування»), були вдвічі поширеніші в ТФП порівняно з іншими методами лікування. В усіх видах терапії такі запити сприяли кращому рефлексивному функціонуванню, що, у свою чергу, призводило до зниження емоційного збудження. Це свідчить про те, що розуміння психічних станів може мати емоційно-регулюючу роль у психотерапіях МРО (Kivity et al., 2021).

Дискусія

Результати систематичного огляду досліджень ефективності ТФП демонструють переконливу доказову базу для застосування цього методу в лікуванні межового розладу особистості. Дев'ять неконтрольованих досліджень та три незалежні РКД послідовно показують значні покращення в широкому спектрі показників: зменшення межової симптоматики, депресії, тривожності, суїцидальності, гніву, імпульсивності, а також покращення глобального та психо-соціального функціонування. Особливо важливими є унікальні для ТФП зміни в рефлексивній функції та трансформація стилю прив'язаності з небезпечного на

безпечний, що відповідає теоретичним припущенням про механізми дії методу і вказує на глибинні структурні зміни, а не лише симптоматичне полегшення.

Компаративний аналіз концепції межової організації особистості з сучасними класифікаційними системами МКБ-11 та DSM-5 AMPD виявляє значну конвергенцію підходів. Всі три моделі визнають центральність оцінки тяжкості порушення функціонування особистості, фокусуються на порушеннях Я-функціонування та міжособистісних стосунків і використовують градацію за тяжкістю як організуючий принцип. Особливо примітним є те, що МКБ-11 прямо посилається на традиційний структурний підхід до класифікації організації особистості, включаючи можливість транзиторних психотичних станів на найтяжчому рівні, що повністю узгоджується з описом низького межового рівня в теорії Кернберга (Morey et al., 2013; Mulder et al., 2016).

Виявлені нейробіологічні кореляти терапевтичних змін після ТФП надають важливе підтвердження гіпотези, що психодинамічна психотерапія може впливати на нейронні мережі, залучені до емоційної регуляції та поведінкового контролю. Зокрема, посилення активації дорсальної передньої поясної кори та зниження активності мигдалини свідчить про покращення здатності до регуляції емоцій та контролю імпульсів. Ці результати узгоджуються з даними, отриманими для інших методів психотерапії (ДПТ, когнітивно-поведінкова терапія), що свідчить про можливі спільні механізми терапевтичної дії, незважаючи на різні теоретичні моделі.

Водночас залишається низка важливих питань для подальших досліджень. По-перше, усі опубліковані дослідження ефективності ТФП фокусувалися виключно на пацієнтах з діагнозом межового розладу особистості за DSM. Однак теорія Кернберга постулює, що межовий рівень організації особистості може проявлятися через різні типи розладів особистості - не лише межовий, але й нарцисичний, параноїдний, шизоїдний, шизотипічний, гістрійонний та антисоціальний (Kernberg, 1975; Kernberg, 1984). Відповідно, постає питання: чи є ТФП ефективною для пацієнтів з межовим рівнем організації особистості в цілому, незалежно від специфічного типу розладу особистості?

По-друге, в контексті МКБ-11 виникає питання про ефективність ТФП для пацієнтів з різними рівнями тяжкості розладу особистості. Більшість досліджених пацієнтів, імовірно, відповідали б критеріям помірному або тяжкого розладу особистості за МКБ-11. Чи буде ТФП настільки ж ефективною для пацієнтів з легким рівнем тяжкості? І навпаки, чи потребують пацієнти з тяжким рівнем модифікацій стандартного протоколу ТФП?

По-третє, важливим є питання коморбідності. Пацієнти з межовим розладом особистості часто мають коморбідні розлади Осі I за DSM-IV (депресивні розлади, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад, розлади харчової поведінки, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин). Наскільки ефективна ТФП у зменшенні цієї коморбідної симптоматики? Чи потребують деякі коморбідні стани додаткових спеціалізованих втручань паралельно з ТФП?

По-четверте, залишається питання про специфічні та неспецифічні фактори терапевтичних змін у ТФП. Хоча дослідження Кларкіна та співавторів (Clarkin et al., 2007) показало унікальні для ТФП зміни в рефлексивній функції та прив'язаності, що відповідає теоретичним припущенням про механізми дії методу, необхідні додаткові дослідження процесів, які дозволили б краще зрозуміти, які саме елементи ТФП є ключовими для терапевтичних змін. Це має не лише теоретичне, але й практичне значення для тренінгу терапевтів та забезпечення якості лікування.

Нарешті, важливим є питання культурної адаптації та валідності методу в різних контекстах. Опубліковані дослідження проводилися переважно в США, Мексиці, Німеччині та Австрії. Чи потребує ТФП модифікацій для застосування в інших культурних контекстах, зокрема в українському? Які аспекти методу є універсальними, а які можуть потребувати культурної адаптації? Ці питання особливо актуальні для України, де ТФП лише починає впроваджуватися, і де станом на 2025 рік лише п'ять терапевтів отримали міжнародну сертифікацію в методі.

В **ИСНОВКИ**

Трансфер-фокусована психотерапія є емпірично валідованим методом лікування межового розладу особистості з переконливою доказовою базою. Три незалежні рандомізовані контрольовані дослідження та шість неконтрольованих досліджень послідовно демонструють значні покращення в широкому спектрі показників психопатології та функціонування. Особливо важливими є унікальні для ТФП зміни в рефлексивній функції та трансформація стилю прив'язаності, що вказує на глибинні структурні зміни особистості, а не лише симптоматичне полегшення. Нейробіологічні дослідження підтверджують здатність ТФП впливати на функціонування фронто-лімбічних мереж мозку, що забезпечує об'єктивні маркери терапевтичних змін.

Концепція межової організації особистості Отто Кернберга демонструє значну конвергенцію з сучасними вимірювальними підходами до класифікації розладів особистості в МКБ-11 та DSM-5 AMPD. Усі три моделі визнають центральність оцінки тяжкості порушення функціонування особистості, фокусуються на порушеннях само-функціонування та міжособистісних стосунків і використовують градацію за тяжкістю як організуючий принцип. Це підтверджує актуальність структурного підходу Кернберга і легітимізує використання ТФП в контексті сучасних діагностичних систем.

Перспективними напрямками подальших досліджень є: (1) вивчення ефективності ТФП для пацієнтів з різними типами розладів особистості межового рівня, не обмежуючись лише межовим розладом особистості; (2) дослідження ефективності ТФП для пацієнтів з різними рівнями тяжкості розладу особистості за МКБ-11; (3) вивчення впливу ТФП на коморбідну психопатологію; (4) дослідження процесів та механізмів терапевтичних змін у ТФП; (5) культурна адаптація та валідація методу в різних контекстах, включно з українським.

Для України особливо актуальним є розвиток професійної освіти в галузі ТФП, створення супервізійної інфраструктури та проведення локальних досліджень ефективності методу. Враховуючи високу поширеність розладів особистості та обмежені можливості традиційних терапевтичних підходів, впровадження ТФП могло б суттєво розширити арсенал доступних ефективних втручань для цієї складної клінічної популяції.

REFERENCES

1. Abel, T., Happel, M., Daerr, F., Spitzer, C., Benecke, C., & Dulz, B. (2025). Transference-focused psychotherapy in an inpatient setting for borderline personality disorders: changes in symptomatology. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 28(1), Article 810. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.810>
2. Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18, Article 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
3. Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S., & Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: A European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9, Article 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0>
4. Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
5. Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., Pokorny, D., & Fischer-Kern, M. (2017). Change of unresolved attachment in borderline personality disorder: RCT study of transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 314–316. <https://doi.org/10.1159/000460257>
6. Cain, N. M., Meehan, K. B., Roche, M. J., Sowislo, J., Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2025). From bench to bedside: Examining the interpersonal and affective context of borderline personality disorder as it unfolds over time in psychotherapy. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. <https://doi.org/10.1037/abn0001032>
7. Cain, N. M., Meehan, K. B., Roche, M. J., Sowislo, J., Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2025). From bench to bedside: Examining the interpersonal and affective context of borderline personality disorder as it unfolds over time in psychotherapy. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. <https://doi.org/10.1037/abn0001032>
8. Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. American Psychiatric Publishing.
9. Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2007). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University.
10. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
11. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Publishing.
12. Cuevas, P., Camacho, J., Mejia, R., Rosario, I., Parres, R., Mendoza, J., & Lopez, D. (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con la psicoterapia psicodinámica. *Salud Mental*, 23(6). https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/832/831
13. Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S., Fischer-Kern, M., Delaney, J., & Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic

and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 527–551. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.815087>

14. Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
15. Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 173–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143842>
16. Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
17. Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
18. Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
19. Kernberg, O. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
20. Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169–195.
21. Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
22. Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601–620. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x>
23. Kivity, Y., Levy, K. N., Kelly, K. M., & Clarkin, J. F. (2021). In-session reflective functioning in psychotherapies for borderline personality disorder: The emotion regulatory role of reflective functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(9), 751–761. <https://doi.org/10.1037/ccp0000674>
24. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
25. Krueger, R. F., & Hobbs, K. A. (2020). An overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, 53(3–4), 126–132. <https://doi.org/10.1159/000508538>
26. Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., & Kernberg, O. F. (2018). Predicting domains of change in personality disorder patients: A growth curve analysis. *Journal of Personality Disorders*, 32(4), 518–538. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_302
27. Levy, K. N., Meehan, K. B., & Yeomans, F. E. (2012). An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 139–167). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_8
28. Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027–1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
29. Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 137–151. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.137>
30. López, D., Cuevas, P., Gómez, A., & Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad: Un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44–54. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242706>
31. Morey, L. C., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2013). Validating the proposed diagnostic and statistical

- manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 729–735. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8>
32. Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD-11. *Personality and Mental Health*, 10(2), 84–95. <https://doi.org/10.1002/pmh.1336>
 33. Perez, D. L., Vago, D. R., Pan, H., Root, J., Tuescher, O., Fuchs, B. H., Leung, L., Epstein, J., Cain, N. M., Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F., Levy, K. N., Silbersweig, D. A., & Stern, E. (2016). Frontolimbic neural circuit changes in emotional processing and inhibitory control associated with clinical improvement following transference-focused psychotherapy in borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1), 51–61. <https://doi.org/10.1111/pcn.12357>
 34. Reed, G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry*, 17(2), 227–229. <https://doi.org/10.1002/wps.20533>
 35. Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
 36. Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), Article CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
 37. Swales, M. A. (2022). Personality disorder diagnoses in ICD-11: Transforming conceptualisations and practice. *Clinical Psychology in Europe*, 4, Article e9635. <https://doi.org/10.32872/cpe.9635>
 38. Tyrer, P., Crawford, M., & Mulder, R. (2011). Reclassifying personality disorders. *The Lancet*, 377(9780), 1814–1815. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61926-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61926-5)
 39. Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
 40. Waugh, M. H. (2019). Construct and paradigm in the AMPD. In C. J. Hopwood, A. L. Mulay, & M. H. Waugh (Eds.), *The DSM-5 alternative model for personality disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment* (pp. 1–47). Routledge.
 41. Yeomans, F. E. (2007). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 609–610. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.609-c>
 42. Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.

Дані про авторів

Олексій ЛЕМЕЩУК, здобувач ступеня Доктор філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Oleksii Lemeshchuk, PhD student, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID: 0009-0001-0130-8782

E-mail: A@Lemeshchuk.com

Катерина МІЛЮТИНА, доктор наук, професор кафедри психології, Академія праці, соціальних відносин і туризму

Kateryna Miliutina, Doctor of Science, Professor of the Department of Psychology, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

ORCID: 0000-0003-0013-2989

E-mail: katerinamilutina1963@gmail.com

Наталія Панасенко

ОТМ-ТЕРАПІЯ ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ МЕТОД ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ: ІНТЕГРАЦІЯ ЖИВОПИСНИХ ТЕХНІК У ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНУ ПРАКТИКУ

Анотація

Актуальність теми дослідження. В умовах зростання колективної травматизації, спричиненої воєнними діями, критично важливим є пошук ефективних психотерапевтичних методів стабілізації психоемоційного стану населення.

Мета й методологія дослідження. Мета полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричній апробації ОТМ-терапії (терапії образотворчим мистецтвом) як інноваційного методу психокорекції стресових розладів. Застосовано теоретико-методологічний аналіз, мета-аналіз емпіричних досліджень, контент-аналіз наукових публікацій у сфері нейроестетики та арт-терапії, а також власне емпіричне дослідження з використанням клінічних спостережень, якісного та кількісного аналізу динаміки психоемоційного стану учасників програми із застосуванням стандартизованих психометричних інструментів.

Результати роботи. Доведено, що інтеграція структурованого навчання живописним технікам з елементами глибинної психотерапії сприяє значущій емоційній стабілізації ($d=1.85$), зниженню тривожності та відновленню внутрішніх ресурсів особистості в умовах хронічного стресу.

Висновки. ОТМ-терапія представляє науково обґрунтований та емпірично підтверджений підхід для подолання наслідків психотравматизації в умовах воєнного стану.

Ключові слова: ОТМ-терапія, арт-терапія, стрес, нейроестетика, стан потоку, психокорекція, живописні техніки, психоемоційна стабілізація.

Nataliia Panasenko

OTM THERAPY AS AN INNOVATIVE METHOD OF STRESS MANAGEMENT: INTEGRATION OF PAINTING TECHNIQUES IN PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE

Abstract

Relevance of the study. In the context of increasing collective traumatization caused by military actions, the search for effective psychothera-

peutic methods for stabilizing the psycho-emotional state of the population has become critically important.

Purpose and methodology. The aim of this article is to provide a theoretical substantiation and empirical validation of OTM therapy (Образотворче Мистецтво Therapy) as an innovative method for psychological correction of stress disorders. The abbreviation OTM is derived from Ukrainian and stands for «Therapy through Visual Arts», highlighting three key components of the method: visual image creation, artistic mastery, and therapeutic influence. The methodology includes theoretical-methodological analysis, meta-analysis of empirical studies, content analysis of scientific publications in neuroaesthetics and art therapy, as well as original empirical research using clinical observation, qualitative and quantitative analysis of psycho-emotional dynamics with standardized psychometric tools.

Results. It has been demonstrated that the integration of structured painting techniques with elements of depth psychotherapy leads to significant emotional stabilization ($d = 1.85$), reduction in anxiety, and restoration of inner resources in conditions of chronic stress.

Conclusions. OTM therapy represents a scientifically grounded and empirically validated approach to overcoming the consequences of psychological traumatization in the context of war.

Keywords: OTM therapy, visual arts therapy, neuroaesthetics, stress, flow state, psychocorrection, painting techniques, psycho-emotional stabilization.

В Вступ

Сучасна психологічна наука все більше уваги приділяє інтегративним підходам у психотерапії, особливо в контексті подолання стресу та його психосоматичних наслідків. Зростаючий рівень стресогенності сучасного життя вимагає розробки нових, науково обґрунтованих методів психологічної корекції, що поєднують традиційні психотерапевтичні техніки з альтернативними формами втручання (Malchiodi, 2020; Stuckey & Nobel, 2010).

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричній апробації ОТМ-терапії як інноваційного психотерапевтичного підходу для подолання стресу через інтеграцію живописних технік у психотерапевтичну практику.

Методи та організація дослідження. Теоретичне дослідження проводилося з використанням теоретико-методологічного аналізу, мета-аналізу емпіричних досліджень, контент-аналізу наукових публікацій у сфері нейроестетики та арт-терапії.

Емпіричне дослідження ефективності ОТМ-терапії проводилося у 2024 році на базі приватного психологічного центру в м. Київ з дотриманням етичних стандартів та отриманням інформованої згоди всіх учасників на використання результатів дослідження.

Вибірка дослідження: загальна кількість учасників: 62 особи з хронічним

стресом (експериментальна група: $n=31$; контрольна група: $n=31$). Вік досліджуваних: 25-45 років ($M=34.2$, $SD=8.7$). Статевий розподіл: 68% жінок та 32% чоловіків.

Критерії включення: рівень сприйманого стресу за PSS-10 ≥ 20 балів; відсутність психотичних розладів; інформована згода на участь у дослідженні. Критерії виключення: гострі психічні розлади; зловживання психоактивними речовинами; участь в інших психотерапевтичних програмах.

Процедура дослідження: Експериментальна група проходила 12-тижневу програму ОТМ-терапії (по 2 години щотижня), контрольна група перебувала в листі очікування. Вимірювання проводилися до початку програми, після її завершення та через 3 місяці після завершення. Інструменти дослідження: Шкала сприйманого стресу PSS-10 (Perceived Stress Scale, Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983) та Опитувальник DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale, Lovibond & Lovibond, 1995).

Результати дослідження та їх обговорення

1. Загальні теоретико-методологічні основи та ефективність арт-терапії: результати аналізу

Арт-терапія як напрямок психотерапевтичної практики має більш ніж століття історії розвитку, починаючи з піонерських робіт А. Хілла та М. Наумбург у першій половині ХХ століття (Edwards, 2014). Сучасні дослідження в галузі нейронаук та нейроестетики відкривають принципово нові перспективи розуміння механізмів впливу художньої творчості на стрес-реакцію організму та відновлення психічного здоров'я (King, Neilsen & White, 2019; Zaidel, 2010).

Міжнародна наукова спільнота приділяє дедалі більше уваги дослідженню терапевтичного потенціалу візуального мистецтва в контексті подолання стресу, тривожності та наслідків психотравм.

Monti et al. (2006, Johns Hopkins University) довели, що шеститижнева програма арт-терапії у пацієнтів з онкологічними захворюваннями знижує рівень тривожності та покращує якість життя, незалежно від стадії хвороби.

У дослідженні Kaimal et al. (2016, Drexel University) було встановлено, що 75% учасників мали статистично значуще зниження рівня кортизолу після 45 хвилин художньої діяльності, навіть без попереднього художнього досвіду.

Slayton, D'Archer та Kaplan (2010) у своєму огляді досліджень 1999-2007 років дійшли висновку, що існує емпірична підтримка ефективності арт-терапії для лікування різноманітних симптомів, вікових груп та розладів.

Gussak (2009) у дослідженні з ув'язненими в США показав, що малювання та арт-терапія є особливо корисними для цієї вибірки через їх недовіру до вербального розкриття та жорсткі захисні механізми.

У програмі Art4Healing (Zagon, L., 2000) використовується абстрактний експресивний живопис як інструмент зцілення, допомагаючи людям виражати складні почуття через колір, форму і композицію, що сприяє зниженню емоційної напруги й вираженню складних переживань.

Дані нейровізуалізаційних досліджень (Vartanian & Skov, 2014; Ellamil et

al., 2012) підтверджують активацію префронтальної кори, систем винагороди та зниження активності дефолт-системи мозку в процесі художньої діяльності.

Згідно з теорією потоку М. Чиксентмігаї (1990: 4), «стан потоку характеризується повним зануренням у діяльність, втратою відчуття часу та зниженням рівня тривожності». Поступове освоєння живописних технік створює оптимальні умови для досягнення стану потоку, що характеризується зниженням активності дефолт-мережі мозку (Ulrich et al., 2016).

