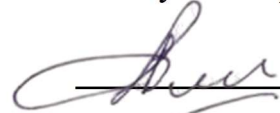


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ КОРАБЛЕБУДУВАННЯ
ІМЕНІ АДМІРАЛА МАКАРОВА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ГУМАНІТАРНИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра психології

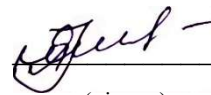
«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри психології

 Карсканова С.В.

«10» _____ 12 _____ 2025 року

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
на тему: ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ТА
ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСІБ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ НА ПРИФРОНТОВИХ
ТЕРИТОРІЯХ**

Виконала: студентка групи 6559мз

 Іщенко Я.П.
(підпис)

Керівник роботи:
доктор філософії з психології PhD

 Ларченко І.В.
(підпис)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Навчально науковий гуманітарний інститут

Кафедра психології
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Гарант освітньої програми
_____ Литвиненко І.С.
(підпис)
«05» _____ 09 2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студентці Іщенко Яніні Петрівні

1.Тема роботи: «Особливості функціонування пізнавальної та емоційної сфери осіб, які мешкають на прифронтових територіях».

Керівник роботи: доктор філософії з психології PhD Ларченко Ірина Володимирівна

Затверджені наказом ректора №967 від «05» вересня 2025 року

2. Термін подання роботи : 01.12.2025 рік

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: спеціальна наукова і методична література та інші матеріали з психології, передовий практичний досвід.

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):

Розділ 1. Теоретичний аналіз дослідження пізнавальної та емоційної сфер осіб на прифронтових територіях.

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей пізнавальної та емоційної сфер осіб прифронтових територій.

Розділ 3. Розробка та впровадження програми психосоціальної підтримки та її ефективність.

5. Перелік презентаційних матеріалів: презентація доповіді по роботі у форматі Microsoft Power Point загальною кількістю 15 слайдів, з висвітленням таких питань як об'єкт предмет, мета і завдання роботи (5 слайди), використані методи емпіричного дослідження (1 слайд), теоретичні узагальнення з теми дослідження (2 слайди), результати емпіричного дослідження, їх демонстрація (рисунки, таблиці), аналіз та інтерпретація (6 слайдів), висновки (1 слайд).

6. Дата видачі завдання «5» вересня 2025 року.

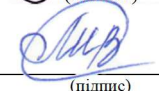
КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Номер	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1.	Формулювання теми роботи	01.09.2025	
2.	Опрацювання літератури з теми дослідження. Визначення мети, завдань, об'єкта, предмета дослідження.	10.09.2025	Список використаної літератури має включати не менше 40 позицій (передусім сучасні актуальні із яких не менше 25% - за останні п'ять років).
3.	Написання вступу. Визначення методів і бази дослідження.	10.09.2025-15.09.2025	Вступ (обсяг 3 – 4 сторінки)
4.	Написання Розділу 1. Подання на перевірку	15.09.2025-30.09.2025.	Розділ 1. (15-20 сторінок)
5.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (констатувальний експеримент).	30.09.2025-10.10.2025	Розділ 2. (15-20 сторінок)
6.	Написання Розділу 2. Подання на перевірку	10.10.2025 - 31.10.2025	
7.	Підготовка та проведення емпіричного дослідження (формульальний експеримент).	31.10.2025-10.11.2025	
8.	Написання Розділу 3. Подання на перевірку	10.11.2025-22.11.2025	Розділ 3 (20-30 сторінок)
9.	Оформлення тексту роботи. Подання керівнику на перевірку. Перевірка роботи на академічну доброчесність	22.11.2025-25.11.2025	Загальний обсяг основного тексту роботи 80-120 сторінок.
10.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	25.11.2025-28.11.2025	
11.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	28.11.2025-01.12.2025	
12.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	01.12.2025-08.12.2025	
13.	Захист роботи	15.12.2025-25.12.2025	

Студент


 (підпис)

Науковий керівник


 (підпис)

Іщенко Я.П.

(прізвище та ініціали)

Ларченко І.В.

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Іщенко Я.П. Особливості функціонування пізнавальної та емоційної сфери осіб, які мешкають на прифронтових територіях. Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 – психологія Національного університету кораблебудування імені адмірала Макарова 2025 року.

Кваліфікаційна робота присвячена комплексному аналізу особливостей функціонування емоційної та когнітивної сфер осіб, які мешкають на прифронтових територіях, в умовах тривалого стресу та визначенню ролі соціальної підтримки у збереженні їхньої психологічної адаптації.

Об'єктом дослідження є емоційна та когнітивна сфери мешканців прифронтових територій в умовах тривалого стресогенного впливу.

Предметом дослідження взаємозв'язок емоційних показників (стрес, тривожність, депресивність) та когнітивного функціонування (увага, пам'ять, когнітивна гнучкість) у мешканців прифронтових територій.

У кваліфікаційній роботі визначено ключові поняття, цілі, завдання та чинники, що впливають на емоційне й когнітивне функціонування осіб, які мешкають на прифронтових територіях в умовах тривалого стресу. На основі системного аналізу сучасних наукових джерел деталізовано взаємозв'язки між показниками тривожності, депресивності, сприйнятого стресу та когнітивної ефективності. У ході констатувального та формувального етапів дослідження здійснено комплексне емпіричне вивчення особливостей емоційної та когнітивної сфер у зазначеній категорії населення. Розроблено й апробовано програму психосоціальної підтримки, спрямовану на підвищення психологічної адаптації та зниження негативного впливу хронічного стресу.

Наукова новизна дослідження полягає у підтвердженні зв'язку між емоційними та когнітивними показниками осіб, які мешкають на прифронтових територіях в умовах тривалого стресу, а також у розробці й апробації програми психосоціальної підтримки для підвищення рівня психологічної адаптації та зниження негативного впливу хронічного стресу.

Ключові слова: емоційна сфера, когнітивна сфера, хронічний стрес, психологічна адаптація, соціальна підтримка, тривожність, депресивність, психосоціальна підтримка.

ANNOTATION

Ishchenko Y.P. Features of Cognitive and Emotional Functioning in Individuals Living in Frontline Areas. Manuscript.

Master's qualification paper for the degree of Master in the specialty 053 – Psychology, Admiral Makarov National University of Shipbuilding, 2025.

The qualification paper is devoted to a comprehensive analysis of the features of emotional and cognitive functioning in individuals living in frontline areas under prolonged stress and to determining the role of social support in maintaining their psychological adaptation.

The object of the research is the emotional and cognitive spheres of the individual under prolonged stress.