Теорія об'єктних відносин Д. Вінкотта (1971: 103) розглядає творчість як перехідний простір: «У перехідному просторі індивід може безпечно досліджувати свої внутрішні конфлікти без загрози для его-структури». К.Г. Юнг (1966: 78) підкреслював: «Творчий акт є виходом за межі свідомого его та зануренням у колективне несвідоме, що приносить цілющий ефект».

Художня діяльність функціонує як експозиційна техніка, що дозволяє поступово опрацьовувати стресові переживання в контрольованих умовах (Abbing et al., 2018). Протокол *TFAT* (Trauma-Focused Art Therapy) призвів до клінічно значущого зниження симптомів ПТСР, а використання арт-терапії вплинуло на зменшення депресії та покращило емоційну артикуляцію, сприяло підвищенню психічної стійкості, самооцінки та позитивно вплинуло на психічне здоров'я (Abbing et al., 2024).

Дослідження Beerse et al. (2019-2020) показали, що арт-терапія та створення мистецтва може знижувати рівень кортизолу, що покращує інші психосоціальні показники настрою, самоефективності та сприйнятого стресу.

Освоєння нових технік живопису формує відчуття самоефективності, що за А. Бандурою (1999: 3) є «переконанням людини у власній здатності організувати та виконувати дії».

Нейроестетика як міждисциплінарна галузь досліджень демонструє, що художня діяльність активізує множинні нейронні мережі, включаючи зорову кору, префронтальні ділянки, моторні центри та лімбічну систему (Chatterjee & Vartanian, 2014). Дослідження Drexel University показали, що 75% учасників демонстрували статистично значуще зниження рівня кортизолу після 45 хвилин художньої діяльності (Kaimal, Ray & Muniz, 2016).

Як зазначає Семір Зекі (2001: 51): «Мозок є найвитонченішим естетичним органом. Ми шукаємо красу не випадково – це глибинна потреба пізнання та упорядкування світу». Естетичне переживання активує ділянки мозку, пов'язані із системою винагороди та емоційною регуляцією (Vartanian & Skov, 2014; Ishizu & Zeki, 2011).

При гострих стресових реакціях ефективними є техніки з повторюваними ритмічними рухами. При хронічному стресі акцент є на відновленні ресурсів через поступове освоєння складніших технік. При ПТСР метод дозволяє опрацьовувати травматичні спогади на символічному рівні, узгоджуючись з теорією подвійного кодування (A. Paivio, 1986: 53).

Дослідження фізіологічних показників демонструють стабільне зниження рівня кортизолу внаслідок художньої діяльності (Kaimal et al., 2016). Активація

парасимпатичної нервової системи корелює зі зниженням частоти серцевих скорочень (на 8-12%) та артеріального тиску (на 5-8%) (Theorell et al., 2009).

Функціональна магнітно-резонансна томографія показує активацію правої півкулі мозку під час художньої творчості з одночасним зниженням активності в дорсолатеральній префронтальній корі ($p < 0.01$) (Ellamil et al., 2012).

У підходах досліджень західних фахівців 2020-2024 років можна відмітити певні зміни: розробка і застосування Trauma-Focused Art Therapy (TFAT - травмо-фокусована арт-терапія) як структурованого протоколу та поєднання арт-терапії з когнітивно-поведінковою терапією.

В Україні арт-терапія як напрям психотерапевтичної практики переживає період інтенсивного розвитку та трансформації, зумовлений викликами воєнного часу. Цей процес характеризується впровадженням інноваційних підходів.

Розвиток арт-терапії в Україні має свою специфічну траєкторію, що відображена в роботах провідних дослідників цієї галузі. Вознесенська О.Л. (2014) у своєму дослідженні «Арт-терапія в Україні» детально аналізує стан та перспективи розвитку цього напрямку, створюючи фундаментальну працю для розуміння еволюції арт-терапевтичних практик у нашій країні.

Катеренчук І.П., Гуцалепко О.О., Рустамян С.Т. та Кострікова Ю.А. (2023) підкреслюють, що заняття мистецтвом не тільки підтримує цілісне здоров'я, але й є джерелом мотивації для благополуччя.

Також зараз активно розвивається такий напрям арт-терапії, як ленд-арт терапія, яка передбачає створення художніх інсталяцій з природних елементів через поєднання зцілювальної сили природи з творчим процесом у терапевтичній роботі (Добродари, 2024).

Важливим чинником розвитку арт-терапії в Україні є діяльність професійних організацій. Українська асоціація арт-терапевтів (<https://art-therapy.com.ua/>) проводить супервізійні та інтервізійні групи для практикуючих арт-терапевтів, реалізує відкритий проект «Кінотерапія» та відкритий дослідницький проект «Арт-терапія мистецтвом».

Таким чином, аналіз сучасного стану розвитку арт-терапії в Україні дозволяє виділити кілька ключових тенденцій:

- **Адаптація до воєнних викликів:** арт-терапія трансформується у відповідь на потреби роботи з військовою травмою та ПТСР, розробляються спеціалізовані методи для різних категорій постраждалих.

- **Інноваційність методів:** впроваджуються нові підходи, що поєднують традиційні арт-терапевтичні техніки з сучасними технологіями та міждисциплінарними підходами.

- **Розвиток професійної спільноти:** активізується діяльність професійних організацій, розширюються освітні програми, створюється методичне забезпечення.

- **Науковий розвиток:** зростає кількість досліджень та публікацій, що забезпечує наукове обґрунтування практичних підходів.

- **Соціальна значущість:** арт-терапія набуває статусу важливого інструменту

національної психологічної реабілітації в умовах воєнного стану.

Отже, перспективи розвитку арт-терапії в Україні пов'язані з подальшою спеціалізацією методів, розширенням доступності послуг, інтеграцією в систему державної охорони здоров'я та соціальної підтримки, а також продовженням наукових досліджень ефективності різних підходів.

Проведений теоретичний аналіз показує потребу в розробці структурованих підходів в арт-терапії. Існуючі підходи зосереджуються переважно на спонтанному самовираженні, тоді як потенціал структурованого навчання живописним технікам як основи для цілеспрямованої антистресової терапії залишається недостатньо вивченим. Це створює нішу для розробки нових інтегративних моделей, таких як ОТМ-терапія.

2. Теоретичні та практичні основи ОТМ-терапії

ОТМ-терапія (терапія образотворчим мистецтвом) являє собою інтегративну модель, запропоновану автором статті (Панасенко, 2022, 2023), що поєднує елементи психотерапії, освітнього процесу, нейропсихології та естетичного досвіду.

Концептуальна модель ОТМ-терапії

Основними компонентами терапії образотворчим мистецтвом є (див. Рис.1):

- Навчання (майстерність): освоєння технік живопису, коли людина вчиться не просто малювати, а й фокусуватись, розвивати увагу, точність, контроль, що створює базу для стабілізації психоемоційного стану.
- Творчість (спонтанність): вільне самовираження, символічне зображення емоцій, снів, спогадів, що допомагає емоційній розрядці, відкриває глибинні змісти.

Таким чином поєднуються структура і спонтанність (свобода): коли ми вчимося технікам живопису, ми виражаємо свої спонтанність і свободу, а потім знову повертаємось у структуру для подальшого навчання. Цей баланс між хаосом і порядком є ключовим при роботі зі стресом.

Функціональні рівні терапевтичного впливу

Терапія образотворчим мистецтвом (ОТМ-терапія) базується на трьох функціональних рівнях терапевтичного впливу:

1. Психоемоційний рівень: усвідомлення, вираження та інтеграція емоцій через художню форму; поступове формування ресурсу «внутрішнього свідка»; розвиток емоційної регуляції через переживання естетичного досвіду.

2. Когнітивно-символічний рівень: перекодування травматичного досвіду у художній образ; робота з метафорами, кольорами, символами; рефреймінг (зміна інтерпретації подій); вплив на рівні автонаративу: творча діяльність як інструмент зміни життєвої історії.

3. Сенсомоторний рівень: робота з тілесним відчуттям, дотиком, фактурою матеріалів (фарби, текстури); активація парасимпатичної нервової системи (заспокоєння); вивільнення напруги через ритмічні рухи та повторювані елементи.

П'ять етапів терапевтичного процесу

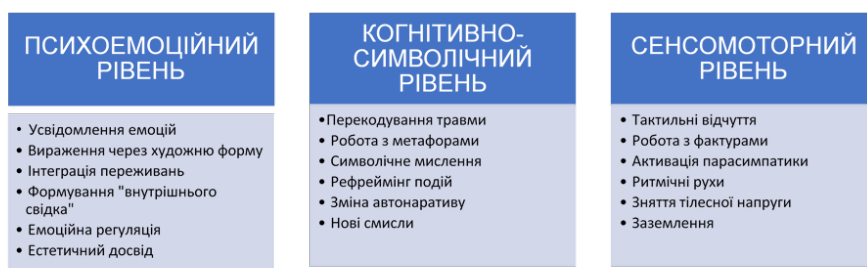
Процес ОТМ-терапії має циклічну структуру та проходить через п'ять

основних етапів:

1. Діагностичний – виявлення проблемного поля
2. Адаптаційний – знайомство з матеріалами, створення безпечного середовища
3. Навчальний – структуроване освоєння технік (основа стану «поток»)»
4. Інтегративний – опрацювання змісту, психоаналітична робота через образ
5. Завершальний – рефлексія, консолідація досвіду, формування плану самодопомоги



Три рівні терапевтичного впливу



П'ять етапів терапевтичного процесу



Рисунок 1. Концептуальна модель ОТМ-терапії

Порівняльний аналіз арт-терапевтичних підходів

ОТМ-терапія відрізняється від інших арт-терапевтичних підходів поєднанням структурованого художнього навчання, глибинного психотерапевтичного впливу та естетичної взаємодії, що забезпечує мультифакторний ефект подолання стресу (див. Табл. 1).

Таблиця 1.

Порівняльна характеристика ОТМ-терапії та інших арт-терапевтичних підходів

Критерій	Класична арт-терапія	Арт-психоаналітична терапія	Арт-коучинг / творчі практики	ОТМ-терапія (авторська модель)
Фокус	Вираження емоцій	Інтерпретація несвідомого	Розвиток креативності	Інтеграція майстерності, глибинної терапії та естетичного досвіду
Роль образу	Спонтанне самовираження	Символ несвідомого	Засіб візуалізації цілей	Структурований засіб для трансформації стресу та емоцій
Методи	Вільне малювання, колажі	Аналіз символів, асоціації	Арт-інтуїція, візуальні метафори	Навчання технікам живопису, глибинна рефлексія, етапна побудова
Теоретична база	Гуманістична психологія	Психоаналіз, юнгіанство	Позитивна психологія, коучинг	Нейроестетика, теорія потоку, психодинаміка, когнітивно-поведінкова терапія
Рівень структурування	Низький	Середній	Низький-середній	Високий – 5 етапів з поступовим зростанням складності
Роль майстерності	Необов'язкова	Мінімальна	Варіативна	Ключова – майстерність як ресурс відновлення та потоку
Цільовий ефект	Вивільнення емоцій через катарсис	Усвідомлення внутрішніх конфліктів	Мотивація, натхнення	Емоційна стабілізація, ресурсність, нейропсихологічне відновлення

Порівняно з класичною арт-терапією (Rogers, 1993), арт-психоаналітичною терапією (Schaverien, 1991) та арт-коучингом (McNiff, 2004), ОТМ-терапія характеризується високим рівнем структурування та ключовою роллю майстерності як ресурсу відновлення.

Принципи терапевтичної роботи

В ОТМ-терапії існують такі принципи терапевтичної роботи:

- Принцип поступовості передбачає послідовне ускладнення художніх завдань відповідно до зони найближчого розвитку, що мінімізує стресогенність навчально-творчого процесу
- Принцип індивідуалізації реалізується через адаптацію до специфічних стресових факторів та копінг-ресурсів кожного клієнта
- Принцип інтеграції забезпечує поєднання технічного навчання з цілеспрямованою антистресовою роботою на кожному етапі терапевтичного процесу.

Вимоги до фахівця

Фахівець з ОТМ-терапії має поєднувати компетенції, аналогічні до вимог

Британської асоціації арт-терапевтів (ВААТ, 2019) та Американської асоціації арт-терапії (ААТА, 2017):

- Базову психологічну освіту (магістр психології)
- Спеціалізацію в стрес-менеджменті та психотерапії (не менше 500 годин)
- Художню освіту або курси підвищення кваліфікації з живопису
- Супервізорський досвід у сфері арт-терапії (не менше 100 годин)

Етичні принципи

ОТМ-терапевт має керуватися етичними принципами:

- Принцип подвійної компетентності вимагає від терапевта професіоналізму як у психологічній, так і в художній сферах
- Принцип конфіденційності поширюється на всі творчі роботи клієнтів
- Принцип інформованої згоди передбачає роз'яснення специфіки методу та можливих ефектів

3. Результати емпіричного дослідження

Аналіз динаміки показників стресу та тривожності у двох групах продемонстрував виразні відмінності між експериментальною та контрольною вибірками (див. Табл. 2).

Таблиця 2
Динаміка показників стресу та тривожності

Показник	Група	T1 (M±SD)	T2 (M±SD)	T3 (M±SD)	d Кохена
Сприйманий стрес (PSS-10)	Експериментальна	27.3±4.2	18.1±3.8**	19.2±4.1**	1.85
	Контрольна	26.8±4.5	25.9±4.3	26.1±4.4	0.12
Стрес (DASS-21)	Експериментальна	18.5±5.2	11.2±4.3**	12.8±4.7**	1.52
	Контрольна	17.9±5.1	17.2±4.9	17.5±5.0	0.08
Тривожність (DASS-21)	Експериментальна	12.4±4.1	7.8±3.2**	8.9±3.5**	1.33
	Контрольна	11.9±4.0	11.5±3.8	11.7±3.9	0.06

Примітки: ** $p < 0.001$; d – розмір ефекту Кохена; T1 – вимірювання до початку програми, T2 – після її завершення, T3 – через 3 місяці після завершення; M – середнє; SD – стандартне відхилення.

Зокрема, рівень сприйманого стресу (PSS-10) в експериментальній групі суттєво знизився після завершення програми: від 27.3±4.2 балів на початковому етапі (T1) до 18.1±3.8 (T2; $p < 0.001$), з невеликим зростанням до 19.2±4.1 через 3 місяці (T3), однак показники залишалися значно нижчими за вихідні. Ефект був дуже високим ($d = 1.85$). У контрольній групі суттєвих змін не виявлено.

Подібна тенденція спостерігалася і щодо стресу за шкалою DASS-21: в експериментальній групі показник зменшився з 18.5±5.2 (T1) до 11.2±4.3 (T2; $p < 0.001$), а через 3 місяці становив 12.8±4.7 (T3), що також свідчить про стійкість ефекту ($d = 1.52$). У контрольній групі зміни не були статистично значущими.

Також зафіксовано зниження тривожності (DASS-21) в експериментальній групі: від 12.4±4.1 (T1) до 7.8±3.2 (T2; $p < 0.001$) та 8.9±3.5 (T3). Розмір ефекту був великим ($d = 1.33$). У контрольній групі динаміка виявилася мінімальною і статистично незначущою.

Доведено, що інтеграція структурованого навчання живописним технікам з елементами глибинної психотерапії забезпечує виражену емоційну стабілізацію ($d=1.85$), суттєве зниження рівня тривожності та сприяє відновленню внутрішніх ресурсів особистості в умовах хронічного стресу.

Додаткові результати:

- 87% учасників експериментальної групи повідомили про покращення якості сну;
- 74% відзначили підвищення рівня енергії;
- 92% виявили бажання продовжувати художню діяльність після завершення програми.

Порівняння з іншими методами

Порівняно з результатами класичної арт-терапії (Slayton et al., 2010: $d=0.8-1.2$) та когнітивно-поведінкової терапії стресу (Hofmann et al., 2012: $d=1.1-1.4$), ОТМ-терапія демонструє вищі показники ефективності ($d=1.85$).

Отже, результати дослідження підтверджують високу ефективність методу через статистично значуще зниження рівня стресу та тривожності з великим розміром ефекту, що перевищує показники більшості існуючих арт-терапевтичних підходів.

В **ИСНОВКИ**

Проведене дослідження дозволяє зробити наступні науково обґрунтовані висновки:

Арт-терапія в Україні активно адаптується до потреб воєнного часу, розвиваються спеціалізовані методи для роботи з ПТСР, зростає професійна спільнота та освітні програми, посилюється наукове обґрунтування практик та набуває статусу важливого інструменту національної реабілітації.

ОТМ-терапія як інноваційний метод представляє собою науково обґрунтований підхід подолання стресу, що синтезує нейропсихологічні механізми впливу образотворчого мистецтва зі структурованим п'ятиетапним психотерапевтичним підходом, який демонструє високу адаптивність до різних форм стресових розладів.

Структурна модель ОТМ-терапії репрезентує інтегративний підхід, що поєднує елементи навчання та цілеспрямованої образотворчої діяльності в рамках чітко структурованої моделі, яка функціонує на трьох рівнях психотерапевтичного впливу.

Емпірична ефективність методу підтверджується результатами проведеного дослідження ($n=62$), які демонструють статистично значуще зниження рівня сприйманого стресу з великим розміром ефекту ($d=1.85$).

Нейропсихологічні механізми ОТМ-терапії запускають природні механізми зниження стресу шляхом активації системи винагороди, зменшення надмірної мозкової активності та покращення міжпівкульної взаємодії.

Практичне застосування у контексті психологічної реабілітації постраждалого від війни населення України дозволяє інтегрувати ОТМ-терапію

в систему державної психологічної допомоги як ефективний метод групової та індивідуальної психотерапії.

Перспективи розвитку ОТМ-терапії пов'язані з подальшими дослідженнями нейропсихологічних механізмів впливу, стандартизацією процедур та розробкою програм професійної підготовки фахівців. Інтеграція сучасних технологій може значно розширити можливості методу та підвищити його доступність для широких верств населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вознесенська, О. Л. (2014). Арт-терапія в Україні: стан та перспективи розвитку. *Львівсько-Ряшівські наукові зошити: Культура–Мистецтво–Освіта–Терапія в міждисциплінарній перспективі*, (2), 93-103. https://mediaosvita.org.ua/wp-content/uploads/2016/11/Арт-терапія-в-Україні_-стан-та-перспективи-розвитку-Вознесенська-2015.pdf
2. Добродари (2024). *Арт-терапія за допомогою Land Art: Віднайдення Гармонії через Природу*. <https://dobrodary.org/art-terapiia-za-dopomohou-land-art-vidnaydennia-harmonii-cherez-pryrodu/>
3. Катеренчук, І. П., Гуцалепко, О. О., Рустамян, С. Т., & Кострікова, Ю. А. (2023). Арт-терапія: перспективи застосування в лікуванні, профілактиці та реабілітації захворювань внутрішніх органів (огляд літератури). *Практикуючий лікар*, 12(4), 36–43. <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/download/774/634/>
4. Панасенко, Н. М. (2022). Арт-терапевтичні методи стабілізації психоемоційного стану. В *Функціонування творчого мислення в умовах інформаційної невизначеності: матеріали XXII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (с. 169–174). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/730807>
5. Панасенко, Н. М. (2023). Від травми до творчості: арт-терапія у подоланні ПТСР та відновленні психічного здоров'я. В *Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості: матеріали IV науково-методичного семінару* (с. 69–71). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/737657/>
6. Abbing, A., Baars, E. W., Van Haften, M., De Sonnevill, L., Ponstein, A. S., & Swaab, H. (2024). Effectiveness of Trauma-Focused Art Therapy (TFAT) for psychological trauma: A mixed method single case study. *The Arts in Psychotherapy*, 90, 102174. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102174>
7. Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., de Sonnevill, L., Swaab, H., & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PLoS One*, 13(12), Article e0208716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208716>
8. AATA (2017). American Art Therapy Association Standards.
9. Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158–166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
10. BAAT (2019). British Association of Art Therapists.
11. Chatterjee, A. (2013). *The aesthetic brain: How we evolved to desire beauty and enjoy art*. Oxford University Press.
12. Chatterjee, A., & Vartanian, O. (2014). Neuroaesthetics. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 370–375. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.03.003>
13. Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row.
14. Edwards, D. (2014). *Art therapy* (2nd ed.) SAGE Publications, Ltd. <https://doi.org/>

org/10.4135/9781526401533

15. Ellamil, M., Dobson, C., Beeman, M., & Christoff, K. (2012). Evaluative and generative modes of thought during the creative process. *NeuroImage*, 59(2), 1783–1794. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.08.008>
16. Gussak, D. (2009). The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base. *The Arts in Psychotherapy*, 36(1), 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.10.002>
17. Ishizu, T., & Zeki, S. (2011). Toward a brain-based theory of beauty. *PLoS ONE*, 6(7), Article e21852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021852>
18. Jung, C. G. (1966). *Collected works of C. G. Jung, Volume 15: Spirit in man, art, and literature* (G. Adler & R. F. C. Hull, Eds.). Princeton University Press.
19. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
20. Kaimal, G., Ray, K., & Muniz, J. (2016). Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Therapy*, 33(2), 74–80. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1166832>
21. King, R., Neilsen, P., & White, E. (2019). Creative arts in counseling and mental health. *International Journal of Art Therapy*, 24(2), 87–95.
22. Malchiodi, C. A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process*. Guilford Publications.
23. Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, G. C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 363–373. <https://doi.org/10.1002/pon.988>
24. McNiff, S. (2004). *Art as medicine*.
25. Paivio, A. (1986). *Mental representations: A dual coding approach*. Oxford University Press.
26. Rogers, N. (1993). *The creative connection: Expressive Arts as Healing*. Science & Behavior Books.
27. Slayton, S. C., D'Archer, J., & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: A review of findings. *Art Therapy*, 27(3), 108–118. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129660>
28. Stuckey, H. L., & Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *American Journal of Public Health*, 100(2), 254–263. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156497>
29. Schaverien, J. (1991). *The Revealing Image: Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice*. Tavistock Books.
30. Theorell, T., Konarski, K., Westerlund, H., Burell, A. M., Engström, R., Lagercrantz, A. M., Wallén, M. B., Schenck-Gustafsson, K., & Ullén, F. (2009). Treatment of patients with chronic somatic symptoms using a short-term group treatment program: A randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 23(5), 427–438.
31. Ulrich, M., Keller, J., Hoenig, K., Waller, C., & Grön, G. (2014). Neural correlates of experimentally induced flow experiences. *NeuroImage*, 86, 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.08.019>
32. Vartanian, O., & Skov, M. (2014). Neural correlates of viewing paintings: Evidence from a quantitative meta-analysis of functional magnetic resonance imaging data. *Brain and Cognition*, 87, 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2014.03.004>
33. Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock Publications.
34. Zagon, L. (n. d.). *Art4Healing® method*. Art & Creativity for Healing. <https://art4healing.org/>
35. Zaidel, D. W. (2010). Art and brain: Insights from neuropsychology, biology and evolution. *Journal of Anatomy*, 216(2), 177–183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7580.2009.01099.x>
36. Zeki, S. (2001). Artistic creativity and the brain. *Science*, 293(5527), 51–52. <https://doi.org/10.1126/science.1187031>

37. Zeki, S. (2004). The neurology of ambiguity. *Consciousness and Cognition*, 13(1), 173–196. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2003.10.003>

REFERENCES

1. Voznesenska O. L. (2014). Art-terapiia v Ukraini: stan ta perspektyvy rozvytku [Art therapy in Ukraine: status and development prospects]. *Lvivsko-Riashivski naukovi zoshyty: Kultura–Mystetstvo–Osvita–Terapiia v mizhdystsyplinarnii perspektyvi*, (2), 93-103. https://mediaosvita.org.ua/wp-content/uploads/2016/11/Арт-терапія-в-Україні_-стан-та-перспективи-розвитку-Вознесенська-2015.pdf [In Ukrainian].
2. Dobrodary (2024). *Art-terapiia za dopomohoiu Land Art: Vidnaidennia Harmonii cherez Pryrodu* [Art therapy with land art: Finding harmony through nature]. <https://dobrodary.org/art-terapiia-za-dopomohoiu-land-art-vidnaidennia-harmonii-cherez-pryrodu/> [In Ukrainian].
3. Katerenchuk, I. P., Hutsalepko, O. O., Rustamian, S. T., & Kostrikova, Yu. A. (2023). Art-terapiia: perspektyvy zastosuvannia v likuvanni, profilaktytsi ta reabilitatsii zakhvoriuvan vnutrishnikh orhaniv (ohliad literatury) [Art therapy: prospects for application in the treatment, prevention and rehabilitation of diseases of internal organs (literature review)]. *Praktykuiuchy likar*, 12(4), 36–43. <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/download/774/634/> [In Ukrainian].
4. Panasenko, N. M. (2022). Art-terapevtychni metody stabilizatsii psykhoemotsiynoho stanu [Art therapy methods for stabilizing psycho-emotional state]. In *Funktsionuvannia tvorchoho myslennia v umovakh informatsiinoi nevyznachenosti: Materialy XXII Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii* (pp. 169–174). Instytut psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/730807> [In Ukrainian].
5. Panasenko, N. M. (2023). Vid travmy do tvorchosti: Art-terapiia u podolanni PTSD ta vidnovlenni psykichnoho zdorovia [From trauma to creativity: art therapy in overcoming PTSD and restoring mental health]. In *Osobystisni ta psykhofiziologichni resursy zhyttietykosti: Materialy IV naukovo-metodychnoho seminaru* (pp. 69–71). Instytut psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy. <https://lib.iitta.gov.ua/737657/> [In Ukrainian].
6. Abbing, A., Baars, E. W., Van Haften, M., De Sonnevill, L., Ponstein, A. S., & Swaab, H. (2024). Effectiveness of Trauma-Focused Art Therapy (TFAT) for psychological trauma: A mixed method single case study. *The Arts in Psychotherapy*, 90, 102174. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102174>
7. Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., de Sonnevill, L., Swaab, H., & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PLoS One*, 13(12), Article e0208716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208716>
8. AATA (2017). American Art Therapy Association Standards.
9. Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158–166. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.13.2.158>
10. BAAT (2019). British Association of Art Therapists.
11. Chatterjee, A. (2013). *The aesthetic brain: How we evolved to desire beauty and enjoy art*. Oxford University Press.
12. Chatterjee, A., & Vartanian, O. (2014). Neuroaesthetics. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 370–375. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.03.003>
13. Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row.
14. Edwards, D. (2014). *Art therapy* (2nd ed.) SAGE Publications, Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526401533>

15. Ellamil, M., Dobson, C., Beeman, M., & Christoff, K. (2012). Evaluative and generative modes of thought during the creative process. *NeuroImage*, 59(2), 1783–1794. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.08.008>
16. Gussak, D. (2009). The effects of art therapy on male and female inmates: Advancing the research base. *The Arts in Psychotherapy*, 36(1), 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.10.002>
17. Ishizu, T., & Zeki, S. (2011). Toward a brain-based theory of beauty. *PLoS ONE*, 6(7), Article e21852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021852>
18. Jung, C. G. (1966). *Collected works of C. G. Jung, Volume 15: Spirit in man, art, and literature* (G. Adler & R. F. C. Hull, Eds.). Princeton University Press.
19. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
20. Kaimal, G., Ray, K., & Muniz, J. (2016). Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Therapy*, 33(2), 74–80. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1166832>
21. King, R., Neilsen, P., & White, E. (2019). Creative arts in counseling and mental health. *International Journal of Art Therapy*, 24(2), 87-95.
22. Malchiodi, C. A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process*. Guilford Publications.
23. Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, G. C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 363–373. <https://doi.org/10.1002/pon.988>
24. McNiff, S. (2004). *Art as medicine*.
25. Paivio, A. (1986). *Mental representations: A dual coding approach*. Oxford University Press.
26. Rogers, N. (1993). *The creative connection: Expressive Arts as Healing*. Science & Behavior Books.
27. Slayton, S. C., D'Archer, J., & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: A review of findings. *Art Therapy*, 27(3), 108-118. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129660>
28. Stuckey, H. L., & Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *American Journal of Public Health*, 100(2), 254–263. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156497>
29. Schaverien, J. (1991). *The Revealing Image: Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice*. Tavistock Books.
30. Theorell, T., Konarski, K., Westerlund, H., Burell, A. M., Engström, R., Lagercrantz, A. M., Wallén, M. B., Schenck-Gustafsson, K., & Ullén, F. (2009). Treatment of patients with chronic somatic symptoms using a short-term group treatment program: A randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 23(5), 427–438.
31. Ulrich, M., Keller, J., Hoenig, K., Waller, C., & Grön, G. (2014). Neural correlates of experimentally induced flow experiences. *NeuroImage*, 86, 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.08.019>
32. Vartanian, O., & Skov, M. (2014). Neural correlates of viewing paintings: Evidence from a quantitative meta-analysis of functional magnetic resonance imaging data. *Brain and Cognition*, 87, 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2014.03.004>
33. Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock Publications.
34. Zagon, L. (n. d.). *Art4Healing® method*. Art & Creativity for Healing. <https://art4healing.org/>
35. Zaidel, D. W. (2010). Art and brain: Insights from neuropsychology, biology and evolution. *Journal of Anatomy*, 216(2), 177–183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7580.2009.01099.x>
36. Zeki, S. (2001). Artistic creativity and the brain. *Science*, 293(5527), 51–52. <https://doi.org/10.1126/science.1062331>

37. Zeki, S. (2004). The neurology of ambiguity. *Consciousness and Cognition*, 13(1), 173–196. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2003.10.003>

Відомості про автора

Наталія ПАНАСЕНКО, кандидат психологічних наук, доцент, провідний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Nataliia Panasenko, PhD in Psychology, Associate Professor, Leading Research Fellow of the Laboratory of Age Psychophysiology, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6626-6950>

E-mail: nn.panasenko@gmail.com

ДЕСТРУКТИВНИЙ ПЕРФЕКЦІОНІЗМ ЯК ТРАНСДІАГНОСТИЧНИЙ ПРОЦЕС

Анотація

Деструктивний перфекціонізм може мати шкідливий і вагомий вплив як на окремих осіб, так і на суспільство загалом, спричиняючи негативні наслідки для широкого спектра ментального та фізичного здоров'я. Перфекціонізм не лише підвищує вразливість до психічних і фізичних розладів, але й ускладнює здатність справлятися з життєвими труднощами та хворобами.

В статті систематизовано та наведено огляд зарубіжних емпіричних досліджень, що відображає актуальний стан проблеми зв'язку деструктивного перфекціонізму з психопатологіями та різними факторами його виникнення та підтримки.

Робиться акцент на тому, що перфекціонізм – це трансдіагностичний процес, що охоплює різні психологічні та психічні прояви. Узагальнено дані про взаємозв'язок перфекціонізму з депресією, тривогою, obsesивно-компульсивним розладом, безсонням, порушеннями харчової поведінки та підвищеною суїцидальною готовністю.

Ключові слова: деструктивний перфекціонізм, емоційна дезадаптація, депресія, тривога, невроз.

Sahachko Nataliia
Zaviazkina Nataliia

DESTRUCTIVE PERFECTIONISM AS A TRANSDIAGNOSTIC PROCESS

Abstract

Destructive perfectionism can have a harmful and significant impact on both individuals and society as a whole, causing negative consequences for a wide range of mental and physical health. Perfectionism not only increases vulnerability to mental and physical disorders, but also complicates the ability to cope with life's difficulties and illnesses.

The article systematizes and provides a review of foreign empirical research, which reflects the current state of the problem of the connection

between destructive perfectionism and psychopathologies and various factors of its emergence and support.

Emphasis is placed on the fact that perfectionism is a transdiagnostic process that encompasses various psychological and psychiatric manifestations. The data on the relationship of perfectionism with depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, insomnia, eating disorders, and increased suicidality are summarized.

Key words: destructive perfectionism, emotional maladjustment, depression, anxiety, neurosis.

Вступ

На сьогодні певна сукупність результатів наукових досліджень свідчить про те, що перфекціонізм може функціонувати як фактор схильності для широкого спектру психопатологічних станів, включаючи емоційну дезадаптацію, розлади харчової поведінки, тривогу, депресію тощо (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Smith, Sherry, Ray, Hewitt, & Flett, 2021).

Першими теоретичними науковими спробами більш чіткого розуміння прагнення до досконалості, як невротичної потреби і нарцистичної риси особистості, були ідеї представників психоаналітичного напрямку З. Фрейда, А.Адлера, К. Хорні та інших щодо «Его-ідеалу», «прагнення до переваги», «гордині, невротичної вимоги до себе та оточуючих». Психоаналітичний напрям розглядав перфекціонізм як похідне невротизму, а відповідну поведінку - як форму надмірної компенсації (Patterson et al., 2021).

Власне, сам термін «перфекціонізм» був введений клінічним психологом Hollender (1965), який одним із перших використав його для позначення особистісної риси, що проявляється у прагненні висувати до себе значно вищі вимоги щодо якості виконання завдань, ніж це об'єктивно необхідно за обставин та діяльності, які того потребують (Hollender, 1965).

Представники когнітивної психології уточнили розуміння перфекціонізму, акцентуючи увагу на його когнітивному аспекті. Так, Burns (1980) трактував перфекціонізм як «мережу когнітивних процесів» (як конструктивних, так і деструктивних), яка включає очікування, інтерпретацію подій, а також оцінку себе та інших з позицій нереалістично високих стандартів і недосяжних цілей. При цьому власна цінність сприймається переважно через призму досягнень і продуктивності за принципом «усе або нічого», де можливі лише два результати: або повна відповідність завищеним вимогам, або повна невдача (Burns, 1980).

В свою чергу, Namachek зазначив, що існують два типи поведінки осіб з перфекціонізмом - нормальний або «здоровий» (при якому особи із задоволенням реалізують свої перфекціоністські прагнення) та патологічний або «невротичний» (негативна форма, при якій спостерігаються страждання від перфекціоністських проблем) (Namachek, 1978).

Згодом уявлення про структуру перфекціонізму були розширені, що сприяло зростанню наукового інтересу та активному розвитку досліджень у цій сфері.

Hewitt і Flett запропонували одну з найвпливовіших і найдетальніше досліджених моделей — багатовимірну теорію перфекціонізму. Згідно з цією моделлю, перфекціонізм складається з трьох взаємопов'язаних компонентів: Я-перфекціонізму (self-oriented perfectionism) - схильність людини встановлювати високі стандарти для себе та прагнути до їх досягнення; перфекціонізм, направлений на інших (other-oriented perfectionism) - тенденція висувати надмірні, часто нереалістичні вимоги до інших людей; соціально обумовлений перфекціонізм (socially prescribed perfectionism) - переконання, що інші люди очікують від особи досягнення недосяжних стандартів (Hewitt & Flett, 1991).

Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate виділили шість основних компонентів структури перфекціонізму: 1) особисті стандарти - встановлення для себе надмірно високих вимог і надання великої ваги відповідності цим стандартам; 2) занепокоєння через помилки - негативні емоційні реакції на власні помилки, схильність трактувати їх як провал, що неминуче призведе до втрати поваги з боку інших; 3) невпевненість у власних діях - сумніви щодо якості виконаної роботи, нав'язливі переживання про те, що досягнуте не відповідає очікуванням; 4) батьківські очікування - сприйняття батьків як осіб, що висувають надмірно високі вимоги; 5) батьківська критика - відчуття, що батьки надмірно критикують, що формує вразливість до оцінювання; 6) орієнтація на організованість - прагнення до порядку, точності й чіткої організації, надання великого значення цим аспектам у повсякденній діяльності (Frost et al., 1990).

Перфекціонізм часто класифікується як адаптивний або дезадаптивний. Якщо він адаптивний, то він слугує мотивацією для встановлення та досягнення цілей, що, у свою чергу, приносить різносторонні позитивні емоції та ознаки успіху (Akay & Bratton, 2017; Hewitt & Flett, 1991; Lo & Abbott, 2019; Rice, Richardson, & Tueller, 2014). Однак, якщо перфекціонізм є дезадаптивним, то він є основним і вторинним чинником, що сприяє широкому спектру психопатологій, фізичних хвороб та соціальних і професійних труднощів (Curran & Hill, 2019; Callaghan, Greene, Shafran, Lunn, & Egan, 2023; Limburg, Watson, Hagger, & Egan, 2017). Він також пов'язаний з численними фізичними захворюваннями через механізм стресу, такими як виразки, мігрені, хронічна втома та гіпертонія (Molnar, Sirois, Flett, Janssen, & Hewitt, 2018).

Сучасний науковий консенсус, заснований на даних серії факторних аналізів різних показників перфекціонізму, підтверджує, що перфекціонізм доцільно розглядати через призму двох факторів вищого порядку: перфекціонізм особистих стандартів (який називають перфекціоністськими прагненнями) та перфекціоністські проблеми (перфекціоністські занепокоєння) (Stoeber, 2017).

Перфекціонізм особистих стандартів, або перфекціоністські прагнення, передбачають Я-перфекціонізм (самоорієнтований перфекціонізм), який відображає встановлення високих очікувань та невпинне прагнення відповідати цим очікуванням (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; Stoeber & Otto, 2006).

Перфекціоністські занепокоєння тягнуть за собою соціально заданий перфекціонізм, занепокоєння щодо помилок та сумніви щодо власних дій, що ві-

дображає відчуття неадекватності, суперечливості та недостатності у виконанні високих самооцікувань (Stoeber & Otto, 2006; Rice et al., 2014).

Метою дослідження є систематизація зарубіжних емпіричних даних щодо зв'язку перфекціонізму з психопатологічними проявами.

Методами дослідження є теоретичний аналіз літературних джерел.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження перфекціонізму як складного феномену вказують на його зв'язок з проявами негативного емоційного спектру (депресивно-тривожними проявами, відчуттями провини, розчарування, сорому), а також порушеною адаптацією, утрудненнями у спілкуванні та прокрастинацією.