The subject of the research is the relationship between indicators of emotional state (stress, anxiety, depression) and characteristics of cognitive functioning (attention, memory, cognitive flexibility) in residents of frontline areas.

The qualification paper defines key concepts, aims, objectives and factors influencing the emotional and cognitive functioning of individuals living in frontline areas under prolonged stress. Based on a systematic analysis of modern scientific sources, the relationships between anxiety, depression, perceived stress and cognitive effectiveness are detailed. During the ascertaining and formative stages of the study, a comprehensive empirical examination of the features of the emotional and cognitive spheres in this category of the population was carried out. A psychosocial support program was developed and tested, aimed at improving psychological adaptation and reducing the negative impact of chronic stress.

The scientific novelty of the study lies in confirming the relationship between emotional and cognitive indicators in individuals living in frontline areas under prolonged stress, as well as in developing and testing a psychosocial support

program to improve psychological adaptation and reduce the negative effects of chronic stress.

Keywords: emotional sphere, cognitive sphere, chronic stress, psychological adaptation, social support, anxiety, depression, psychosocial support.

.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
Розділ I. РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕР ОСІБ НА ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЯХ.....	13
1.1. Емоційна сфера за умов хронічного стресу поняття моделі дикатори	13
1.2. Когнітивне функціонування під час тривалого стресу увага, пам'ять, контроль, швидкість обробки	21
1.3. Взаємозв'язок емоційної та когнітивної сфер у тривалому стресі роль соціальної підтримки	30
Висновки до розділу 1	38
Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕР ОСІБ ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЙ	40
2.1. Опис вибірки та організації дослідження	40
2.2. Методи дослідження емоційної сфери та аналіз результатів	50
2.3. Методи дослідження когнітивної сфери та аналіз результатів	72
2.4. Аналіз результатів та статистична перевірка гіпотез	81
Висновки до розділу 2	95
Розділ III. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ	99
3.1. Розробка програми психосоціальної підтримки	99
3.2. Апробація програми та організаційне забезпечення	103
3.3. Оцінка ефективності програми	106
Висновки до розділу 3	112
ВИСНОВКИ	114
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	117
ДОДАТКИ	126

ВСТУП

Сучасні умови воєнного стану в Україні зумовлюють глибокі трансформації у психоемоційному та когнітивному функціонуванні населення. Постійна небезпека, руйнування сталого способу життя, невизначеність майбутнього, вимушені переміщення та численні втрати спричиняють тривалий хронічний стрес, що чинить суттєвий вплив на психіку людини. Особливо вираженими ці зміни є серед мешканців прифронтових територій, де загроза життю та обмеженість соціальних ресурсів формують специфічні умови існування, які потребують науково обґрунтованого аналізу.

Хронічний стрес як системне психофізіологічне явище впливає не лише на емоційну сферу, але й на когнітивні процеси – увагу, пам'ять, мислення, виконавчі функції. Порушення когнітивного контролю, емоційне виснаження, підвищення тривожності та депресивності знижують адаптивні можливості особистості та погіршують якість життя. Ґрунтовне дослідження цих процесів дозволяє обґрунтувати цільові програми психосоціальної підтримки, спрямовані на відновлення когнітивної ефективності та емоційної стійкості.

Актуальність дослідження визначається необхідністю поглибленого аналізу впливу тривалого стресового навантаження на емоційні та когнітивні сфери дорослого населення, яке проживає в прифронтових регіонах України, а також потребою у створенні науково валідних програм психологічної допомоги в умовах війни.

Проблематика взаємозв'язку емоційної регуляції, когнітивного функціонування та стресу висвітлена у працях Лазаруса Р., Фолкман С., Маслач К., Бека А., Арнстен А., Мак-Юена Б., а також українських науковців – Поповича І.С., Журавльової О.М., Кузікової С.Б., Каменщук Т.О. Проте специфіка емоційно-когнітивної взаємодії саме у мешканців прифронтових територій у контексті тривалого воєнного стану розроблена недостатньо, що визначає наукову новизну та практичну значущість роботи.

У цьому контексті дослідження спрямоване на виявлення закономірностей порушення емоційної та когнітивної сфер в умовах

хронічного стресу, встановлення взаємозв'язків між рівнями тривожності, депресивності, сприйнятого стресу та когнітивними показниками, а також на обґрунтування ролі соціальної підтримки як буферного чинника психологічної адаптації.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що у мешканців прифронтових територій, які перебувають у стані хронічного стресу, підвищуються показники тривожності та депресивності, знижується когнітивна ефективність, а високий рівень соціальної підтримки зменшує прояви зазначених порушень.

Мета дослідження дослідити особливості функціонування емоційної та когнітивної сфер осіб, які мешкають на прифронтових територіях, та визначити роль соціальної підтримки у збереженні їхньої психологічної адаптації.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми функціонування емоційної та когнітивної сфер у контексті хронічного стресу.
2. Визначити основні теоретичні моделі емоційного та когнітивного реагування на стрес.
3. Дослідити взаємозв'язок між показниками емоційної (стрес, тривожність, депресивність) і когнітивної сфер (увага, пам'ять) у мешканців прифронтових територій.
4. Проаналізувати буферну роль соціальної підтримки у збереженні когнітивно-емоційної рівноваги.
5. Розробити й апробувати програму психосоціальної підтримки для осіб, які перебувають під впливом тривалого стресу.
6. Оцінити ефективність програми та визначити її вплив на показники емоційного та когнітивного функціонування.

Об'єктом дослідження є емоційна та когнітивна сфери мешканців прифронтових територій в умовах тривалого стресогенного впливу.

Предметом дослідження взаємозв'язок емоційних показників (стрес, тривожність, депресивність) та когнітивного функціонування (увага, пам'ять, когнітивна гнучкість) у мешканців прифронтових територій.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань були обрані такі методи дослідження:

- *теоретичні* (аналіз теоретико-методологічних аспектів, класифікація та систематизація даних наукових джерел, порівняння та узагальнення результатів теоретичних і експериментальних досліджень);

- *емпіричні* (методи опитування, тестування, констатувальний та формувальний експеримент);

методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження), а також *методи математичної статистики* (кореляційний аналіз К. Пірсона, оцінка розбіжностей експериментальних даних за допомогою t-критерію Стьюдента). Технічне забезпечення обробки даних здійснювалося за допомогою табличного редактора Microsoft Excel 2021.