Дослідження показали не тільки причинно-наслідковий зв'язок між депресією та перфекціонізмом, а й те, що цей складний психологічний феномен пов'язаний також з негативними думками, стресом, тривогою та obsесивно-компульсивним розладом (далі – ОКР) (Callaghan et al., 2023; Limburg et al., 2017), що дає можливість розглядати його як трансдіагностичний процес.

Огляд Callaghan et al. (2023) підтверджує, що проблеми, пов'язані з перфекціонізмом, є актуальними для широкого спектру психопатології (за результатами досліджень вказаний фактор мав середню позитивну кореляцію із симптомами депресії, підтипами тривожності та ОКР). Загалом до огляду було включено 416 досліджень зі 113 118 учасниками віком від 17 до 90 років ($M = 23,83$). Перфекціоністські занепокоєння мали значну середню кореляцію з тривогою, ОКР та депресивними симптомами (сукупний коефіцієнт кореляції (далі - r) = від 0,38 до 0,43). Перфекціоністські прагнення мали кореляцію з ОКР, депресією та всіма наслідками тривожності (сукупний r = від 0,10 до 0,21) крім соціальної тривожності, де зв'язку не було. Результати також показали, що перфекціоністські занепокоєння мали сильніший зв'язок з психологічним дистресом, ніж перфекціоністські прагнення, але і прагнення також суттєво були пов'язані з дистресом. Цей висновок може мати значення для практичної роботи клінічних психологів, які повинні усвідомлювати та оцінювати перфекціоністські проблеми в клінічній практиці, враховуючи, що це складний процес, який може бути спрямований на різні розлади. Дослідження підкреслюють важливість того, щоб клініцисти звертали увагу на перфекціонізм, коли він є основною проблемою або підтримуючим процесом іншого психологічного розладу та перешкоджає його лікуванню (Callaghan et al., 2023).

Lunn, Greene, Callaghan, & Egan (2023) в своїх дослідженнях продемонстрували в метааналізі за участю молоді (середній вік 17,7 років), що перфекціоністські занепокоєння мали значну помірну кореляцію із симптомами депресії ($r = 0,40$) та тривоги ($r = 0,37-0,41$) й ОКР ($r = 0,42$). В свою чергу, перфекціоністські прагнення продемонстрували незначну кореляцію із симптомами тривоги ($r = 0,05$) та ОКР ($r = 0,19$).

Результати цього аналізу підкреслюють суттєвий зв'язок між перфекціоністськими занепокоєннями та психопатологією у молодих людей та вказують на важливість подальших досліджень раннього втручання для

покращення ментального здоров'я молоді (Lunn et al., 2023).

Деякі інші лонгітюдні дослідження також свідчать про двонаправленні зв'язки: перфекціоністські думки/риси прогнозують подальше зростання депресивних симптомів і підвищену стрес-реактивність. Натомість початкові депресивні симптоми прогнозують посилення перфекціоністських проявів у деяких вибірках. Так, дослідження Suh, Liou, Jeong, & Kim (2024) показало, що перфекціонізм асоціюється з пролонгованою стрес-реактивністю, що опосередковує зв'язок з підвищеною депресивною симптоматикою.

Основною метою дослідження Smith et al. (2021) була перевірка взаємних зв'язків між депресивними симптомами та двома факторами перфекціонізму: перфекціоністськими занепокоєннями та перфекціоністськими прагненнями. Вони зазначили, що перфекціоністські прагнення можна відрізнити від перфекціоністських проблем тим, що вони більше відповідають класичним моделям вразливості особистості (Smith et al., 2021). Лонгітюдні дослідження (N = 20 583), до яких входили молодь і дорослі, які зверталися за відповідним лікуванням, та пацієнти з проблемами психічного здоров'я підтвердили, що зв'язок між перфекціоністськими занепокоєннями та депресивними симптомами був взаємним, причому перфекціоністські занепокоєння передбачали посилення депресивних симптомів і навпаки. В той же час, зв'язок між перфекціоністськими прагненнями та депресивними симптомами був односпрямованим, причому перфекціоністські прагнення надавали вразливості до депресивних симптомів, але не навпаки.

Хоча конструкт «перфекціонізм» вже давно пов'язують з ОКР, ще й досі бракує даних, як ОКР може розрізнити осіб з підвищеним перфекціонізмом. У дослідженні Redden, Mueller, & Cougle (2022) було оцінено клінічні відмінності між тими, хто має ОКР та не має його, у вибірці осіб з підвищеним перфекціонізмом. Сімдесят чотири студенти з підвищеним перфекціонізмом пройшли діагностичне обстеження та кілька самостійно оцінених клінічних характеристик. Тридцять чотири учасники (45,95%) відповідали діагностичним критеріям DSM-IV для ОКР. За результатами цього дослідження було виявлено, що порівняно з тими, хто не мав ОКР, у осіб з ОКР спостерігався вищий рівень загального та специфічного перфекціонізму, а також вищий рівень соціальної тривожності. Діагноз ОКР був пов'язаний і з вищими показниками тривожного розладу.

Перфекціонізм вважається також фактором вразливості до розладів харчової поведінки (РХП). Результати дослідження Smith et al. (2017) підтверджують теорію про те, що перфекціоністські проблеми є частиною преморбідної особистості жінок, схильних до переїдання. Дослідники з'ясували, чи можна розглядати проблеми, пов'язані з перфекціонізмом, як передвісник переїдання (ефект вразливості з перфекціоністськими проблемами, що передбачає збільшення переїдання), наслідком переїдання (ефект ускладнення з переїданням, що передбачає збільшення перфекціоністських проблем), чи обома факторами (взаємні зв'язки з перфекціоністськими проблемами, що передбачає збільшення переїдання, і навпаки). Було виявлено, що перфекціоністські проблеми

передбачали збільшення переїдання (ефект вразливості), але переїдання не призводило до збільшення перфекціоністських проблем (ефект ускладнення) (Smith et al, 2017).

Також результати досліджень Vicent, Gonzalez, Quiles, & Sanchez-Meca (2023) свідчать про те, що проблеми перфекціонізму тісно пов'язані з симптоматикою переїдання. Це означає, що перфекціоністи більш схильні до розвитку симптомів переїдання, хоча перфекціоністські занепокоєння тягнуть за собою вищий ризик порівняно з перфекціоністськими прагненнями (так, перфекціоністські занепокоєння показали значний невеликий або помірний зв'язок з переїданням ($r = 0,27$), тоді як перфекціоністські прагнення показали незначний зв'язок з переїданням ($r = 0,07$)).

За результатами дослідження Stackpole, Greene, Bills, & Egan (2023) було доведено, що як перфекціоністські прагнення, так і перфекціоністські занепокоєння, мають значний зв'язок з РХП і додатково підтверджують аргумент про те, що обидва виміри перфекціонізму є важливими факторами у їх профілактиці та лікуванні.

В той же час у дослідженні Hu, Xie, Qian, Liu, & Wang (2023) розглянуто взаємозв'язок між перфекціонізмом та патологією харчування, а також проаналізовано такі складові, як невдоволення власним тілом та прояви алекситимії. Дослідження проводилось серед більш, ніж 2000 китайських студентів коледжів. Результати показали, що прояви перфекціонізму були суттєво пов'язані з патологією харчування. Невдоволення тілом та алекситимія повністю опосередковували взаємозв'язок між перфекціонізмом та патологією харчування. Отримані результати дослідження підкреслили необхідність зменшення ризику харчової патології шляхом покращення сприйняття власного тіла (зниження перфекціоністських прагнень/занепокоєнь) та підвищення усвідомлення та вираження емоцій.

За даними досліджень Robinson & Wade (2021) лікування РХП може отримати більше користі при урахуванні необхідності роботи з проявами перфекціонізму, ніж згодом лікування супутніх депресії та тривоги. Втручання стосовно зниження рівня перфекціонізму були ефективними при подоланні РХП зі значним розміром ефекту, а також у зменшенні депресії та тривожності з помірним розміром ефекту.

Різні аспекти проявів перфекціонізму пов'язують також з порушеннями сну. Отримані дані вказують на зв'язок між безсонням та багатовимірними підшкалами/вимірами перфекціонізму, зокрема такими, як: сумніви щодо дій, критика з боку батьків, занепокоєння щодо помилок, особисті стандарти та соціально заданий перфекціонізм (Oh et al., 2024; Akram, Ellis, & Barclay, 2015; Azevedo et al., 2010).

Особи з порушеннями сну, особливо з безсонням, часто повідомляють про прояви перфекціонізму поряд із симптомами тривоги. Однак, дослідження цих факторів разом були обмеженими. Akram, Ellis, Myachukov, Chapman, & Barclay (2017) проаналізували, чи повідомляють особи з безсонням про підвищений

перфекціонізм порівняно з особами з нормальним сном. Крім того, була досліджена і роль тривоги в цьому процесі. Учасниками дослідження були 39 осіб з розладом безсоння, визначеним за DSM-V, та 39 осіб з нормальним сном, які відповіли на питання опитувальника багатовимірного перфекціонізму (MPS) та госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Результати показали, що порівняно з особами з нормальним сном, особи з безсонням демонстрували підвищені перфекціоністські риси: занепокоєння щодо помилок, сумніви щодо дій та критика з боку батьків. Крім того, ці відмінності були частково опосередковані симптомами тривоги. Результати цього дослідження підкреслюють важливість лікування симптомів тривоги з перспективою полегшення негативних думок щодо власних помилок, сумнівів щодо дій та сприйняття батьківської критики, що може сприяти безсонню.

Огляд Stricker, Kröger, Kuskens, Gieselmann, & Pietrowsky (2022) з'ясував взаємозв'язок між перфекціонізмом та порушеннями сну, розрізняючи перфекціоністські проблеми (що визначаються занепокоєнням щодо недосконалостей) та перфекціоністські прагнення (що визначаються надмірно високими особистими стандартами). Перфекціоністські проблеми були тісно пов'язані з порушеннями сну. Перфекціоністські прагнення демонстрували порівняно невеликі зв'язки з порушеннями сну. Перехресні дослідження показали, що психологічний дистрес та дисфункціональні когнітивні процеси також можуть лежати в основі зв'язку між перфекціоністськими проблемами та порушеннями сну. Ці результати також підкреслюють, що врахування перфекціоністських проблем у поясненні, прогнозуванні та лікуванні порушень сну може бути важливим та перспективним.

Попередні дослідження акцентують увагу на тому, що деякі виміри перфекціонізму пов'язані зі зниженням якості сну. Однак точні процеси, за допомогою яких перфекціонізм може впливати на сон, досі залишаються недостатньо вивченими. У дослідженні Schmidt, Courvoisier, Cullati, Kraehenmann, & Van der Linden (2018) перевірено гіпотезу про те, що особи з перфекціонізмом особливо схильні до контрфактичного мислення та переживання негативних емоцій (жалю, сорому та провини) перед сном, що значним чином його погіршує. Аналіз (вбірка = 180 осіб) показав, що прояви перфекціонізму були суттєво пов'язані з тяжкістю безсоння: занепокоєння щодо помилок та сумніви щодо дій показали позитивну кореляцію, тоді як організованість показала негативну кореляцію. Більше того, частота контрфактичних думок та емоцій перед сном значною мірою опосередковувала вплив цих вимірів перфекціонізму на тяжкість безсоння. Ці результати підкреслюють, як особистісні моделі поведінки можуть трансформуватися в афективне збудження перед сном, тим самим збільшуючи ризик безсоння.

Крім того, останні наукові дослідження свідчать, що одним із чинників, які зумовлюють схильність особистості до суїцидальної поведінки, є деструктивний перфекціонізм.

Так, за даними незалежного видання The Independent (Petter, 2017), в яких

наведено дослідження, проведені науковцями Університету Західного Онтаріо (Канада), вказано, що серед опитаних, які втратили близьку людину через самогубство, понад 56% зазначили, що померлі намагалися досягати ідеалу під тиском оточення.

Shahnaz, Saffer, & Klonsky (2018) було проведено велику онлайн-вибірку в США для вивчення відмінностей за двома показниками самозвітності про перфекціонізм серед учасників з 1) історією спроб самогубства (ті, хто намагався зробити це, $n = 107$); 2) історією суїцидальних ідей, але без історії спроб самогубства (ті, хто мав ідеалізацію, $n = 164$), та 3) без історії ні суїцидальних ідей, ні спроб самогубства (ті, хто не мав ідеалізаційних схильностей; $n = 194$). Різниця середнього розміру ефекту була отримана за двома вимірами перфекціонізму: соціально обумовлений перфекціонізм ($d = 0,47$) та відсутність прояву недосконалості ($d = 0,53$) були вищими у тих, хто мав ідеалізацію, порівняно з несуйцидальними учасниками. Ці відмінності залишалися статистично значущими при контролі симптомів депресії та тривоги. Натомість, при порівнянні тих, хто мав ідею, та тих, хто намагався вчинити самогубство, були отримані незначні відмінності за всіма вимірами перфекціонізму (діапазон $d = 0,00-0,26$). Зазначені результати свідчать про те, що перфекціонізм, ймовірно, пов'язаний з розвитком суїцидальних думок, але не з прогресуванням від суїцидальних думок до спроб самогубства (Shahnaz et al., 2018).

Результати метааналізу Smith et al. (2018), до якого увійшли 45 досліджень ($N = 11\ 747$) (в них взяли участь студенти різних напрямів навчання, студенти-медики, дорослі особи та пацієнти психіатричних лікарень), підтверджують теоретичні положення, які припускають, що перфекціонізм, орієнтований на себе, та соціально обумовлений перфекціонізм є частиною преморбідної особистості осіб, схильних до суїцидальних думок та спроб. Зв'язок перфекціоністських прагнень із суїцидальними думками також ставить під сумнів уявлення про те, що такі прагнення є здоровими й адаптивними.

За даними наукової розвідки Liu et al. (2023) негативний (деструктивний) перфекціонізм є фактором ризику суїцидальних думок, тоді як позитивний (здоровий) перфекціонізм має протилежний ефект. Крім того, нав'язливі думки та депресія послідовно опосередковували зв'язок між позитивним/негативним перфекціонізмом та суїцидальними думками. Ці висновки були сформовані за результатами дослідження, в якому взяли участь 674 китайських студенти коледжів (63,6% жінок, середній вік = 19,96, стандартне відхилення = 1,31) зі сприйнятою академічною неуспішністю протягом останніх шести місяців, які двічі з інтервалом у шість місяців заповнили самозвітні критерії, що оцінювали перфекціонізм, румінацію, депресію та суїцидальні думки.

Висновки

До одних із основних напрямів дослідження перфекціонізму належить аналіз зв'язку перфекціонізму з проявами емоційної дезадаптації та психопатологіями. Хоча в помірних проявах перфекціонізм може бути

конструктивним, деструктивний перфекціонізм асоціюється з низкою негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я.

Аналіз актуальних зарубіжних досліджень проблеми перфекціонізму дозволив висунути припущення, що деструктивний перфекціонізм виступає як несприятливий фактор психологічного ризику. Деструктивний перфекціонізм може бути значущим чинником емоційної дезадаптації особистості, що супроводжується високим рівнем невротизації, вираженою емоційною збудливістю, яка продукує різні негативні переживання (стрес, тривожність, напруженість, занепокоєння, розгубленість, дратівливість), що можуть сприяти розвитку психічних захворювань.

Цей огляд підкреслив трансдіагностичну природу деструктивного перфекціонізму, зазначаючи його зв'язки з різними психологічними та психічними проявами, та вказав на важливість відповідних напрямків для подальших теоретичних та емпіричних досліджень.

REFERENCES

1. Akay, S., & Bratton, S. (2017). The effects of Adlerian play therapy on maladaptive perfectionism and anxiety in children: A single case design. *International Journal of Play Therapy*, 26(2), 96–110. <https://doi.org/10.1037/pla0000043>
2. Akram, U., Ellis, J. G., & Barclay, N. L. (2015). Anxiety mediates the relationship between perfectionism and insomnia symptoms: a longitudinal study. *PloS ONE*, 10(10), Article e0138865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138865>
3. Akram, U., Ellis, J. G., Myachykov, A., Chapman, A. J., & Barclay, N. L. (2017). Anxiety mediates the relationship between multidimensional perfectionism and insomnia disorder. *Personality and Individual Differences*, 104, 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.042>
4. Azevedo, M. H., Bos, S. C., Soares, M. J., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., Gomes, A. A., & Macedo, A. (2010). Longitudinal study on perfectionism and sleep disturbance. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(2–2), 476–485. <https://doi.org/10.3109/15622970903304467>
5. Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(11), 34–51.
6. Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lunn, J., & Egan, S. J. (2023). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 121–132. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121>
7. Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410–429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
8. Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
9. Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119–126. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
10. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
11. Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27–33.
12. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization,

- assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
13. Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94–103. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(65\)80016-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(65)80016-5)
 14. Hu, P., Xie, T., Qian, W., Liu, X., & Wang, J. (2023). The relationship between perfectionism and eating pathology: The mediating roles of body dissatisfaction and alexithymia. *Current Psychology*, 42, 30939–30948. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04068-w>
 15. Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
 16. Liu, L., Wang, W., Lian, Y., Wu, X., Li, C., & Qiao, Z. (2023). Longitudinal impact of perfectionism on suicidal ideation among chinese college students with perceived academic failure: the roles of rumination and depression. *Archives of Suicide Research*, 28(3), 830–843. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2237088>
 17. Lo, A., & Abbott, M. J. (2019). Affective, cognitive, and behavioural responses to repeatedly demanding performance expectations across adaptive and maladaptive dimensions of perfectionism. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 51(4), 278–289. <https://doi.org/10.1037/cbs0000144>
 18. Lunn, J., Greene, D., Callaghan, T., & Egan, S. J. (2023). Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(5), 460–487. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736>
 19. Molnar, D. S., Sirois, F. M., Flett, G. L., Janssen, W. F., & Hewitt, P. L. (2018). Perfectionism and health: the roles of health behaviors and stress-related processes. in j. stoeber (ed.), *the psychology of perfectionism: theory, research, and applications* (pp. 200–221). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315536255-14>
 20. Oh, S. Y., Meaklim, H., Nicholas, C. L., Cunnington, D., Schenker, M., Patrick, C. J., Windred, D., & Phillips, L. J. (2024). Perfect enough to sleep? Perfectionism and actigraphy-determined markers of insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 22(5), 709–724. <https://doi.org/10.1080/15402002.2024.2355476>
 21. Patterson, H., Firebaugh, C. M., Zolnikov, T. Z., Wardlow, R., Morgan, S. M., & Gordon, B. (2021). A systematic review on the psychological effects of perfectionism and accompanying treatment. *Psychology*, 12(1), 1–24. <https://doi.org/10.4236/psych.2021.121001>
 22. Petter, O. (2017, July 31). *Perfectionism and suicide are linked, finds new study*. Independent. <https://www.independent.co.uk/life-style/perfectionism-suicide-link-study-bodykill-adolescents-western-ontariomental-health-a7868581.html>
 23. Redden, S. A., Mueller, N. E., & Cougle, J. R. (2022). The impact of obsessive-compulsive personality disorder in perfectionism. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(1), 18–24. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2069581>
 24. Rice, K. G., Richardson, C. M. E., & Tueller, S. (2014). The short form of the revised almost perfect scale. *Journal of Personality Assessment*, 96(3), 368–379. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.838172>
 25. Robinson, K., & Wade, T. D. (2021). Perfectionism interventions targeting disordered eating: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(4), 473–487. <https://doi.org/10.1002/eat.23483>
 26. Schmidt, R. E., Courvoisier, D. S., Cullati, S., Kraehenmann, R., & Linden, M. V. d. (2018). Too imperfect to fall asleep: perfectionism, pre-sleep counterfactual processing, and insomnia. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01288>
 27. Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L.