Психодіагностичний комплекс методик склали:

- Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)
- Опитувальник депресії PHQ-9,
- Шкала тривожності Спілбергера (STAI),
- Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ),
- Cognitive Failures Questionnaire (CFQ-B)
- Авторська анкета

Експериментальна база дослідження. У дослідженні, за умови поінформованої згоди, взяли участь 90 осіб, які проживають або проживали на прифронтових територіях Миколаївської, Херсонської, Харківської та суміжних областей України. Дослідження здійснено у 2025 році з дотриманням етичних норм анонімності та добровільності участі.

Наукова новизна дослідження полягає у підтвердженні зв'язку між емоційними та когнітивними показниками осіб, які мешкають на

прифронтових територіях в умовах тривалого стресу, а також у розробці й апробації програми психосоціальної підтримки для підвищення рівня психологічної адаптації та зниження негативного впливу хронічного стресу.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає у поглибленні наукових уявлень про взаємозв'язок емоційної та когнітивної сфер особистості в умовах тривалого стресу, а також у розширенні сучасних підходів до аналізу впливу соціальної підтримки на психологічну адаптацію в екстремальних соціальних ситуаціях.

Практичне значення дослідження визначається розробкою й апробацією програми психосоціальної підтримки для мешканців прифронтових територій, спрямованої на зниження рівня емоційної напруги та покращення когнітивного функціонування в умовах тривалого стресу. Отримані результати та методичні рекомендації можуть бути використані у роботі практичних психологів, соціальних педагогів, фахівців системи охорони здоров'я та організацій, які надають допомогу населенню в екстремальних соціальних умовах..

Отримані результати та методичні рекомендації можуть застосовуватися для підвищення адаптаційних можливостей мешканців прифронтових територій, зниження негативного впливу хронічного стресу, оптимізації психологічної підтримки у професійній, навчальній та соціальній сферах, а також у практиці діяльності психологів, соціальних педагогів та спеціалістів сфери охорони психічного здоров'я.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на конференції:

- VIII Всеукраїнська студентська науково-практична конференція *«Актуальні проблеми соціально-гуманітарних наук: перспективи та виклики»* (Миколаїв, 4 квітня 2025 р.);
- XVI - й Міжнародній науково-технічній конференції «Інновації в суднобудуванні та океанотехніці» (25-26 вересня 2025 р. м.Миколаїв, Україна); Гуманітарний вісник НУК, вип. 18, 2025 р. Акт впровадження.

– *Взаємозалежність когнітивних та емоційних процесів у стані довготривалого стресу в осіб, що мешкають у прифронтових територіях.* Гуманітарний вісник НУК: збірник наукових праць. – Миколаїв: Ілліон, 2025. – Вип. 18. – 90с.

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у 3 публікаціях, з них: 1 стаття опублікована у фаховому науковому виданні України категорії Б, 2 тези у збірниках матеріалів конференцій.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи охоплюють вступ, три змістовні розділи з відповідними висновками, загальні висновки та список використаних джерел. Загальний обсяг кваліфікаційної магістерської роботи становить 130 сторінок, основний зміст викладено на 113 сторінках. Робота містить 26 таблиць, 32 рисунки та додатки. Список використаних джерел складає 84 праць українських та зарубіжних авторів, з них 28 – іноземні.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕР ОСІБ НА ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЯХ

1.1. Емоційна сфера за умов хронічного стресу: поняття, моделі, індикатори

Емоційна сфера особистості охоплює емоції, почуття, настрій та механізми емоційної регуляції і визначається як сукупність психічних процесів, що забезпечують оцінку стимулів, мотивацію поведінки й соціальну комунікацію. У наукових підходах вона інтерпретується по-різному: психоаналітичні теорії акцентують роль несвідомих конфліктів і захисних механізмів, когнітивні — значення оцінки ситуації для емоційного реагування, гуманістичні — зв'язок емоцій із самореалізацією, а нейропсихологічні — нейронні механізми, що забезпечують адаптивну емоційну реакцію. Для нашого дослідження критично важливими є ті аспекти, які визначають стресостійкість і здатність до емоційної регуляції в умовах тривалого стресу, отже далі ми фокусуємося на інтеграції цих підходів із практичними індикаторами стану емоційної сфери [3; 13; 25]. Основні підходи до розуміння емоційної сфери особистості представлені в табл 1.1.

Таблиця 1.1.

Основні підходи до розуміння емоційної сфери особистості

Підхід	Представник и	Ключові положення	Акценти для аналізу у контексті стресу
Психоаналіти- чний	З. Фройд, К. Юнг	Емоції як вияви несвідомих конфліктів	Захисні механізми, афективні розряди
Когнітивний	Р. Лазарус, А. Бек	Емоції як результат оцінки подій	Когнітивна оцінка, копінг-стратегії
Гуманістичний	А. Маслоу, К. Роджерс	Емоції як частина самоактуалізації	Самоприйняття, емоційна відкритість
Нейропсихоло- гічний	П.В. Симонов, А. Дамазіо	Нейронні механізми емоцій	Лімбічна система, НРА-вісь

Емоції є короткочасними психофізіологічними реакціями, пов'язаними з переживаннями та тілесними змінами, що забезпечують адаптивну поведінку [6].

Почуття — більш стійкі переживання, пов'язані з оцінкою певних об'єктів чи ситуацій і відображенням моральних, естетичних або інтелектуальних змістів [41].

Настрій — триваліший емоційний стан, який визначає загальний емоційний фон особистості.

Емоційна регуляція — це система психологічних і поведінкових механізмів, що забезпечують адаптацію емоційних реакцій до умов середовища та внутрішніх потреб [41; 48;]. Структура емоційної сфери особистості представлена на рис. 11.



Рис.1.1. Структура емоційної сфери особистості

Функціональна роль емоційної сфери є багатогранною. Емоції виконують сигнальну функцію, виступаючи як індикатори важливості стимулів, що сприяє своєчасній мобілізації ресурсів для відповіді на події довкілля. Регулятивна функція полягає у координації пізнавальної і поведінкової активності, сприянні організації цілеспрямованої діяльності та прийняттю рішень в умовах невизначеності. Мотиваційна функція емоцій активізує поведінку, підтримуючи досягнення цілей і задоволення потреб. Крім того, емоції мають комунікативне значення, дозволяючи індивідам передавати свої внутрішні стани та налагоджувати соціальні взаємини [6; 20; 41]. Таким чином, емоційна сфера є не лише суб'єктивною складовою

переживань, а й важливим механізмом адаптації до соціального і фізичного середовища.

Особливо значущим є той факт, що емоційна сфера виступає ключовим індикатором адаптивних процесів у особистості. Здатність ефективно відчувати, усвідомлювати та регулювати емоції визначає рівень психічного добробуту, стресостійкості та соціальної адаптації. [8; 25; 70] Це надає фундамент для формування емоційної адаптивності - властивості особистості, котра дає змогу зберігати внутрішню рівновагу, не виходячи із зон комфорту навіть в умовах значних життєвих змін і викликів. [31; 48] Саме тому у дослідженнях психології стресу та адаптації емоційна сфера розглядається як комплексна система, що віддзеркалює як внутрішній психологічний стан, так і взаємодію з оточенням.

У контексті дослідження емоційна сфера набуває особливого значення саме під впливом хронічного стресу, який істотно змінює її структуру, динаміку та регуляторні механізми. Тому у наступному підрозділі буде розглянуто специфіку функціонування емоційної сфери за умов тривалого стресового навантаження, що є особливо актуальним для осіб, які проживають на прифронтових територіях.

Стрес як психофізіологічне явище визначається різними науковими підходами, серед яких класичне визначення Ганса Сельє виділяє його як неспецифічну реакцію організму на будь-які вимоги чи загрози. Зі свого боку, Річард Лазарус підкреслює когнітивну оцінку подій і ролі суб'єктивного сприйняття у виникненні стресових реакцій, що базується на співвідношенні ресурсів індивіда і вимог середовища. [73; 74] Сучасні підходи інтегрують біологічні, психологічні та соціальні чинники, виокремлюючи гострий і хронічний стрес як різні явища, що відрізняються тривалістю і психологічними наслідками [56; 57].

Хронічний стрес характеризується тривалим, безперервним або повторюваним впливом стресорів, що виснажує адаптивні ресурси людини і призводить до комплексних змін в емоційній сфері. Емоції при тривалому

стресі часто набувають дезадаптивного характеру, проявляючись у вигляді емоційного виснаження, тривожності, апатії, втрати мотивації та появи синдрому професійного вигорання. Для осіб, які проживають на прифронтових територіях, ці зміни посилюються через постійну небезпеку, втрату відчуття безпеки, хронічне напруження і накопичення травматичного досвіду, що призводить до формування стійких розладів емоційної регуляції [19; 25; 40] .

Під впливом хронічного стресу відбувається порушення гармонійної взаємодії між регуляторними системами організму, що проявляється у тривалому збереженні негативних емоційних станів, зниженні емоційної стійкості та активації механізмів дисоціації чи депресивних реакцій. В результаті чого адаптаційний потенціал особистості знижується, що унеможливорює адекватне реагування на подальші стресові ситуації. Емоційна сфера в таких умовах стає вразливою і схильною до розвитку патологічних змін як на психічному, так і на соматичному рівнях [31; 49; 55].

Особливістю емоційної сфери у контексті хронічного стресу є також зміна її функціональної ролі. Якщо в нормі емоції виконують сигнальну, регуляторну, мотиваційну та комунікативну функції, то при тривалому стресі ці функції можуть деформуватися або блокуватися, зокрема утруднюючи процеси саморегуляції і соціальної взаємодії. В умовах прифронтових територій це проявляється через підвищену тривожність, емоційне виснаження, схильність до депресивних станів та соціальну ізоляцію, що істотно впливає на загальний психологічний добробут і якість життя населення [19; 25; 40].

З огляду на зазначене, подальше дослідження потребує уваги теоретичних моделей емоційного реагування на стрес, які дозволяють систематизувати знання про механізми адаптації і дисфункції емоційної сфери під впливом тривалого стресового навантаження.

У психодинамічній, когнітивній, біологічній та інтегративній науках сформовано кілька ключових моделей, які пояснюють механізми емоційного реагування на стрес. Біологічна модель особливо акцентує увагу на ролі

гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (ГГН) системи та нейрохімічних процесів у формуванні реакції стресу. Хронічна активація цієї системи призводить до дисбалансу гормонів, насамперед кортизолу, що, у свою чергу, сприяє емоційному виснаженню, тривозі та депресії. Цей біологічний субстрат визначає основу для подальшої когнітивної і поведінкової адаптації. [56; 75; 79]

Когнітивно-оцінна модель Річарда Лазаруса та Сьюзен Фолкман розглядає стрес як продукт взаємодії особистості з оточенням через призму оцінки ситуації. Вона передбачає два ключові етапи: первинну оцінку (оцінка загрози) та вторинну (оцінка ресурсів для подолання). Концепція показує, що саме сприйняття загрози та власних можливостей визначає емоційний відгук і вибір копінг-стратегій. Недостатність ресурсів або негативна оцінка ситуації призводять до інтенсифікації негативних емоцій і стресу. [70; 71; 82]

Модель синдрому емоційного вигорання, представлена К. Маслач та Г. Фройденбергером, підкреслює багатовимірний характер стресової реакції, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження особистісних досягнень. Ця модель особливо застосовна до професійної діяльності в умовах постійного напруження і відсутності відпочинку, що актуально для мешканців прифронтових зон, які перебувають у постійному ризику. Вона дає змогу описати процес поступового занепаду емоційного ресурсу особистості під дією тривалого стресу [74].

Модель регуляції емоцій Дж. Гросса акцентує на когнітивних і поведінкових механізмах контролю емоційних проявів. Вона виділяє стратегії, які можуть бути спрямовані на модифікацію емоційних реакцій на різних етапах: від початку виникнення до вираження. Недостатність або порушення цих механізмів у стресових умовах призводить до емоційної нестабільності і збільшення психологічного дискомфорту [65; 66; 67].

Порівнюючи ці моделі, можна виокремити основні підходи: біологічна модель розкриває фізіологічну основу і пояснює зміни в гормональній регуляції, когнітивна модель акцентує на суб'єктивній оцінці ситуації і

ресурсів для адаптації, модель емоційного вигорання - на тривалих професійних та соціальних стресах, а модель регуляції дає інструментарій для аналізу механізмів управління емоціями. Усі ці моделі доповнюють одна одну, пояснюючи складний дисбаланс між реакцією та регуляцією емоційної сфери у стані хронічного стресу [56; 71; 74].

Розуміння функціонування емоційної сфери під стресом потребує інтегративного підходу, що враховує біологічні, психологічні та соціальні складники. Це визначає необхідність подальшого визначення індикаторів змін емоційної сфери для наукового аналізу та практичної діагностики.

Зміни емоційної сфери під впливом хронічного стресу можна систематизувати за трьома основними категоріями: афективні, регуляторні та соціально-емоційні індикатори.