- (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of Personality*, 86(3), 522–542. <https://doi.org/10.1111/jopy.12333>
28. Smith, M. M., Sherry, S. B., Gautreau, C. M., Stewart, S. H., Saklofske, D. H., & Mushquash, A. R. (2017). Are perfectionistic concerns an antecedent of or a consequence of binge eating, or both? A short-term four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 26, 23–26. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.001>
29. Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 84, Article e101982. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101982>
30. Stackpole, R., Greene, D., Bills, E., & Egan, S. J. (2023). The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*, 50, Article e101769. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101769>
31. Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295–319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
32. Stoeber, J. (Ed.). (2017). *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315536255>
33. Stricker, J., Kröger, L., Kuskens, A., Gieselmann, A., & Pietrowsky, R. (2022). No perfect sleep! A systematic review of the link between multidimensional perfectionism and sleep disturbance. *Journal of Sleep Research*, 31(5), Article e13548. <https://doi.org/10.1111/jsr.13548>
34. Shahnaz, A., Saffer, B. Y., & Klonsky, E. D. (2018). The relationship of perfectionism to suicide ideation and attempts in a large online sample. *Personality and Individual Differences*, 130, 117–121. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.04.002>
35. Suh, H., Liou, P.-Y., Jeong, J., & Kim, S. Y. (2024). Perfectionism, prolonged stress reactivity, and depression: A two-wave cross-lagged analysis. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 42, 54–68. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00483-x>
36. Vicent, M., González, C., Quiles, M. J., & Sánchez-Meca, J. (2023). Perfectionism and binge eating association: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00817-9>

Відомості про авторів:

Наталія ЗАВЯЗКІНА, д. псих. н., професор, перша проректорка КІСПП, професор кафедри клінічної психології, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Nataliia Zaviazkina, Doctor of Psychology, Professor, First Vice-Rector of KIMPP, Professor of the Department of Clinical Psychology, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID ID: 0000-0001-5565-8959

E-mail: nmuz@ukr.net

Наталія САГАЧКО, здобувач ступеня Доктора філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Nataliia Sahachko, PhD candidate, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID ID: 0009-0001-1686-7106

E-mail: sagachko@ukr.net

Станіславська Тетяна
Мілютіна Катерина

УКРАЇНСЬКА АДАПТАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА МІЖПОКОЛІННОЇ ПЕРЕДАЧІ ІСТОРИЧНОЇ ТРАВМИ НІТТ-Q (HISTORICAL INTERGENERATIONAL TRAUMA TRANSMISSION QUESTIONNAIRE): ПСИХОМЕРТІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА ВАЛІДНІСТЬ

Анотація

Проаналізовано психометричні характеристики української версії Опитувальника міжпоколінної передачі історичної травми (НІТТ-Q) Békés & Starrs (2024). Досліджено валідність та надійність методики на двох вибірках ($n=299$ та $n=142$) з використанням стандартних процедур адаптації. Здійснено два незалежних переклади, зворотній переклад та експертну валідацію ($n=5$) відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації. Показано достатню внутрішню узгодженість більшості факторів ($\alpha > 0,70$): «Дисрегульована комунікація» ($\alpha = 0,857$), «Виховання під впливом травми» ($\alpha = 0,858$), «Дистрес, пов'язаний з травмою» ($\alpha = 0,903$), «Приналежність» ($\alpha = 0,818$). Виявлено ретестову надійність від 0,476 до 0,807. Створено валідний інструмент для діагностики трансгенераційних травматичних процесів в українській популяції, що є критично важливим в умовах тривалої війни для розуміння психологічних наслідків історичних травм.

Ключові слова: трансгенераційна травма, історична травма, НІТТ-Q, психометрія, валідність, надійність, адаптація опитувальника, Україна, війна

Stanislavska Tetiana
Miliutina Kateryna

UKRAINIAN ADAPTATION OF THE HISTORICAL INTERGENERATIONAL TRAUMA TRANSMISSION QUESTIONNAIR (HITT-Q): PSYCHOMETRIC PROPERTIES AND VALIDITY

Abstract

The psychometric properties of the Ukrainian version of the Historical Intergenerational Trauma Transmission Questionnaire (HITT-Q) by Békés &

Starrs (2024) were analyzed. The validity and reliability of the

instrument were investigated using two samples (n=299 and n=142) with standard adaptation procedures. Two independent translations, back-translation, and expert validation (n=5) were conducted in accordance with the ethical principles of the Helsinki Declaration. Sufficient internal consistency of most scales ($\alpha > 0.70$) was demonstrated: Dysregulated Communication ($\alpha = 0.857$), Trauma-influenced Parenting ($\alpha = 0.858$), Trauma-related Distress ($\alpha = 0.903$), Belonging ($\alpha = 0.818$). Test-retest reliability ranging from 0.476 to 0.807 was revealed. A valid instrument for diagnosing transgenerational traumatic processes in the Ukrainian population was created, which is critically important in the context of prolonged war for understanding the psychological consequences of historical traumas.

Keywords: transgenerational trauma, historical trauma, HITT-Q, psychometrics, validity, reliability, questionnaire adaptation, Ukraine, war.

Вступ
Трансгенераційна передача травми є складним психологічним феноменом, який привертає все більшу увагу дослідників і практиків по всьому світу (Kostova & Matanova, 2024; Békés & Starrs, 2024). Цей процес описує механізми, за допомогою яких травматичний досвід передається від однієї генерації до наступної, впливаючи на психологічне функціонування нащадків навіть у відсутності прямого контакту з травматичною подією.

У контексті української історії низка досліджень пов'язали моральні емоції сорому, провини, гніву та огиди з трансгенераційною передачею сімейної травми геноциду, а саме Голодомору (1932-1933) та жахіттям Голокосту, які відбулися на території Радянської України. Дані кількох досліджень вказують на підвищені рівні гніву у нащадків виживших після Голодомору (Bezo & Maggi, 2015) та Голокосту (Zasiekina et al., 2023). Крім того, вони показують схильність до ПТСР у прямих нащадків виживших після Голодомору (Bezo & Maggi, 2015) та Голокосту (Braga et al., 2012) перед обличчям постійного впливу травматичного стресу.

Зростаюче розуміння важливості трансгенераційних процесів актуалізувало потребу у валідних інструментах для їх оцінки та вимірювання. Незважаючи на зростаючу увагу до трансгенераційної травми, наразі не існує комплексної моделі та вимірювальної методики, яку можна було б застосовувати для різних популяцій (Békés & Starrs, 2024).

До недавнього часу наукове співтовариство мало у розпорядженні лише популяційно-специфічні інструменти, зокрема:

- Данієлі Інвентар Мультигенераційної Спадщини Травми (Danieli Inventory of Multigenerational Legacies of Trauma Scale) – для нащадків виживших після Голокосту (Danieli et al., 2015);
- Шкала Історичних Втрат та Шкала Симптомів, Асоційованих з Історичними Втратами (Historical Loss Scale and Historical Loss Associated Symptoms Scale) – для корінних американців (Whitbeck et al., 2004);
- Афро-Американський Опитувальник Історичної Травми (African American

Historical Trauma Questionnaire) – для афро-американців (Williams-Washington & Mills, 2018).

Існуючі методики обумовлені складністю концепції та обґрунтованим прагненням до культурної відповідності. Однак існує потреба, особливо для клініцистів і дослідників, які працюють з різними популяціями, у більш загальній методиці оцінки історичної травми, яку можна використовувати для різних культурних груп (Békés & Starrs, 2024).

НІТТ-Q є першою методикою, розробленою для застосування на різних популяціях. Вона оцінює як вразливість, так і резиліентність на рівні сім'ї та нащадків. Крім того, НІТТ-Q має хороші психометричні якості, включаючи внутрішню, конкурентну та прогностичну валідність (Békés & Starrs, 2024).

НІТТ-Q базується на міжпопуляційній моделі (НІТТ model), яка включає п'ять вимірів вищого порядку: вразливість сім'ї, вразливість нащадків, резиліентність сім'ї, резиліентність нащадків та історичну моральну травму. Конфірматорний факторний аналіз підтвердив 12-факторну структуру з наступними факторами під теоретичними вимірами: I. Вразливість сім'ї: (1) Дисрегульована та пов'язана з травмою комунікація; (2) Виховання під впливом травми; (3) Страх; (4) Дистрес; II. (5) Резиліентність сім'ї; III. Вразливість нащадків: (6) Втеча; (7) Підвищена відповідальність; (8) Дистрес, пов'язаний з травмою; IV. Резиліентність нащадків: (9) Адаптація; (10) Приналежність; (11) Цінності; V. (12) Історична моральна травма.

Враховуючи складну травматичну історію України та поточну ситуацію, адаптація НІТТ-Q для української популяції є нагальною потребою для розуміння механізмів трансгенераційної передачі травм та розробки ефективних психологічних інтервенцій.

Мета дослідження - адаптація та валідація українською мовою Опитувальника міжпоколінної передачі історичної травми (НІТТ-Q) Békés і Starrs (2024).

Задачі дослідження:

1. Здійснити переклад та культурну адаптацію опитувальника НІТТ-Q для української популяції.
2. Дослідити психометричні характеристики адаптованої версії: внутрішню узгодженість (α Кронбаха) та ретестову надійність (коефіцієнт кореляції Спірмена).
3. Проаналізувати специфіку трансгенераційної передачі травми в українському контексті на основі отриманих даних.
4. Визначити можливості використання методики для дослідницьких та практичних цілей.

Методи та організація дослідження

Дослідження проводилося у два етапи, з використанням стандартних процедур психометричної адаптації. Аналізувалися показники внутрішньої узгодженості (α Кронбаха) та ретестової надійності (коефіцієнт кореляції Спірмена).

Адаптація здійснювалася згідно із сучасними вимогами до психометричної валідації методик. Були здійснені два незалежних переклади дипломованими фахівцями двох комерційних бюро перекладів і синтез версій, далі – зворотній переклад третім бюро перекладів і експертна валідація дипломованими психологами (n=5). Україномовна версія була адаптована з урахуванням культурних особливостей та історичного контексту України. Зокрема, перший розділ опитувальника «EVENTS» (Події) був модифікований для відображення українських історичних травматичних подій, таких як Голодомор 1932-1933 років, Друга світова війна, репресії радянського періоду, Чорнобильська катастрофа та сучасна російсько-українська війна. Крім того, було додано оціночне питання «Як це на вас вплинуло?» для дослідження суб'єктивного впливу цих історичних подій на респондентів та їхні сім'ї. Всі інші розділи та питання опитувальника залишилися без змін, зберігаючи оригінальну структуру та психометричні властивості методики.

Після чого Опитувальник пройшов польове тестування. Дослідження проводилося онлайн, через google-форму, у два етапи: перший включав 299 учасників, другий (через 3 тижні) — 142 учасники. Критеріями включення були: вік від 18 років, володіння українською мовою, добровільна згода на участь у дослідженні. Аналізувалася внутрішня узгодженість шкал за допомогою коефіцієнта Альфа Кронбаха та ретестова надійність за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена.

Дослідження проводилося відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації та вимог щодо захисту персональних даних. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні після ознайомлення з метою, процедурою та можливими ризиками дослідження. Збір даних здійснювався через анонімну Google-форму без збереження персональних ідентифікаторів. Вибірка формувалася методом «снігової кулі» через розповсюдження посилання на дослідження в соціальних мережах, професійних спільнотах психологів та освітніх закладах. Критеріями включення були: вік від 18 років, володіння українською мовою на достатньому для розуміння опитувальника рівні, добровільна згода на участь. Критеріями виключення були: неповнолітній вік, відсутність згоди на участь у дослідженні.

Результати дослідження та їх обговорення

Внутрішня узгодженість шкал

Аналіз внутрішньої узгодженості показав, що більшість шкал адаптованого опитувальника демонструють достатню надійність (Таб. 1).

Таблиця 1

Кореляційний аналіз зв'язку показників стресу, стійкості та проявами тривоги/депресії та ПТСР та компонентами внутрішніх ресурсів особистості у студентів з та без інвалідності

Шкала	Коефіцієнт Альфа Кронбаха	Кількість тверджень
<i>Дисрегульована та пов'язана з травмою комунікація</i>	0,857	4
<i>Виховання під впливом травми</i>	0,858	5
<i>Страх</i>	0,724	5
<i>Дистрес</i>	0,889	4
<i>Стійкість сім'ї</i>	0,689	4
<i>Втеча</i>	0,723	4
<i>Підвищена відповідальність</i>	0,640	3
<i>Дистрес, пов'язаний з травмою</i>	0,903	7
<i>Адаптація</i>	0,476	2
<i>Приналежність</i>	0,818	6
<i>Цінності</i>	0,752	3
<i>Історична моральна травма</i>	0,871	7

Достатній рівень надійності ($\alpha > 0,700$) отримано для дев'яти з дванадцяти шкал. Шкали «Дисрегульована та пов'язана з травмою комунікація», «Виховання під впливом травми», «Дистрес», «Приналежність» та «Історична моральна травма» показали високий рівень надійності ($\alpha > 0,8$).

Для шкали «Дистрес, пов'язаний з травмою» отримано дуже високий рівень надійності ($\alpha = 0,903$), що може свідчити не лише про надійність, а й про потенційну надмірність тверджень. Нижчі за рекомендовану межу коефіцієнти отримано для шкал «Резилієнтність сім'ї» ($\alpha = 0,689$), «Підвищена відповідальність» ($\alpha = 0,640$) та «Адаптація» ($\alpha = 0,476$).

Ретестова надійність

Результати аналізу ретестової надійності представлено в Таблиці 2 (Таб. 2).

Таблиця 2

**Показник ретестової надійності для адаптованого варіанта
«Опитувальника трансгенераційних травм»**

Шкала	Коефіцієнт кореляції Спірмена	Рівень статистичної значущості
<i>Дисрегульована та пов'язана з травмою комунікація</i>	0,603	<0,001
<i>Виховання під впливом травми</i>	0,700	<0,001
<i>Страх</i>	0,626	<0,001
<i>Дистрес</i>	0,639	<0,001
<i>Стійкість сім'ї</i>	0,678	<0,001
<i>Втеча</i>	0,648	<0,001
<i>Підвищена відповідальність</i>	0,595	<0,001
<i>Дистрес, пов'язаний з травмою</i>	0,807	<0,001
<i>Адаптація</i>	0,476	<0,001
<i>Приналежність</i>	0,742	<0,001
<i>Цінності</i>	0,670	<0,001
<i>Історична моральна травма</i>	0,586	<0,001

Значення кореляцій між результатами першого і другого тестування варіювалися від 0,476 до 0,807. Дев'ять шкал показали прийнятну ретестову надійність ($r \geq 0,60$). Найвищу стабільність продемонстрували шкали «Дистрес, пов'язаний з травмою» ($r = 0,807$) та «Приналежність» ($r = 0,742$).

Нижчі за рекомендовану межу коефіцієнти кореляції отримано для шкал «Підвищена відповідальність» ($r = 0,595$), «Адаптація» ($r = 0,476$) та «Історична моральна травма» ($r = 0,586$), хоча перші два з них наближені до порогового значення 0,6.

Дескриптивні результати адаптації: специфіка української трансгенераційної травми

Процес адаптації НІТТ-Q для української популяції дозволив отримати унікальні дані про специфіку трансгенераційної передачі травми в українському контексті. Модифікація розділу «Events» опитувальника для відображення українських історичних травматичних подій виявила характерні паттерни впливу історичних травм на сучасне покоління українців.

Аналіз відповідей респондентів показав, що найбільший вплив на життя учасників дослідження та їхніх родин справили сучасні військові події. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну (з 2022 року) відзначили 87,3% респондентів, що робить цю подію найбільш травматичною для сучасного покоління українців. Друга світова війна залишилася в пам'яті 76,9% родин, що свідчить про потужну трансгенераційну передачу травми від покоління, яке безпосередньо пережило цю подію. Серед історичних травм радянського періоду найбільший вплив мав Голодомор (50,8% респондентів) та розкуркулення (48,8%). Чорнобильська катастрофа вплинула на 35,5% родин, що підкреслює значущість техногенних катастроф у формуванні колективної травми. Війна на

Донбасі (АТО/ООС з 2014 року) була відзначена 31,4% учасників, що вказує на кумулятивний ефект сучасних воєнних конфліктів (див. Рис. 1).



Рисунок 1. Історичні події, які залишили слід в особистому житті та житті родини (множинний вибір)

Особливо важливим виявляється феномен «тригерного ефекту» сучасних подій. 71% респондентів зазначили, що події з 2022 року стали тригером для актуалізації історії їхньої родини, що підтверджує теоретичні положення про реактивацію трансгенераційної травми під впливом схожих сучасних подій. 68,2% учасників вказали, що їхня родина постраждала від історичних подій, тоді як особисто постраждали 37,1% респондентів (див. Рис. 2).



Рисунок 2. Тригер для актуалізації історії родини (множинний вибір)

Аналіз втрат через історичні події показав, що найбільшою втратою для української родини є земля та майно (64,5% респондентів), що відображає історичний досвід примусової колективізації та депортацій. Втрата традиційної мови становить 59,5%, релігійних традицій - 54,8%, що свідчить про систематичну культурну асиміляцію, яку переживали українці протягом століть (див. Рис. 3).



Рисунок 3. Втрати родини/народу через вищезазначені події (множинний вибір)

Найчастішими проявами трансгенераційної травми в сімейній системі виявилися: використання сорому для контролю поведінки (101 респондент), примус відчувати провину (100 респондентів), та підвищення голосу у спілкуванні в родині (87 респондентів). Ці дані вказують на високий рівень дисрегульованої комунікації в українських родин, що може бути пов'язано з трансгенераційною передачею травматичних патернів.

Попри високий рівень травматизації, учасники дослідження демонструють значні адаптивні ресурси. 119 респондентів (найвищий показник) зазначили важливість відчуття контролю над ситуацією. 118 - підкреслили гордість за приналежність до своєї родини/народу, що вказує на протективну роль групової ідентичності.

Дослідження також виявило високий рівень моральної травми: 145 респондентів погоджуються з тим, що інші люди зробили щось неправильно стосовно їхньої сім'ї/народу; 134 респонденти вказали на шкоду, завдану групою людей при владі. Ці дані підтверджують концепцію історичної моральної травми як окремого виміру трансгенераційних процесів.