Афективні індикатори відображають безпосередні зміни у внутрішньому емоційному досвіді особистості, зокрема посилення тривожності, депресивних симптомів, емоційної втоми та коливань настрою. Тривала напруга призводить до виснаження емоційних ресурсів, зниження позитивних переживань, що значною мірою впливає на загальний психоемоційний стан і знижує якість життя [25; 49].

Регуляторні індикатори пов'язані з порушеннями механізмів самоконтролю, здатності до емоційної адаптації та гнучкості емоційної реакції. Особливістю стає зростання ригідності, труднощі у розпізнаванні, прийнятті та керуванні емоціями, що унеможлиблює ефективне подолання стресових впливів. Порушення емпатії та зниження інтуїтивного розуміння власних і чужих емоцій супроводжують зниження соціальної адаптації [48; 65].

Соціально-емоційні індикатори виявляються у зміні якості міжособистісних відносин: зниженні рівня соціальної підтримки, ізоляції, почутті тривоги через власну соціальну дезадаптацію. Соціальні зв'язки часто страждають через емоційне вигорання, що особливо помітно у мешканців прифронтових територій, де зв'язок із соціумом може бути ускладнено через

зовнішні обставини та постійний стрес [19; 40; 74].

Важливим свідченням достовірності цих індикаторів є низка українських досліджень, що фокусуються на емоційних наслідках хронічного стресу у контексті війни та життя на прифронтових територіях.

Зокрема, у дослідженні Журавльова О.М. та Баранова С.В. виявлено підвищений рівень тривожності, депресивних симптомів і емоційної втоми серед дорослого населення України, що проживає в умовах війни [13].

Інше дослідження Каменчук Т.О. підкреслює, що серед внутрішньо переміщених осіб, які пережили втрату домівки, поширені симптоми емоційного вигорання та соціальної ізоляції, що впливають на їхній психоемоційний стан [15; 19].

Для визначення інтенсивності емоційних змін у цих роботах використовувалися стандартизовані психодіагностичні інструменти, серед яких опитувальник депресії Бека, шкала тривоги Спілбергера (STAI), інвентарій емоційного вигорання Маслач та тест Люшера. Застосування цих методик показало високу кореляцію між рівнем хронічного стресу та виразністю емоційних і поведінкових порушень [51; 58; 74]. Індикатори змін емоційної сфери під впливом хронічного стресу представлено в табл. 1.2.

Індикатори змін емоційної сфери під впливом хронічного стресу

Категорія	Основні прояви	Можливі методики вимірювання
Афективні	Тривожність, депресивність, емоційна втома	HADS, Beck Depression Inventory
Регуляторні	Порушення емоційного контролю, ригідність	PANAS, шкала емоційної регуляції (Gross)
Соціально-емоційні	Ізоляція, зниження емпатії, втрата соціальної підтримки	Шкала соціальної підтримки, Maslach Burnout Inventory

У контексті емпіричного вивчення найбільш інформативними виявляються саме афективні показники емоційної сфери, які відображають суб'єктивний рівень напруги, тривожності та депресивних переживань. Вибір таких індикаторів обумовлений як їх валідністю у дослідженнях хронічного

стресу, так і практичними обмеженнями дослідницьких умов — зокрема, обмеженим доступом до респондентів, які перебувають у прифронтових зонах. Це зумовлює доцільність застосування стандартизованих самоопитувальників, зокрема Шкали сприйнятого стресу (PSS-10), Опитувальника депресії (PHQ- 9) та Шкали тривоги Спілбергера (STAI), які дозволяють швидко й достовірно оцінити емоційний стан особи в умовах підвищеного стресового навантаження [53; 81; 51].

Дослідження емоційної сфери в умовах хронічного стресу підтверджують, що тривалий вплив стресорів суттєво порушує баланс між емоційними реакціями та їх регуляцією. Загальний висновок полягає в тому, що зміни емоційної сфери — зокрема прояви тривожності, емоційного виснаження, депресивних станів і зниження мотивації — є провісниками більш глибоких когнітивних дисфункцій. Саме порушення в емоційному регулюванні створюють передумови для дезорганізації уваги, пам'яті та виконавчих функцій, що ускладнює психічне пристосування особистості [49; 67; 74].

Комплексна інтеграція теоретичних моделей — біологічної, когнітивної, психосоціальної регуляції та моделі емоційного вигорання — дозволяє більш повно розкрити механізми адаптації та дезадаптації в умовах тривалого стресу. Ці підходи підкреслюють значущість емоційного інтелекту, психоемоційної компетентності, а також розвиток навичок емоційної регуляції як основи стресостійкості. Це свідчить про необхідність акценту не лише на симптомах, а й на ресурсах психологічного розвитку, що можуть пом'якшити негативний вплив хронічного стресу [21; 22; 47].

Особливий акцент у дослідженнях прифронтових територій України ставиться на взаємозв'язок емоційної та когнітивної сфер, де стресові фактори провокують каскад негативних змін, що формують психоемоційний стан, визначальний для загального функціонування особистості. Отже, подальший розгляд у розділі 1.2 присвячено аналізу когнітивного функціонування під час тривалого стресу, що дасть змогу глибше зрозуміти міжсферні взаємодії та

закономірності зниження адаптаційної здатності у мішеневих популяцій.

1.2. Когнітивне функціонування під час тривалого стресу (увага, пам'ять, контроль, швидкість обробки)

Когнітивне функціонування розглядається як складна система психічних процесів, що забезпечує сприйняття, обробку, збереження і використання інформації, необхідної для адаптивної поведінки в різних життєвих умовах. До основних компонентів когнітивної сфери належать сприймання, увага, пам'ять, мислення, мовлення, уява та виконавчі функції, які взаємодіють між собою і формують цілісну пізнавальну діяльність [23; 35; 57].

Сприймання є початковим етапом пізнавального процесу, що забезпечує побудову цілісного образу реальності на основі сенсорних даних.

Увага виконує функцію селекції — визначає, які стимули підлягатимуть глибокій обробці, а які залишаться поза свідомим фокусом.

Пам'ять забезпечує збереження і відтворення інформації у відповідь на потребу, тоді як мислення здійснює аналіз, синтез і узагальнення даних, необхідних для прийняття рішень.

Мовлення та уява виступають засобами комунікації і творчої переробки інформації.

Виконавчі функції, пов'язані з роботою префронтальної кори, координують ці процеси, забезпечуючи цілеспрямованість, самоконтроль і гнучкість мислення [31; 35; 57]. Основні когнітивні процеси та їх функції представлені в табл. 1.3.

Таблиця 1.3.