Отримані результати демонструють унікальний профіль трансгенераційної травми в українській популяції, характерними рисами якого є кумулятивний ефект множинних історичних травм, тригерний вплив сучасної війни на актуалізацію родинної історії, та високий рівень морального компоненту травми. Ці дані підкреслюють необхідність культурно-специфічного підходу до розуміння та терапії трансгенераційних травматичних процесів в Україні.

Дискусія

Результати психометричного аналізу української версії НІТТ-Q

демонструють загалом прийнятні показники надійності та стабільності для більшості шкал опитувальника. Це свідчить про можливість використання адаптованої методики для дослідження трансгенераційних травматичних процесів в українській популяції.

Аналіз внутрішньої узгодженості

Дев'ять з дванадцяти шкал показали достатню внутрішню узгодженість ($\alpha > 0,70$), що відповідає міжнародним стандартам психометрії. Особливо високі показники надійності отримано для шкал, що оцінюють центральні конструкти трансгенераційної травми: дисрегульовану комунікацію, травматичне виховання та дистрес. Це підтверджує теоретичну модель НІТТ-Q та її релевантність для української популяції.

Дуже високий показник надійності шкали «Дистрес, пов'язаний з травмою» ($\alpha = 0,903$) може вказувати на потенційну надмірність пунктів, що потребує додаткової уваги при інтерпретації результатів. Це узгоджується з результатами оригінального дослідження, де автори також відзначили високу надійність цієї шкали.

Нижчі показники внутрішньої узгодженості для шкал «Резилієнтність сім'ї», «Підвищена відповідальність» та «Адаптація» можуть бути пов'язані з кількома факторами. По-перше, шкали «Підвищена відповідальність» та «Адаптація» містять лише 3 та 2 пункти відповідно, що може обмежувати їхню надійність. По-друге, культурні особливості розуміння сімейної стійкості та відповідальності в українському контексті можуть відрізнятися від тих, що закладені в оригінальній методиці.

Показники ретестової надійності свідчать про достатню стабільність більшості шкал протягом трьох тижнів. Це важливо для діагностичних цілей, оскільки дозволяє розглядати вимірювані конструкти як відносно стабільні характеристики, а не як ситуативні стани.

Найвищу стабільність продемонструвала шкала «Дистрес, пов'язаний з травмою», що логічно, оскільки травматичний дистрес є стійкою характеристикою, яка не схильна до швидких змін. Також високу стабільність показала шкала «Приналежність», що відображає стабільність почуття належності до групи або спільноти.

Нижчі показники стабільності для шкал «Адаптація» та «Історична моральна травма» можуть бути пов'язані як з меншою кількістю пунктів у першому випадку, так і з більшою варіативністю переживань моральної травми в умовах поточної війни.

Теоретичне значення та практичні імплікації

Адаптація НІТТ-Q для української популяції має важливе теоретичне та практичне значення. В умовах тривалої війни українські психотерапевти стикаються з проблемами спільної травматичної реальності, і трансгенераційна передача емпатичних повідомлень може збільшувати ресурси подолання (Leshem et al., 2024; Kurarov et al., 2023; Zasiakina et al., 2023).

Україна має унікальну історію множинних травматичних подій, включаючи

Голодомор, Другу світову війну та Чорнобильську катастрофу, і поточна війна додає новий шар до цієї трансгенераційної травми. Валідна методика дозволить дослідникам та практикам краще розуміти, як ці історичні події впливають на сучасне покоління.

Обмеження дослідження

Дослідження має кілька обмежень. По-перше, вибірка не була стратифікованою за регіонами України, що може обмежувати узагальнюваність результатів. По-друге, адаптація проводилася в умовах активної війни, що могло вплинути на відповіді учасників. По-третє, для повної валідації методики необхідні додаткові дослідження конвергентної та дискримінантної валідності (Taber, 2017; Tavakol & Dennick, 2011).

Напрями подальших досліджень

Подальші дослідження мають бути спрямовані на: (1) валідацію на інших вибірках; (2) встановлення нормативних показників для різних груп населення; (3) дослідження зв'язків показників НІТТ-Q з іншими психометричними інструментами.

В **ИСНОВКИ**

Українська адаптація Опитувальника міжпоколінної передачі історичної травми (НІТТ-Q) демонструє прийнятні психометричні характеристики для використання у дослідженнях та практичній роботі. Більшість шкал показали достатню внутрішню узгодженість та ретестову надійність.

Адаптована методика може бути рекомендована для діагностики трансгенераційних травматичних процесів в українській популяції, що є особливо актуальним в контексті складної травматичної історії України та поточної воєнної ситуації.

Шкали «Резилієнтність сім'ї», «Підвіщена відповідальність» та «Адаптація» потребують додаткового доопрацювання та розширення кількості пунктів для підвищення їх надійності.

Методика відкриває нові можливості для розуміння механізмів трансгенераційної передачі травм та розробки ефективних психологічних інтервенцій для військовослужбовців та цивільного населення України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Békés, V., & Starrs, C. J. (2024). Assessing transgenerational trauma transmission: Development and psychometric properties of the Historical Intergenerational Trauma Transmission Questionnaire (НІТТ-Q). *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), Article e2329510. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2329510>
2. Bezo, B., & Maggi, S. (2015). Living in “survival mode”: Intergenerational transmission of trauma from the Holodomor genocide of 1932–1933 in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 134, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.009>
3. Braga, L. L., Mello, M. F., & Fiks, J. P. (2012). Transgenerational transmission of trauma and resilience: A qualitative study with Brazilian offspring of Holocaust survivors. *BMC Psychiatry*, 12(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-134>

4. Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2010). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement* (7th ed.). McGraw-Hill Higher Education.
5. Danieli, Y., Norris, F. H., Lindert, J., Paisner, V., Engdahl, B. E., & Richter J. (2015). The Danieli Inventory of Multigenerational Legacies of Trauma, Part I: Survivors' posttrauma adaptational styles in their children's eyes. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.06.011>
6. Kostova, Z., & Matanova, V. L. (2024). Transgenerational trauma and attachment. *Frontiers in Psychology*, 15, Article e1362561. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1362561>
7. Kurapov, A., Kalaitzaki, A., Keller, V., Danyliuk, I., & Kowatsch, T. (2023). The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article e1134780. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1134780>
8. Leshem, B., Zasiakina, L., Guterman, N. B., & Pat-Horenczyk, R. (2024). Shared traumatic reality during the continuous war in Ukraine and the protective role of transgenerational transfer: Voices of mental health professionals. *Journal of Community Psychology*, 53(1), Article e23161. <https://doi.org/10.1002/jcop.23161>
9. Taber, K. S. (2017). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
10. Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
11. Westin, E. (2024). Trauma and healing through postgenerational Holodomor survivor research. *Life Writing*, 21(4), 715–734. <https://doi.org/10.1080/14484528.2024.2409096>
12. Williams-Washington, K. N., & Mills, C. P. (2018). African American historical trauma: Creating an Inclusive Measure. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 46(4), 246–263. <https://doi.org/10.1002/jmcd.12113>
13. Whitbeck, L. B., Adams, G. W., Hoyt, D. R., & Chen, X. (2004). Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people. *American Journal of Community Psychology*, 33(3–4), 119–130. <https://doi.org/10.1023/b:ajcp.0000027000.77357.31>
14. Zasiakina, L., Duchyminska, T., Bifulco, A., & Bignardi, G. (2023). War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms. *Military Psychology*, 36(5), 555–566. <https://doi.org/10.1080/08995605.2023.2235256>
15. Zasiakina, L., Zasiakin, S., & Kuperman, V. (2023). Post-traumatic stress disorder and moral injury among Ukrainian civilians during the ongoing war. *Journal of Community Health*, 48(5), 784–792. <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01225-5>

Відомості про авторів

Тетяна СТАНІСЛАВСЬКА, здобувачка ступеня Доктор філософії, Київський інститут сучасної психології та психотерапії (КІСПП)

Stanislavska Tetiana, PhD Student, Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy (KIMPP)

ORCID: 0009-0003-3649-1550

E-mail: namaste4people@gmail.com

Катерина МІЛЮТИНА, доктор наук, професор кафедри психології, Академія праці, соціальних відносин і туризму

Kateryna Miliutina, Doctor of Science, Professor of the Department of Psychology, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

ORCID: 0000-0003-0013-2989

E-mail: katerinamilutina1963@gmail.com

MINDFULNESS В СУЧАСНІЙ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

Анотація

Актуальність теми дослідження. Статтю присвячено огляду технології mindfulness та її застосування в психологічній практиці та когнітивно-поведінковій психотерапії. Описано суть практики mindfulness та зроблено історичний нарис її появи та розвитку.

Методологія дослідження. Розглянуто теоретичні моделі mindfulness, зокрема модель децентрації, метакогнітивну, біхевіоральну та нейробіологічну моделі.

Результати роботи. Наведено власний погляд на асоціацію mindfulness із буддійською філософією та запропоновано пов'язувати mindfulness із західною філософією, зокрема феноменологією. Також наведено скорочений опис ряду технік mindfulness, зокрема й авторські.

Ключові висновки. Проаналізовано стан доказової ефективності вправ mindfulness та зроблено висновок, що mindfulness є достатньо ефективним для впливу на стани тривоги, депресії, проблем сну та хронічного болю, має помірний ефект для станів підвищеного стресу, ПТСР та РДУГ, а для адикцій має або невеликий ефект або зовсім є індиферентним.

Ключові слова: mindfulness, травмо-фокусована психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, психологічна практика

Starkov Denys

MINDFULNESS IN MODERN COGNITIVE- BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY

Abstract

The relevance of the research topic. The article is devoted to an overview of mindfulness technology and its application in psychological practice and cognitive-behavioral therapy. The essence of mindfulness practice is described and a historical sketch of its emergence and development is made.

Research methodology. Theoretical models of mindfulness are considered, including the decentering model, metacognitive, behavioural and neurobiological models.

Results. The author presents his own view on the association of mindfulness with Buddhist philosophy and proposes to link mindfulness with Western philosophy, in particular phenomenology. A brief description of a number of mindfulness techniques, including the author's own, is also given.

Key findings. The state of evidence-based effectiveness of mindfulness exercises is analysed and it is concluded that mindfulness is quite effective for anxiety, depression, sleep problems and chronic pain, has a moderate effect for high stress, PTSD, and ADHD, and has either a small effect or is completely indifferent to addictions.

Key words: mindfulness, trauma-focused psychotherapy, cognitive-behavioral psychotherapy, psychological practice

Вступ
Mindfulness є однією з найбільш популярних сучасних технологій психологічної діяльності, сутність якої полягає у зосередженому приймальному спостереженні за певними процесами або об'єктами, наприклад, - дослідження тіла, споглядання за диханням, будь-якою активністю (ходьба, вживання їжі, приймання душу), за психічними станами, спостереження за об'єктами світу тощо. Головними в техніці *mindfulness* є такі компоненти: прийняття або відсутність емоційного залучення в об'єкт спостереження та суджень про нього («гола увага»), а також зосередженість на цьому об'єкті, уважне спостереження за ним з перебуванням у моменті «тут і зараз». Так, відомий дослідник та популяризатор *mindfulness* J. Brewer рекомендує дотримуватися інструкції: розпізнай, приймай, досліджуй, відзначай (РПДВ) – розпізнавати об'єкт спостереження та розслаблено його сприймати зі свого погляду; приймати та дозволяти йому бути, не намагатися змінити; об'єктивно досліджувати його; зазначати зміни під час неупередженого дослідження (Brewer & Kabat-Zinn, 2017). Якщо слідувати за J. Brewer, то до цієї технології можна звести всю різноманітність технік *mindfulness* – спостереження за інструкцією РПДВ чогось у собі або у світі.

Також сутність *mindfulness*-технології можна зрозуміти з самої назви. Англійське слово *mindfulness* складається з двох слів – *mind* (розум, дух, свідомість, думка) та *fullness* (повнота, цілісність). Тобто, з одного боку, стан *mindfulness* можна окреслити як щось на кшталт «стан цілісної повноти розуму/духу». Можна розглядати це слово і як похідне від *mindful* – «зосереджена увага». Тоді воно має конотацію *уважність*. Саме словом *уважність* або зосередженість найімовірніше точніше перекладати *mindfulness*, а зовсім не усвідомленість, як це найчастіше роблять, бо усвідомленості відповідає зовсім інше англійське слово *awareness*. *Awareness*, з одного боку, синонімічне *mindfulness*, однак має інші конотації: хоча обидва слова можна перекладати як усвідомленість, однак *awareness* має конотацію усвідомлення-сприйняття, а *mindfulness* – усвідомлення-зосередження. З іншого боку, *mindfulness* та *awareness* можна сприймати навіть в чомусь як протилежні поняття, *mindfulness* – це стан усвідомленості з зосередженим розумом та опорою

на процес інтероцепції, *awareness* – це стан усвідомленості з опорою на процеси сприйняття. Також часто в англomовній літературі використовується ще термін *mindful awareness* (або *Mindful Awareness Practices – MAPs*), що саме і означає, практику зосередженого спостереження.

Загалом К. Brown та ін. (Brown, Ryan & Creswell, 2007) окреслюють такі аспекти *mindfulness*:

- чистота усвідомлення (англ. *clarity of awareness*) або «гола увага», в сенсі зосередженості на тому, що відбувається до або поза ідеями. Дзен-метафора порівнює цей стан зі станом дзеркала, в якому розум просто віддзеркалює те, що проходить перед ним, незаангажований концептуальними думками про те, що відбувається. Вважається, що така неупереджена сприйнятливність розуму полегшує розуміння реальності, коли явища, які інакше залишалися б прихованими від очей, сприймаються або пізнаються з дедалі більшою ясністю;
- неконцептуальне усвідомлення (англ. *nonconceptual awareness*): напрям впливає з попереднього аспекту, але в такому випадку акцентується увага на утриманні від власних суджень та висновків;
- гнучкість усвідомлення та уваги (англ. *flexibility of awareness and attention*): використовується метафора зум-об'єктива, коли увага може повертатися від певних станів розуму, щоб отримати ширшу перспективу того, що відбувається, а також може зосереджуватися на ситуативних деталях відповідно до нахилу або обставин. Іншими словами, людина може усвідомлено пам'ятати про все, що наразі є важливим, а на окремих каналах зосереджувати увагу на чомусь конкретному, фокусуючись на стимулі або явищі. Підкреслюється відмінність від концентрації, яка передбачає обмеження уваги на одному об'єкті, що призводить до вилучення сенсорних та інших входів, саме тоді як гнучке усвідомлення передбачає плавну регуляцію станів уваги та усвідомлення;
- емпірична позиція щодо реальності (англ. *empirical stance toward reality*): позиція *mindfulness* за своєю сутністю емпірична, в ній є готовність володіти «повними фактами» подібно до того, як об'єктивний науковець прагне отримати точне знання про певне явище (тобто заохочує відкласти судження до ретельного вивчення фактів);
- теперішньо-орієнтована свідомість (англ. *present-oriented consciousness*): аспект «присутності», протилежний природній схильності свідомості до «подорожей у часі»;
- стабільність або безперервність уваги та усвідомлення (англ. *stability or continuity of attention and awareness*): за своєю сутністю звичка бути в стані уважності та усвідомленості, на противагу від природного стану відсутності концентрації та відволікання.

R. Baer та ін. (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006) виокремлюють три ключові елементи техніки *mindfulness*:

- спостереження (англ. *observing*) містить у собі такі елементи, як фіксування або увагу до внутрішнього або зовнішнього досвіду, водночас зберігаючи позицію «новачка» (англ. *beginner's mind*);

- маркування (англ. labelling) – констатація та окреслення того, що виявляєте;
- неупередження (англ. non-judgement) – прийняття, неоціночна позиція.

Від себе хочеться додати, що всі перераховані аспекти та елементи mindfulness більше нагадують феноменологічний підхід Е. Husserl та його послідовників, включно з М. Merleau-Ponty, з девізом «назад до речей», ніж буддійську філософію, хоча джерелом походження mindfulness вважається саме буддизм.

Як вже було зазначено, з одного боку технологія mindfulness є «популярною» серед психологів-практиків різних напрямків, особливо когнітивно-поведінкової парадигми, та має статус доказової. Однак з іншого боку, представники цього методу пов'язують mindfulness з буддійським корінням, що є сумнівним в плані методологічного наукового обґрунтування.

Тому **метою даного дослідження** є прояснення наукового підґрунтя психологічної технології mindfulness та пошуку його методологічного базису на позарелігійній основі.

Для досягнення зазначеної мети виокремлюються наступні задачі: історичний аналіз розвитку mindfulness, огляд сучасного стану дослідження ефективності, теоретичний аналіз сучасних моделей mindfulness, наукове моделювання методолого-філософських засад mindfulness.

Методами дослідження є систематичний огляд сучасного наукового погляду на mindfulness і стану його доказовості, теоретичний аналіз і наукове моделювання методологічних засад цієї технології.

Результати дослідження

Історія розвитку

Mindfulness прийшов з буддійських медитацій, зокрема саті, що в перекладі з палі означає пригадування або пам'ять. Палійське слово саті як mindfulness на англійську переклав Т. Davids у 1881 р.

Фундатором технік mindfulness в західному розумінні вважається в'єтнамський буддійський монах Тхить Нят Хань (англ. Thích Nhất Hạnh), який в 60-х роках минулого сторіччя заснував міжнародний буддійський рух Order of Interbeing (переклад щось на кшталт порядок співіснування), що розповсюджувався переважно в США та Франції та в якому головною практикою були саме вправи mindfulness. Надалі ідею mindfulness почали розвивати численні послідовники. В цьому сенсі mindfulness був скоріше течією духовних практик New Age культури, ніж психологічною методикою.

В наукову площину практику mindfulness та вправи буддійських/індуїстських медитацій, починаючи з 70-х років, почали вводити деякі науковці, зокрема професор медицини Н. Benson, який розвивав напрям психотілесної медицини (англ. mind-body medicine), професор психіатрії та клінічної психології R. Davidson, який вивчав вплив буддійських практик на нейропластичність тощо.