Основні когнітивні процеси та їх функції

Когнітивний процес	Основна функція	Нейропсихологічна основа	Типові зміни під впливом стресу
Увага	Вибір і фокусування на релевантних стимулах	Периферійна кора, префронтальна кора	Звуження фокусу, гіперчутливість до загроз
Пам'ять	Збереження та відтворення інформації	Гіпокамп, скронева кора	Порушення короткочасної пам'яті, фрагментарність спогадів
Мислення	Аналіз, синтез, прийняття рішень	Префронтальна кора	Зниження гнучкості, стереотипність суджень
Виконавчі функції	Планування, контроль, саморегуляція	Префронтальна кора	Імпульсивність, зниження самоконтролю
Швидкість обробки інформації	Ефективність переробки стимулів	Кора півкуль, лобно-тім'яні зони	Уповільнення реакцій, когнітивне виснаження

Роль когнітивної сфери в адаптивній поведінці є визначальною, оскільки саме ефективне функціонування цих процесів дозволяє людині адекватно реагувати на зміни середовища, приймати рішення в умовах невизначеності й підтримувати психологічну рівновагу. Порушення когнітивної гармонії веде до дезадаптивних реакцій, що особливо помітно в умовах тривалого стресу [23; 31].

Існують кілька ключових теоретичних моделей когнітивного функціонування:

– Інформаційно-процесуальна модель розглядає пізнавальні процеси як етапи сприйняття, кодування, збереження і використання інформації, підкреслюючи обмеженість ресурсів уваги [35; 57].

- Когнітивно-біхевіоральна модель пояснює взаємозв'язок когніцій, емоцій і поведінки, підкреслюючи роль автоматичних думок і когнітивних схем [58; 67].
- Нейропсихологічна модель акцентує увагу на структурній організації мозку, що забезпечує інтеграцію когнітивних і регуляторних функцій [11; 26].

Таким чином, когнітивне функціонування виступає базовим чинником психічної адаптації, а його стабільність є умовою збереження психологічної цілісності в умовах тривалого стресу. Подальший аналіз присвячено специфіці впливу хронічного стресу на когнітивні процеси осіб, які проживають у прифронтових регіонах.

Хронічний стрес як довготривала адаптивна реакція на повторювані психотравмуючі події справляє комплексний вплив на когнітивне функціонування. На нейробіологічному рівні це відбувається через дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (ГГН / НРА) осі. Підвищений рівень кортизолу асоціюється із погіршенням нейропластичності, змінами у префронтальній корі, гіпокампі та мигдалеподібному тілі, що знижує ефективність регуляції уваги, пам'яті та виконавчих функцій [56 75; 49]. Механізм впливу хронічного стресу на когнітивне функціонування представлені на рис. 1.2.



Рис.1.2. Механізм впливу хронічного стресу на когнітивне функціонування

Одним із перших проявів стресової дії є звуження фокусу уваги — схильність до концентрації на загрозованих стимулах за зниження здатності до переключення. Це сприяє короточасній мобілізації, але обмежує широту сприйняття й когнітивну гнучкість, що негативно позначається на продуктивності діяльності [31; 80].

Порушення пам'яті під впливом стресу проявляється у зниженні робочої пам'яті, фрагментарності спогадів і труднощах консолідації інформації. Високий рівень кортизолу пов'язаний зі зниженням активності гіпокампу, що ускладнює формування узагальнень і планування дій [56; 75].

У мисленні спостерігається зниження когнітивної гнучкості — схильність до стереотипних схем і звуження варіантів оцінки ситуацій. Це сприяє формуванню когнітивних викривлень, таких як перебільшення загроз або катастрофізація подій, що погіршує адаптивність [58; 67].

Виконавчі функції (планування, контроль імпульсів, регуляція поведінки) особливо вразливі до дії хронічного стресу. Зниження активності префронтальної кори призводить до труднощів у прийнятті рішень, ослаблення саморегуляції та підвищення імпульсивності [56; 31].

Швидкість обробки інформації також може знижуватися під впливом тривалого стресу, що проявляється у подовженні часу реакції та уповільненні мислення. Однак у межах цього дослідження даний параметр розглядається теоретично, оскільки не передбачає емпіричного вимірювання через обмежений доступ до респондентів і часові рамки дослідження [49; 80].

Сукупність цих змін формує феномен когнітивного виснаження, який проявляється у зниженні концентрації, мотивації та продуктивності мислення. Це стан, що відображає перевантаження когнітивних систем і підвищує вразливість до емоційних розладів [49; 67].

Когнітивне реагування на стрес є предметом багатьох теоретичних підходів, що дозволяють зрозуміти, як сприйняття і оцінка стресових подій впливають на психічні та поведінкові реакції. Однією з ключових є когнітивно-

оцінна теорія Річарда Лазаруса, яка розглядає стрес як результат суб'єктивної оцінки особистістю взаємодії із середовищем. Відповідно до цієї теорії, визначальними є два етапи оцінки: первинна — оцінка загрози чи виклику, та вторинна — оцінка власних ресурсів для подолання ситуації. Залежно від цих оцінок формується інтенсивність емоційної і поведінкової реакції на стресові події [70; 71].

Модель копінг-стратегій Лазаруса і Фолкман розвиває когнітивно-оцінний підхід, визначаючи специфічні стратегії мислення і поведінки, що особистість використовує задля зменшення стресового тиску. Копінг-стратегії можуть бути орієнтовані на емоції (емоційне регулювання) або на проблему (активне подолання), але вибір стратегії визначається саме когнітивною оцінкою ситуації та власних можливостей. Ця модель демонструє, що адаптивність залежить від гнучкості когнітивних процесів та здатності до переоцінки стресору [71; 5].

Модель когнітивного контролю Нормана та Шалліса акцентує увагу на механізмах свідомої регуляції поведінки, що вимагає активного утримання цілей і планів у робочій пам'яті, а також контролю над автоматичними реакціями. В умовах стресу когнітивні ресурси, необхідні для такого контролю, вичерпуються, що призводить до зниження ефективності планування та саморегуляції і переорієнтації на базові, більш автоматизовані реакції [57; 31].

Теорія когнітивного ресурсу Деніела Канемана пояснює, що компенсаторні можливості уваги і когнітивної енергії мають обмежений запас, який виснажується при тривалому напруженні. Коли ресурс вичерпується, знижується здатність до концентрації, аналітичного мислення й адекватних реакцій на стрес. Це пояснює феномен «когнітивного виснаження», який призводить до зниження продуктивності та підвищення ризику психоемоційних розладів [49; 80]. Порівняльний аналіз теоретичних моделей когнітивного реагування на стрес представлені в табл. 1.4.

Таблиця 1.4.

**Порівняльний аналіз теоретичних моделей
когнітивного реагування на стрес**

Модель	Основна ідея	Ключові механізми	Психологічні наслідки	Сфера застосування
Лазаруса (когнітивно-оцінна)	Стрес як результат оцінки ситуації	Первинна/вторинна оцінка	Емоційна реакція залежить від сприйняття загрози	Загальна психологія
Лазарус–Фолкман (копінг-стратегії)	Стратегії подолання залежать від оцінки ресурсів	Орієнтація на проблему чи емоції	Адаптивність або уникнення	Психологія стресу
Норман–Шалліс (когнітивний контроль)	Регуляція поведінки через виконавчі функції	Підтримка цілей у робочій пам'яті	Порушення самоконтролю при стресі	Нейропсихологія
Канемана (когнітивний ресурс)	Обмеженість когнітивної енергії	Витрати уваги й ресурсу мислення	Виснаження, уповільнення мислення	Когнітивна психологія

Об'єднуючи ці підходи, можна підкреслити, що ключовою спільною ідеєю є роль когнітивної оцінки подій у визначенні інтенсивності емоційної реакції та стратегії її подолання. Надмірна або непомірна когнітивна напруга веде до зниження гнучкості мислення, посилення викривлень і ригідності, що є одним із найбільш впливових наслідків тривалого стресу.

У контексті подальших досліджень це дозволяє сфокусувати увагу на вивченні когнітивних викривлень і злиття як важливих проявів дисфункції когнітивної сфери під стресом.

Когнітивна гнучкість визначає здатність адаптувати мислення,

поведінкові стратегії та уявлення відповідно до змін у зовнішньому і внутрішньому середовищі. Вона є ключовим компонентом виконавчих функцій, які забезпечують здатність до переключення між різними когнітивними задачами, швидкого перебудовування уваги та змінення стратегій поведінки у відповідь на нові вимоги. У контексті тривалого стресу зниження когнітивної гнучкості веде до появи когнітивної ригідності, що ускладнює процеси адаптації і знижує здатність до ефективної саморегуляції емоційних і поведінкових реакцій.

Під впливом хронічного стресу у діяльності когнітивної системи відбувається збільшення рівня когнітивної ригідності - стану, коли особистість втрачає гнучкість у мисленні, тяжіє до стереотипних і автоматичних реакцій, що ускладнює реагування на нові або змінювані ситуації [57; 75]. Це проявляється у зниженій здатності знаходити нові шляхи вирішення проблем, а також у виникненні автоматизованих мислиневих шаблонів, що часто веде до виникнення негативних автоматичних думок і когнітивних викривлень.

Взаємозв'язок когнітивної гнучкості з емоційною регуляцією є визначальним компонентом адаптивної поведінки. Ефективна емоційна регуляція залежить від здатності контролювати і коригувати емоційні реакції через активізацію префронтальної кори і систем виконавчих функцій [56; 67]. При цьому, висока когнітивна гнучкість сприяє більш гнучкому підходу до управління емоціями, що дозволяє краще справлятися з емоційним напруженням і запобігати розвитку тривожності та депресії.

Для підтримки і відновлення когнітивної регуляції через високий рівень стресу застосовуються різноманітні інтервенції. Це можуть бути когнітивно-поведінкові техніки, спрямовані на розвиток гнучкості мислення та усвідомлення автоматичних суджень, а також тренінги внимательності і mindfulness, що сприяють підвищенню здатності до рефлексії і свідомого контролю когнітивних процесів [65; 72]. Важливою є і практика стратегій переоцінки та когнітивної реконструкції, що дозволяють змінювати автоматичні мислі та запобігати їхній автоматичності. Взаємозв'язок

когнітивної гнучкості та емоційної регуляції представлено на рис. 1.3.



Рис.1.3. Взаємозв'язок когнітивної гнучкості та емоційної регуляції

На рисунку 1.3 представлено модель взаємопов'язаних процесів, що визначають адаптивність особистості в умовах хронічного стресу. Важливо підкреслити, що зв'язки між компонентами зображені не як лінійні причинно-наслідкові лінії, а як двосторонні взаємодії: кожен компонент одночасно впливає на сусідні й модулюється ними.

Когнітивна гнучкість і виконавчі функції утворюють взаємозалежну систему: гнучкість мислення сприяє кращому плануванню й самоінгібуванню, тоді як тренування виконавчих функцій підвищує здатність до когнітивного переналаштування.

Префронтальна регуляція виконавчих процесів забезпечує контроль над імпульсними емоційними реакціями, натомість ефективна емоційна регуляція знижує навантаження на виконавчі механізми та сприяє їхній стабільності. Здатність регулювати емоції підвищує ймовірність адаптивної поведінки у складних ситуаціях, а досвід успішної адаптації закріплює регулятивні навички.

Адаптивна поведінка й стресостійкість перебувають у взаємному підсиленні: розвиток адаптивних стратегій підвищує резилієнтність, а висока стресостійкість полегшує реалізацію адаптивних реакцій. Отже, модель підкреслює циркулярний характер відношень між когнітивними, емоційними

й поведінковими механізмами, що має ключове значення для розуміння ресурсів психічної стабільності на прифронтових територіях.

Когнітивна гнучкість ↔ Виконавчі функції — гнучкість мислення покращує планування й самоконтроль, але розвиток виконавчих функцій (через тренування чи досвід) у свою чергу зміцнює когнітивну гнучкість.

Виконавчі функції ↔ Емоційна регуляція — префронтальна кора гальмує надмірні емоційні реакції, але ефективна емоційна регуляція знижує емоційне навантаження, що підтримує стабільність виконавчих функцій.

Емоційна регуляція ↔ Адаптивна поведінка — здатність контролювати емоції підвищує адаптивність, але досвід успішної адаптації зміцнює регулятивну компетентність.

Адаптивна поведінка ↔ Стресостійкість — висока стресостійкість допомагає адаптуватися, і навпаки, ефективна адаптація підвищує стресостійкість.

Обґрунтоване підвищення рівня когнітивної гнучкості є невід’ємною умовою збереження психологічної стабільності і здатності до ефективного реагування у складних бойових і психологічних умовах прифронтових територій. Тому увага до цих аспектів є важливою як для теоретичного аналізу, так і для практичної роботи з особами, що перебувають під тривалим впливом стресових факторів.