Проте введення практик *mindfulness* саме в практичну психологію найбільше пов'язано з іменем професора медицини J. Kabat-Zinn, який в кінці 70-х розробив протокол зменшення стресу на основі зосередженості (англ. Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR) та популяризував його в бестселері 1991 р. «Повне

переживання катастрофи: Використання мудрості вашого тіла і розуму для подолання стресу, болю та хвороб» (англ. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, український переклад книги відсутній). MBSR є восьмитижневою програмою для групової роботи. Протягом цього часу проводиться 7 щотижневих зустрічей тривалістю 2,5 год та один семигодинний ретрит. Учасники також отримують щоденне домашнє завдання (45 хвилин) і навчаються трьох основних технік: медитаціям зосередженості, скануванню тіла (поступове фокусування уваги на різних ділянках тіла, починаючи з пальців ніг і просуваючись до маківки голови) та простим позам йоги. Головною місією є розвинення практики медитації зосередженості та її застосування у повсякденному житті. Принципами MBSR є неосудження, відсутність прагнення (англ. non-striving), прийняття, відпускання (англ. letting go), «розум новачка» (англ. beginner's mind), терпіння, довіра та децентрація. В програмі MBSR учасників навчають:

- усвідомленню ментальності та тіла для зменшення фізіологічних наслідків стресу, болю чи хвороби;
- експериментальному дослідженню стресу для розвитку меншої емоційної реактивності;
- незворушності перед обличчям змін і втрат, що є природною частиною людського життя;
- неупередженому усвідомленню у повсякденному житті;
- підтримці стану спокою та ясності в кожному моменті;
- відчуттю більш радісного життя та доступу до внутрішніх ресурсів з метою зміцнення та управління стресом;
- медитаціям зосередженості.

MBSR показує хороші результати під час профілактичного застосування, метаналізи позитивно оцінюють цю методіку для покращення психологічного функціонування, зокрема зменшення станів тривожності, депресивності та стресу у здорових популяціях, проте не для зменшення вигорання та підвищення стійкості (Kriakous, Elliott, Lamers & Owen, 2021).

Успіх MBSR призвів до створення більш психотерапевтично-орієнтованих протоколів роботи, найбільш розповсюдженим з яких є протокол Когнітивної терапії на основі зосередженості (англ. Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT), розроблений Z. Segal, J. Teasdale & J. Williams (Segal, Teasdale & Williams, 2004). Так само як і MBSR, MBCT є восьмитижневою програмою з щотижневими груповими сесіями тривалістю 2 години, на яких відбувається навчання різних вправ зосередженості, переважно кероване сканування тіла, зосередженість на диханні, медитації сидячи та ходячі, усвідомлені рухи (на основі хатха-йоги), 3-хвилинні дихальні паузи і зосередження уваги на рутинних повсякденних справах. На перших сесіях більше уваги надається тілесним медитаціям, на пізніших – зосередженому спостереженню ментальних подій (думки, емоції, бажання, потяги). Подібно MBSR, тут пацієнтам також надаються домашні завдання з щоденних практик зосередженості (45 хв). Відмінністю від MBSR є додаван-

ня психоосвіти про природу психічних розладів (наприклад, депресію). Також МВСТ містить елементи когнітивної терапії, однак терапевтична позиція за такої умови доволі відмінна від традиційної концепції – МВСТ не надає особливої уваги зміні змісту думок, а скоріше, концентрує на зосередженому їх усвідомленні, має на меті підвищення метакогнітивної обізнаності. Думки сприймаються не лише як аспекти особистості, але й як просто ментальні події, що виникають та пропадають, які можна просто спостерігати, не оцінюючи певність змісту (на відміну від «класичної» когнітивної реструктуризації, яка має на меті змінити саме зміст думок).

Саме методики MBSR і МВСТ є базовими для наукових досліджень ефективності mindfulness, та коли кажуть про доказову ефективність технології mindfulness, то здебільшого мають на увазі саме ці протоколи.

Окрім методик, де технологія mindfulness використовується як центральна, вправі зосередженості з кінця 80-х – початку 90-х почали широко використовуватися як додаткові у багатьох терапевтичних методах, переважно з КПТ підходу третьої хвилі, наприклад, в діалектично-поведінковій терапії, терапії прийняття та відповідальності, метакогнітивній терапії та інших.

До того ж mindfulness почав заходити в наукову думку вже не як звичайна практика, а майже як філософський концепт. Найбільше це, напевно, представлено в підході Embodied Mind та моделі енактивізму (Varela, Thompson & Rosch, 2016). F. Varela, E. Thompson, E. Rosch (автори концепції енактивізму) стверджують, що пізнання глибоко вкорінене в тілесність людини. Якщо пригадати, що концепція енактивізму бере своє коріння з філософії М. Merleau-Ponty, то правильніше казати не про вкоріненість пізнання в тілесність, а про таку первісну природу пізнання, в якій тілесність і є ядром свідомості, що означає сенс embodied cognition (отілесненої когніції). Не слід плутати з концепцією емерджентності, коли пізнання розглядають як суму тілесного та ментального – в концепції Embodied Mind йдеться про те, що абстрактне мислення є похідним від тілесного, а не про складання embodied cognition з двох природ. Так ось, mindfulness в концепції енактивізму вже грає не лише практичну, а й епістемологічну функцію (пізнання єдиної природи осі mind-body) та функцію загальної філософської позиції (Tempone-Wiltshire & Matthews, 2025).

Загалом можна казати, що зараз mindfulness широко представлено в науковій думці на всіх рівнях (медицина та психотерапія, когнітивна психологія, нейробиологія, філософія), йому присвячено величезну кількість наукових статей та книжок, а деякі спеціалісти навіть використовують термін mindfulness-революція. З 2010 виходить міжгалузевий науковий журнал Mindfulness (<https://link.springer.com/journal/12671>).

Доказова ефективність

З питань висвітлення доказової ефективності дії інтервенцій зосередженості (англ. mindfulness-based interventions – MBI), до яких входять згадані вище протоколи MBSR та МВСТ, загалом спиратимемось на огляд D.Zhang та ін. (Zhang, Lee, Mak, Ho & Wong, 2021), доповнюючи їх за необхідності та за наявності

пізніших досліджень або суперечливості з іншими дослідженнями та даними.

Тривога та депресія. D. Zhang та ін. у своєму метаогляді зазначають, що є значні підтвердження даних щодо впливу МВІ як на тривогу, так і на депресію. До того ж дослідження демонструють дієвість не лише включення технік mindfulness в інші терапевтичні підходи, але й ефективність застосування mindfulness як самостійної ізольованої техніки для самодопомоги у разі тривоги та депресії. Щодо пізніших досліджень, ніж огляд D. Zhang та ін., то вони також окреслюють ефективність МВІ як для тривоги, так і для депресії. Наприклад, для тривожних станів можна виокремити метаогляд E. Yilmazer та ін. (Yilmazer, Hamamci & Türk, 2024), в якому також підсумовується ефективність МВІ для зниження тривоги (хоча автори зазначають, що результати слід інтерпретувати з обережністю через потенційну упередженість публікацій та необґрунтовану гетерогенність). До того ж вказується, що вплив МВІ суттєво не змінювався залежно від віку учасників, кількості сесій або способу проведення. Окремі дослідження, проведені після 2021 р., також підтверджують ефективність МВІ для тривожних станів. Наприклад у доволі великому дослідженні E. Hoge та ін. (276 дорослих із тривожними розладами) встановлено, що МВІ не поступаються есциталопраму в разі терапії тривожних розладів (Hoge, Bui, Mete, Dutton, Baker, & Simon, 2022). Щодо депресії, то, наприклад, метаогляд M. Yang та ін. (Yang, Song, Jiang, Lin & Liu, 2023) доводить ефективність МВІ у випадку післяродової депресії, а метаогляд C. Reangsing та ін. (Reangsing, Punsuwun & Oerther, 2024) свідчить про дієвість МВІ проти депресій під час вагітності. Цікаво, що вже є дослідження щодо ефективності mindfulness-застосунків для депресивних та тривожних станів. Наприклад, це підтверджує метаогляд J. Linardon та ін. (Linardon, Messer, Goldberg & Fuller-Tyszkiewicz, 2024).

Проблеми сну. D. Zhang та ін. вказують на перспективний вплив МВІ на безсоння та порушення сну: вони ефективно покращують симптоми безсоння та якість сну, і цей ефект зберігається протягом 3 місяців після втручання.

Хронічний біль. D. Zhang та ін. наголошують на численності доказів позитивного ефекту mindfulness під час роботи з болем, причому серед різних груп населення. Ефективність МВІ, за цих обставин, суттєво не відрізняють від дієвості КПТ.

Стрес. D. Zhang та ін. у своєму метаогляді зазначають, що наявні дані загалом свідчать про помірний вплив МВІ на зниження рівня стресу, однак для того, щоб зробити чіткі висновки серед різних груп населення, потрібні більш ґрунтовні дослідження. Пізніших фундаментальних ані метаоглядів, ані окремих досліджень не знайшлося. Така ситуація з результатами впливу на стрес цікава тим, що техніки mindfulness спершу розроблялися як орієнтовані на зменшення стресу.

Розлади дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ). F. Oliva та ін. (Oliva, Malandrone, di Girolamo, Mirabella, Colombi, Carletto & Ostacoli, 2021) у своєму метааналізі підсумовують, що МВІ можуть бути корисними як доповнення, а не як заміна інших втручань, зокрема фармакотерапії (тобто малоімовірно, що

mindfulness є ефективним у разі РДУГ як монотерапія).

ПТСР. D. Zhang та ін. зазначають, що про ефективність МВІ для ПТСР мало що можна сказати за відсутністю релевантних даних. Однак завдяки більш пізньому систематичному огляду та метаналізу (Molteni, Gosling, Fagan, Hyde, Benatti, Dell'Osso, Cortese, Baldwin & Huneke, 2024) виявили помірний позитивний вплив технік mindfulness на симптоми, що пов'язані з ментальною травмою.

Адикції. Ситуація щодо дослідження ефективності МВІ для адиктивних розладів є вкрай заплутаною. D. Zhang та ін. вказують на МВІ як на ефективні втручання щодо зловживання психоактивними речовинами, так і щодо поведінкових залежностей. Автори стверджують, що МВІ зменшують саме узалежнення, потяг до вживання та інші симптоми, пов'язані з узалежненням, а також покращують стан настрою та емоційну дисрегуляцію. До того ж виявлено значні ефекти щодо зменшення рівня сприйманого потягу, тяжкості стресу, частоти та тяжкості зловживання психоактивними речовинами, тривожних та депресивних симптомів, негативної афективності та посттравматичних симптомів під час лікування зловживання психоактивними речовинами. Однак кокрайнівський огляд того ж 2021 року (Goldberg, Pace, Griskaitis, Willutzki, Skoetz, Thoenes, Zgierska & Rösner, 2021) не є таким оптимістичним. Так, МВІ можуть лише дещо зменшити середню кількість днів вживання психоактивних речовин після терапії та під час подальшого спостереження (від 4 до 10 місяців), а результати щодо впливу на утримання від психоактивних речовин та потяг до вживання є невизначеними. Щодо куріння, кокрайнівський огляд S. Jackson та ін. (Jackson, Brown, Norris, Livingstone-Banks, Hayes & Lindson, 2022) висвітлює відсутність ефекту МВІ для підвищення рівня відмови від нього або поліпшення психічного здоров'я і добробуту за цих обставин.

Когнітивні порушення. Є недостатньо інформації щодо ефективності МВІ у випадку когнітивних порушень, а щодо бойових контузій – даних взагалі не знайшлося.

Профілактичні програми для військових. Окремий кокрайнівський аналіз присвячено огляду ефективності програм профілактики для військових (Doody, Robertson, Cox, Vogue, Egan & Sarma, 2021), до якого було включено дослідження щодо МВІ. Загалом автори вказують на недостатню кількість та якість даних, але, як попередній висновок, мають сумніви щодо ефективності профілактичних програм (зокрема тих, що залучають mindfulness) для військових перед бойовим розгортанням.

Узагальнюючи результати сучасного стану досліджень МВІ, можна зазначити, що mindfulness є досить ефективним для впливу на стани тривоги та депресії, а також для розв'язання проблем сну та хронічного болю, має помірний ефект для станів підвищеного стресу та РДУГ, а для ПТСР та адикцій техніки МВІ, найімовірніше, мають або невеликий ефект або зовсім є індиферентними.

Теоретичні моделі

Є багато теоретичних моделей пояснення дії інтервенцій зосередженості, які можна поділити на дві великі групи – психологічні та нейробіологічні.

Однією з основних психологічних моделей mindfulness є модель децентрації (Brown, Ryan & Creswell, 2007) щодо позитивної зміни перспективи та здатності об'єктивно розглядати свій життєвий досвід з позиції неупередженого спостерігача. S. Shapiro та ін. (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006) підкреслюють, що mindfulness містить три взаємопов'язані механізми, які є частиною єдиного циклічного процесу: 1) намір (цілеспрямованість); 2) увага (звертання уваги); 3) ставлення (відкритість і неупередженість). Цей цикл називається реперцепцією. Реперцепція, яка є мета-механізмом, призводить до додаткових чотирьох механізмів: 1) саморегуляції; 2) прояснення цінностей; 3) когнітивної, емоційної та поведінкової гнучкості; 4) об'єктивного сприйняття сильних емоцій. Саме ці додаткові механізми дають позитивні результати під час психологічних втручань.

Іншою популярною в науковій спільноті моделлю mindfulness є метакогнітивна модель, яка визначається тим, що вправи mindfulness розвивають метакогнітивну позицію (Jankowski & Holas, 2014). Метакогніції є «думками про думки». Тобто, якщо через «когніцію» окреслювати зміст знання (наприклад, думка «я поганий»), то «метакогніція» є характеристиками цього знання (вірогідність того, що «я поганий», можливість зміни, вплив на життя тощо). Загалом, метакогнітивну позицію можна пов'язати з рефлексією над власними думками. Сучасна когнітивна психологія дедалі більше цікавиться метакогнітивними дослідженнями, а в психотерапевтичній практиці чимдалі панує думка, що вплив на метакогніції може призводити принаймні до не меншого терапевтичного ефекту, ніж безпосередній вплив на зміст когніції. У такому контексті mindfulness розвиває метакогнітивну позицію, що опосередковано призводить до терапевтичних ефектів.

Можна також припустити, що техніки mindfulness мають функцію варіанта класичної методики біхевіоральної терапії профілактики поведінки уникання та експозиції, в якій йдеться, що уникання симптомів за законами обумовлення підкріплюють їх, а навпаки, зіткнення з ними – призводить до їх зменшення (Treanor, 2011). Інакше кажучи, враховуючи наведене вище, mindfulness взагалі необхідно віднести до біхевіоральної парадигми.

Іншим напрямом є нейробіологічний, в якому ефективність mindfulness зв'язується з підтримкою діяльності префронтальної кори. Так, найімовірніше, в більшості психічних розладів відіграє важливу роль єдиний механізм – зниження функціонування дорсолатеральної префронтальної кори, яка відповідає за вольові функції та довільну регуляцію діяльності. Участь дорсолатеральної префронтальної кори у психічному функціонуванні найчастіше описується двома моделями:

- модель низхідної регуляції (McRae, Misra, Prasad, Pereira & Gross, 2012). У нормі сигнали з дорсолатеральної префронтальної кори регулюють діяльність лімбічних регіонів мозку (вентромедіальна префронтальна кора, мигдалина тощо). За такої умови у разі психічних розладів відбуваються проблеми цієї регуляції, що спостерігається під час тривожних, депресивних (LeDuke, Borio, Miranda & Tye,

2023), адиктивних розладів (Zilverstand, Huang, Alia-Klein & Goldstein, 2028) та ПТСР (Averill, Averill, Akiki & Abdallah, 2021) тощо;

- тримережева модель (Menon, 2019) стверджує, що людський мозок працює в трьох режимах (з активацією трьох відповідних великих нейронних мереж): виконавчому (відповідає за вищі когнітивні функції, зокрема прийняття рішень, вольові функції та робочу пам'ять), пасивному (відповідає за автоматичне мислення та аутонаративи), режимі значущості (відповідає за інтеграцію зовнішніх та внутрішніх стимулів). У нормі провідним є режим значущості (центральною ділянкою роботи якого є дорсолатеральна префронтальна кора). Під час невротичних розладів (депресії, тривози, адикціях, стресі тощо) робота мозку зсувається у напрямі пасивного режиму, а у разі ендогенних (шизофренія, БАР тощо) – у напрямі режиму значущості.

Отже, нейробиологічні дослідження довели (Tang, Hölzel & Posner, 2015), що тривалі вправи *mindfulness* позитивно впливають на діяльність префронтальної кори, зокрема підвищують її активність, зсувають діяльність мозку у напрям виконавчого режиму, підсилюють низхідну регуляцію, і навіть збільшують товщину префронтальної кори. Тобто, насправді в нейробиологічному підході *mindfulness* розглядається як своєрідний нейро-тренінг кортикальних зон (особливо дорсолатеральної префронтальної кори), що своєю чергою позитивно впливає на одужання від психічних розладів та загалом на стан ментального здоров'я.

Філософія *mindfulness*

На завершення хотілось би навести свої роздуми щодо «філософської та теоретико-методологічної буддійської бази» *mindfulness*. У такому буддійському походженні *mindfulness* більшість спеціалістів не вбачає жодної проблеми (навіть вітає), лише дехто більш обережно ставиться до її культуральної адаптації (Surmitis, Fox & Gutierrez, 2018) або, навпаки, наполягають на тому, що *mindfulness* «забув» своє буддійське коріння, особливо в етичному аспекті, й перетворився на індивідуалістичну західну практику, і що це буддійське філософське коріння необхідно повернути (Ishikawa, 2018).

Я висловлю щодо цього власну думку, насправді *mindfulness* не стосується буддизму, це виключно західна практика, яка була присутня в західній культурі багато тисячоліть. По-перше, філософія *mindfulness* з «голою увагою» та «присутністю в сьогодні» належить суто до західної філософської позиції, та аж ніяк до східної. Як було зазначено вище, філософія *mindfulness* цілковито повторює феноменологію Е. Husserl, а найбільш схильна до *mindfulness* наукова концепція енактивізму базується на феноменології М. Merleau-Ponty. Обидві ці філософії є «кров від крові» дітьми західної традиції, та не мають майже нічого спільного з буддизмом.

Якщо не торкатися філософських засад, а дивитися з практичного погляду, то й сама практика *mindfulness* нагадує саті та сатіпаттхану (санскр. *smtuipasthāna*) дуже віддалено, якщо взагалі нагадує: «саті – це усвідомлення речей щодо речей, а отже, усвідомлення їхньої відносної цінності, ... це те, що змушує практика

йоги «пам'ятати», що будь-яке почуття, яке він може відчувати, виникає у зв'язку з цілим розмаїттям або світом почуттів, які можуть бути довершеними або недосконалими, з *недоліками* або перевагами, невеликими або добірними, *темними* або світлими, *а також у зв'язку з тим, що він може відчувати та що відчуває»* (Sharf, 2014).

Так, R. Sharf також зазначає, що саті відрізняється від «голої уваги» (як часто визначають mindfulness) щонайменше тому, що передбачає належну відмінність моральної валентності явищ, а головний принцип mindfulness – це індиферентність.

А ось західну філософську настанову неупередженої присутності у світі та настанову сумніву щодо власного знання (йде червоною рисою від Сократа до сучасних філософій) mindfulness окреслює безпосередньо. Єдине, що нового вніс mindfulness, так це уважність до тіла, яка за своєю природою більше схожа на морле-понтіанську, ніж на буддійську. Найімовірніше, справа полягає в тому, що перші винахідники mindfulness під впливом буддизму винайшли свою суто західну практику, а не запозичили з буддизму його практику. Тому mindfulness привітно сприйнято західною культурою.

Швидше можна погодитися з побоюваннями щодо культуральних застережень використання буддійських конотацій в mindfulness. На практиці, часто на mindfulness-семінарах можна зустрітися з додаванням до «класичних» технік mindfulness інших технік трансової зміни свідомості, запозичених з індуїстських/буддійських практик (або навіть, вигаданих самими тренерами), користь яких є сумнівною. До того ж часто можна додатково зустрітися з невігласними «філософствуваннями» певних тренерів щодо східної духовності в найкращих традиціях кока-кольних гуру. Вочевидь, користь такого «духовного просвітництва» є сумнівною.

Узагальнюючи власну думку, я б пропонував «очищення» mindfulness від буддійських/індуїстських конотацій і спирався б на західну традицію філософських медитацій (Repetti, 2022) та загалом на західне філософське підґрунтя, зокрема феноменологічне.

Техніки

Напрактиці використовуюдещо адаптовану інструкцію до вправ mindfulness, яка ґрунтується на зазначеній вище філософській орієнтації на західну традицію. По-перше, більше акцентується увага на зосередженому вивченні об'єкта, ніж на його спостереженні. По-друге, наголошується на словесному огляді об'єкта, що досліджується, іноді з вимогою виконання письмового звіту. По-третє, зазначається, що стан mindfulness є звичним станом у повсякденному житті, в якому людина перебуває, коли розв'язує складну задачу (можливо, навіть математичну), будує плани на майбутнє, ухвалює відповідальне рішення, читає складну книжку, вивчає мову тощо. Мовою транзакційного аналізу стан mindfulness є Дорослий Еґо-стан. Тому адаптована інструкція до вправ mindfulness виглядає як зосередження, прийняття, дослідження, звітування (ЗПДЗ):

1. Зосередження: перейдіть у стан Дослідника (зосереджений розум, стан

Дорослого) та зосередьтеся на об'єкті дослідження (позиція зосередженої свідомості).

2. Прийняття: прийміть та дозвольте бути тому, на чому зосереджуєтесь, не намагайтесь змінити це.

3. Дослідження: досліджуйте це, вивчайте його.

4. Звітування: фіксуйте зміни відчуття під час неупередженого дослідження, називайте це словами та складайте звіт.

Для правильного виконання вправ mindfulness можна уявити себе вченим, який проводить наукове дослідження чогось (не змінюючи це), і за його результатами повинен підготувати науковий звіт. Вправи mindfulness можна використовувати для зосередженого дослідження будь-чого, не лише зовнішнього простору, але й і діяльності (як ви їсте, ходите тощо), свого тіла, емоційних станів.

Далі буде наведено скорочений опис адаптованих «класичних» та авторських вправ mindfulness, що використовуються під час стаціонарної медико-психологічної реабілітації асоційованих зі стресом та ментальною травмою розладів (Київський міський кризовий центр «Соціотерапія») (Старков, Ярій & Олішевський, 2023).

Дослідження тіла. Використовуючи інструкцію ЗПДЗ, проскануйте своє тіло від ступнів до маківки ($\approx 10-15$ хв).

Дослідження дихання. Використовуючи інструкцію ЗПДЗ, зосередьтеся на своєму диханні та досліджуйте його ($\approx 5-10$ хв).

Дослідження ментальних станів (для помірної тривоги, потягу до вживання психоактивних речовин тощо – вправа відома ще під назвою «на гребні хвилі»). Оберіть ментальний стан, який вас турбує (емоції, бажання тощо) та за інструкцією ЗПДЗ дослідіть його, з урахуванням тілесних проявів (≈ 20 хв).

Дослідження простору (для випадків дереалізації). Виберіть простір, з яким ви не відчуваєте контакту (відчуття, ніби крізь скло) та, використовуючи інструкцію ЗПДЗ, досліджуйте його ($\approx 15-20$ хв).

Експозиція (для відчуття небезпечного простору). Необхідно бути уважним, що ви обрали той рівень контакту з простором для того, щоб спостерігати його в зосередженому стані 20 хв (або поки відчуття тривоги не знизиться на 50%). На перших етапах використовуйте техніку mindfulness для контакту з тривожним простором лише для низького рівня відчуття небезпеки. Виберіть простір (або об'єкт), який вам здається небезпечним, та використовуючи інструкцію ЗПДЗ, досліджуйте його (≈ 20 хв).

Десенсибілізація (для надмірних психофізіологічних реакцій, авторський варіант).

1. Визначте спогад, що викликає тривожні переживання.

2. Уявіть цю ситуацію досить яскраво, щоб вона почала викликати у вас страх, проте щоб ви могли перебувати в позиції Дослідника (Дорослого).

3. Використовуючи інструкцію ЗПДЗ, одночасно тримайте образ цієї ситуації та досліджуйте свою тривогу, почніть повільне дихання квадратом (трифокальне зосередження). Тримайте одночасно ці три фокуси (уявний образ-

тригер, відчуття тривоги та повільне дихання) протягом приблизно 20 хв (або поки відчуття тривоги не знизиться на 50%). Перевірте реакцію тривоги, знову відтворивши цей образ. Повторіть техніку ще кілька разів наступними днями (можна з перервами 2-3 дні), доки тривожна реакція на цей образ повністю не зникне (зазвичай необхідно не більше 9 повторень).

Активація насолоди. Виберіть активність, яка може доставляти задоволення (наприклад, їжу, ходьбу, душ тощо). Використовуючи інструкцію ЗПДЗ, повільно досліджуйте цю активність: наприклад, коли їсте, намагайтеся досліджувати вашу їжу, наче ви маєте наукове завдання детально дослідити її смак та підготувати звіт. Тобто намагайтеся не їсти їжу, а пізнавати її. Отже, ви будете навчатися переходити від автоматичного задоволення до свідомої насолоди.

Ціннісний *mindfulness* (авторська техніка). 1. Визначте тригерну ділянку в тілі, яка активується під час думок про своє негативне переконання (концентрацію негативної емоції та/або зону найбільшого напруження). Для цього можете вимовити декілька разів своє негативне переконання («Я невдаха!»; «Я ніщо!»; «Я непотрібний!» тощо) та прислухатися, де в тілі буде найбільша реакція. 2. Спостерігайте за цією тригерною зоною, використовуючи принципи ЗПДЗ (зосередитись, приймати, досліджувати, звітувати) протягом 5 хв. 3. Усвідомте, що напруга у цій ділянці тіла та відповідна емоція може змушувати/спонукати вас робити. Уявіть себе збоку в «безпечному місці» (у дисоційованій позиції – я спостерігаю за собою). Дати волю «Я, за яким спостерігаю» відреагувати емоцією, а самому спостерігати за цим та прислуховуватися до своїх почуттів щодо себе. Як варіант, можете уявити себе дитиною (Внутрішня Дитина) або звіром (Внутрішній Звір), що реагує (дає волю своїм емоціям) та прислухайтесь до своїх почуттів, коли ви спостерігаєте за цим збоку, з Дорослої позиції. 4. Уявіть («кінестетична уява» – уявлення інших тілесних відчуттів), яким міг би бути розслаблений стан у цій ділянці тіла. Важливо – не спроба розслабити, саме «уявити розслаблення». 5. Збереження зосередженої свідомості з розумінням поділу свідомості та тілесного напруження «тут і зараз» («Я» або «Моя свідомість» – це не тілесне напруження та не емоція). 6. Узяти відповідальність за свою гідність, «Волю і Розум», свідомі дії, вибір відповідно до своїх цінностей, попри тілесні напруження та стани («Попри напруження в цій ділянці тіла, яка змушує мене діяти як «негативне переконання», я можу діяти так, як я свідомо обираю відповідно до своїх цінностей»).

ВИСНОВКИ

Методика *mindfulness* доводить свою ефективність під час роботи з багатьма психологічними проблемами, демонструє доволі високу ефективність у разі впливу на стани тривоги, депресії, порушення сну, хронічного болю, має помірний ефект для станів підвищеного стресу, ПТСР та РДУГ. *Mindfulness* може використовуватися як окрема практика для профілактики стану психічного здоров'я, є зручною для інтеграції майже в будь-які методи психотерапії (можливо, окрім класичного психоаналітичного підходу), хоча є найбільш

релевантною до когнітивно-поведінкової терапії, що широко використовується в методах третьої хвилі. Хоча ідеологи mindfulness часто наголошують на його буддійському походженні, таке обґрунтування виглядає сумнівним і здається доречним для його використання в абсолютно секуляризованому варіанті без зайвих духовних конотацій.

З огляду на сучасну українську ситуацію у сфері ментального здоров'я, особливо пов'язану зі стресом війни, є доречним поширювати та популяризувати підхід mindfulness як серед спеціалістів із психічного здоров'я, так і серед населення, включно з методами віртуального простору.

ЛІТЕРАТУРА

1. Старков, Д. Ю., Ярій, В. В., & Олішевський, О. В. (2023). *Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом*. ФОП Ямчинський О. В.
2. Averill, L. A., Averill, C. L., Akiki, T. J., & Abdallah, C. G. (2021). Examining neurocircuitry and neuroplasticity in PTSD. In M. J. Friedman, P. P. Schnurr, & T. M. Keane (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (3rd ed., pp. 152–167). The Guilford Press.
3. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
4. Brewer, J., & Kabat-Zinn, J. (2017). *The craving mind: from cigarettes to smartphones to love – why we get hooked and how we can break bad habits*. Yale University Press.
5. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
6. Doody, C. B., Robertson, L., Cox, K. M., Bogue, J., Egan, J., & Sarma, K. M. (2021). Pre-deployment programmes for building resilience in military and frontline emergency service personnel. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013242.pub2>
7. Goldberg, S. B., Pace, B., Griskaitis, M., Willutzki, R., Skoetz, N., Thoenes, S., Zgierska, A. E., & Rösner, S. (2021). Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011723.pub2>
8. Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W., & Simon, N. M. (2022). Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 80(1), 13–21. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3679>
9. Ishikawa, M. (2018). Mindfulness in Western contexts perpetuates oppressive realities for minority cultures: The consequences of cultural appropriation. *SFU Educational Review*, 11(1). <https://doi.org/10.21810/sfuer.v11i1.757>
10. Jackson, S., Brown, J., Norris, E., Livingstone-Banks, J., Hayes, E., & Lindson, N. (2022). Mindfulness for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013696.pub2>
11. Jankowski, T., & Holas, P. (2014). Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition*, 28, 64–80. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.06.005>
12. Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A Sys-

- tematic Review. *Mindfulness* 12(1), 1–28. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>
13. LeDuke, D. O., Borio, M., Miranda, R., & Tye, K. M. (2023). Anxiety and depression: A top-down, bottom-up model of circuit function. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1525(1), 70–87. <https://doi.org/10.1111/nyas.14997>
 14. Linardon, J., Messer, M., Goldberg, S. B., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2024). The efficacy of mindfulness apps on symptoms of depression and anxiety: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102370>
 15. McRae, K., Misra, S., Prasad, A. K., Pereira, S. C., & Gross, J. J. (2012). Bottom-up and top-down emotion generation: implications for emotion regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(3), 253–262. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq103>
 16. Menon, B. (2019). Towards a new model of understanding – The triple network, psychopathology and the structure of the mind. *Medical Hypotheses*, 133. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109385>
 17. Molteni, L., Gosling, C. J., Fagan, H. A., Hyde, J., Benatti, B., Dell’Osso, B., Cortese, S., Baldwin, D. S., & Huneke, N. T. M. (2024). Effects of mindfulness-based interventions on symptoms and interoception in trauma-related disorders and exposure to traumatic events: Systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 336. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115897>
 18. Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., & Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 292, 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.068>
 19. Reangsing, C., Punsuwun, S., & Oerther, S. (2024). Effects of mindfulness-based interventions (MBIs) on depression in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 352, 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.049>
 20. Repetti, R. (Ed.). (2022). *Routledge Handbook on the philosophy of meditation*. Routledge.
 21. Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45–65). The Guilford Press.
 22. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
 23. Sharf, R. (2014). Mindfulness and mindlessness in early Chan. *Philosophy East and West*, 64(4), 933–964. <https://doi.org/10.1353/pew.2014.0074>
 24. Surmitis, K. A., Fox, J., & Gutierrez, D. (2018). Meditation and Appropriation: Best practices for counselors who utilize meditation. *Counseling and Values*, 63(1), 4–16. <https://doi.org/10.1002/cvj.12069>
 25. Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
 26. Tempone-Wiltshire, J., & Matthews, F. (2025). Embodied minds: an embodied cognitivist understanding of mindfulness in public health. *Mindfulness*, 16, 725–737. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02423-5>
 27. Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 617–625. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.003>
 28. Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (2016). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. The MIT Press.
 29. Yang, M., Song, B., Jiang, Y., Lin, Y., & Liu, J. (2023). Mindfulness-based interventions for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 52(12),

2496–2505. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i12.14311>

30. Yilmazer, E., Hamamci, Z. & Türk, F. (2024). Effects of mindfulness on test anxiety: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1401467>
31. Zhang, D., Lee, E. K. P., Mak, E. C. W., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. S. (2021). Mindfulness-based interventions: An overall review. *British Medical Bulletin*, 138(1), 41–57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>
32. Zilverstand, A., Huang, A. S., Alia-Klein, N., & Goldstein, R. Z. (2018). Neuroimaging Impaired Response Inhibition and Salience Attribution in Human Drug Addiction: A Systematic Review. *Neuron*, 98(5), 886–903. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.03.048>

REFERENCES

1. Starkov, D. Yu., Yaryi, V. V., & Olishevskiy, O. V. (2023). *Orhanizatsiia statsionarnoi medyko-psykholohichnoi rehabilitatsii rozladiv, poviazanykh z psykhychnoiu travmoiu ta stresom* [Organization of inpatient medical and psychological rehabilitation of disorders related to mental trauma and stress]. FOP Yamchynskiy O. V. [In Ukrainian].
2. Averill, L. A., Averill, C. L., Akiki, T. J., & Abdallah, C. G. (2021). Examining neurocircuitry and neuroplasticity in PTSD. In M. J. Friedman, P. P. Schnurr, & T. M. Keane (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (3rd ed., pp. 152–167). The Guilford Press.
3. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
4. Brewer, J., & Kabat-Zinn, J. (2017). *The craving mind: from cigarettes to smartphones to love – why we get hooked and how we can break bad habits*. Yale University Press.
5. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
6. Doody, C. B., Robertson, L., Cox, K. M., Bogue, J., Egan, J., & Sarma, K. M. (2021). Pre-deployment programmes for building resilience in military and frontline emergency service personnel. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013242.pub2>
7. Goldberg, S. B., Pace, B., Griskaitis, M., Willutzki, R., Skoetz, N., Thoenes, S., Zgierska, A. E., & Rösner, S. (2021). Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011723.pub2>
8. Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W., & Simon, N. M. (2022). Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 80(1), 13–21. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3679>
9. Ishikawa, M. (2018). Mindfulness in Western contexts perpetuates oppressive realities for minority cultures: The consequences of cultural appropriation. *SFU Educational Review*, 11(1). <https://doi.org/10.21810/sfuer.v11i1.757>
10. Jackson, S., Brown, J., Norris, E., Livingstone-Banks, J., Hayes, E., & Lindson, N. (2022). Mindfulness for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013696.pub2>
11. Jankowski, T., & Holas, P. (2014). Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition*, 28, 64–80. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.06.005>
12. Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A Sys-

tematic Review. *Mindfulness* 12(1), 1–28. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>

13. LeDuke, D. O., Borio, M., Miranda, R., & Tye, K. M. (2023). Anxiety and depression: A top-down, bottom-up model of circuit function. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1525(1), 70–87. <https://doi.org/10.1111/nyas.14997>
14. Linardon, J., Messer, M., Goldberg, S. B., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2024). The efficacy of mindfulness apps on symptoms of depression and anxiety: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 107, Article e102370. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102370>
15. McRae, K., Misra, S., Prasad, A. K., Pereira, S. C., & Gross, J. J. (2012). Bottom-up and top-down emotion generation: implications for emotion regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(3), 253–262. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq103>
16. Menon, B. (2019). Towards a new model of understanding – The triple network, psychopathology and the structure of the mind. *Medical Hypotheses*, 133, Article e109385. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109385>
17. Molteni, L., Gosling, C. J., Fagan, H. A., Hyde, J., Benatti, B., Dell’Osso, B., Cortese, S., Baldwin, D. S., & Huneke, N. T. M. (2024). Effects of mindfulness-based interventions on symptoms and interoception in trauma-related disorders and exposure to traumatic events: Systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 336. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115897>
18. Oliva, F., Malandrone, F., di Girolamo, G., Mirabella, S., Colombi, N., Carletto, S., & Ostacoli, L. (2021). The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 292, 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.068>
19. Reangsing, C., Punsuwun, S., & Oerther, S. (2024). Effects of mindfulness-based interventions (MBIs) on depression in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 352, 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.049>
20. Repetti, R. (Ed.). (2022). *Routledge Handbook on the philosophy of meditation*. Routledge.
21. Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45–65). The Guilford Press.
22. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
23. Sharf, R. (2014). Mindfulness and mindlessness in early Chan. *Philosophy East and West*, 64(4), 933–964. <https://doi.org/10.1353/pew.2014.0074>
24. Surmitis, K. A., Fox, J., & Gutierrez, D. (2018). Meditation and Appropriation: Best practices for counselors who utilize meditation. *Counseling and Values*, 63(1), 4–16. <https://doi.org/10.1002/cvj.12069>
25. Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213–225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
26. Tempone-Wiltshire, J., & Matthews, F. (2025). Embodied minds: an embodied cognitivist understanding of mindfulness in public health. *Mindfulness*, 16, 725–737. <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02423-5>
27. Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 617–625. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.003>
28. Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (2016). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. The MIT Press.

29. Yang, M., Song, B., Jiang, Y., Lin, Y., & Liu, J. (2023). Mindfulness-based interventions for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 52(12), 2496–2505. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i12.14311>
30. Yilmazer, E., Hamamci, Z. & Türk, F. (2024). Effects of mindfulness on test anxiety: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1401467>
31. Zhang, D., Lee, E. K. P., Mak, E. C. W., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. S. (2021). Mindfulness-based interventions: An overall review. *British Medical Bulletin*, 138(1), 41–57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>
32. Zilverstand, A., Huang, A. S., Alia-Klein, N., & Goldstein, R. Z. (2018). Neuroimaging Impaired Response Inhibition and Salience Attribution in Human Drug Addiction: A Systematic Review. *Neuron*, 98(5), 886–903. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.03.048>

Відомості про автора

Денис СТАРКОВ, к.псих.на., науковий співробітник Лабораторії кіберпсихології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Denys Starkov, PhD in Psychology, Researcher, Laboratory of Cyberpsychology of G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9220-8703>

E-mail: votr@ukr.net

КОНТАКТИ РЕДАКЦІЇ

01133, м. Київ, бул. Лесі Українки, 34

E-mail: mpp-journal@kispp.com

Сайт: <https://mpp-journal.com>