Проведений аналіз когнітивного функціонування в умовах тривалого стресу свідчить про системні зміни на всіх рівнях пізнання - від процесів уваги та пам’яті до мислення, виконавчих функцій і когнітивного контролю. Хронічний вплив стресових факторів призводить до звуження уваги, порушень короткочасної пам’яті, дефіцитів когнітивної гнучкості та послаблення виконавчої регуляції, що формує стійкі когнітивні викривлення і автоматизовані спотворення мислення [56; 67; 75]. Це в комплексі погіршує ефективність адаптивної поведінки і підвищує вразливість особистості до емоційних розладів.

Особливо важливим є зниження когнітивної гнучкості, яке призводить

до когнітивної ригідності і зменшує можливості саморегуляції в складних психоемоційних умовах. Така когнітивна негнучкість підриває механізми емоційної регуляції через послаблення функції префронтальної кори та системи виконавчих функцій, що в свою чергу посилює емоційні дисбаланси і ризик розвитку тривожності, депресії та інших психологічних проблем [31; 67].

Для емпіричного дослідження когнітивних порушень у вибірці осіб, що перебувають під тривалим стресом, застосовуватимуться психодіагностичні інструменти Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) [64] та опитувальник «Когнітивні помилки» [60], які дозволяють виявити рівень когнітивної ригідності, автоматичних викривлень і фіксації на негативних переживаннях.

Таким чином, когнітивні зміни, спричинені хронічним стресом, мають комплексний характер і визначають загальний рівень психологічної адаптації особистості. Подальший аналіз буде спрямовано на вивчення взаємозв'язку когнітивних та емоційних порушень, а також ролі соціальної підтримки у збереженні адаптивного функціонування в умовах прифронтових територій.

1.3.Взаємозв'язок емоційної та когнітивної сфер у тривалому стресі роль соціальної підтримки.

Вивчення взаємозв'язку когнітивної та емоційної сфер в психології здійснюється через різні теоретичні парадигми, серед яких особливе місце займають когнітивний, нейропсихологічний та соціально-когнітивний підходи. Кожен із них розкриває різні аспекти взаємодії мислення, емоцій і поведінки, що є надзвичайно важливим для розуміння механізмів адаптації або дезадаптації в умовах тривалого стресу [20; 31; 67] .

Когнітивний підхід розглядає емоції як результат когнітивних оцінок та інтерпретацій зовнішніх і внутрішніх подій. Відповідно до цієї теорії, зміни в пізнавальних процесах, зокрема увазі, пам'яті, мисленні, можуть трансформувати емоційний стан індивіда, формувати певні поведінкові стратегії [58; 66] . Схема когнітивного підходу за Р. Лазарус, С. Фолкман представлена на рис. 1.4.

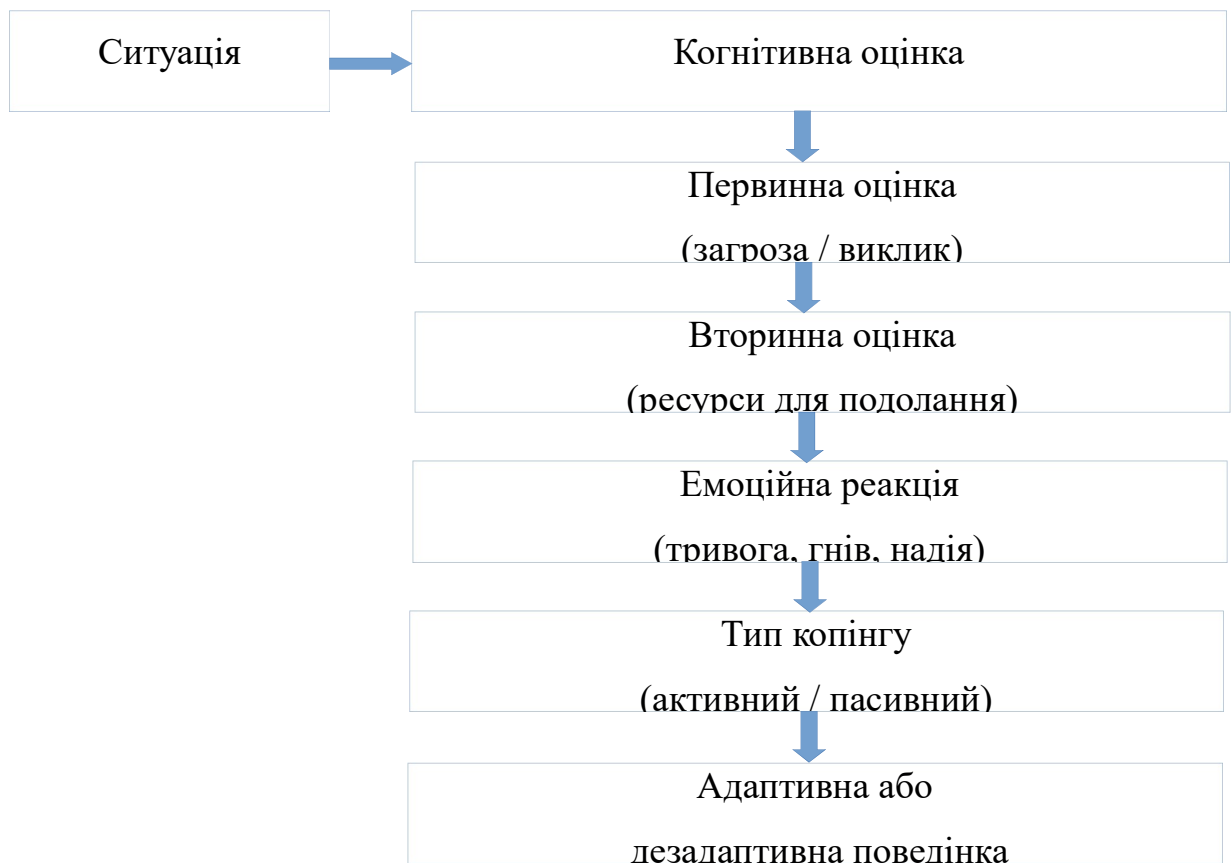


Рис. 1.4. Схема когнітивного підходу за Р. Лазарус, С. Фолкман

Так, когнітивна теорія емоцій Лазаруса Р., Фолкмана С. підкреслює роль оцінки ситуації як ключового механізму, що активує емоційні реакції. Водночас емоції впливають на вибір і ефективність когнітивних стратегій, створюючи двонаправлену взаємодію [70; 71] . У контексті тривалого стресу цей підхід пояснює, як інтерпретація загрози та оцінка власних ресурсів модулює інтенсивність емоційного відгуку і тип копінг-стратегій, що безпосередньо позначається на адаптивній поведінці рис. 1.4. Схема нейропсихологічного підходу представлена на рис 1.5.

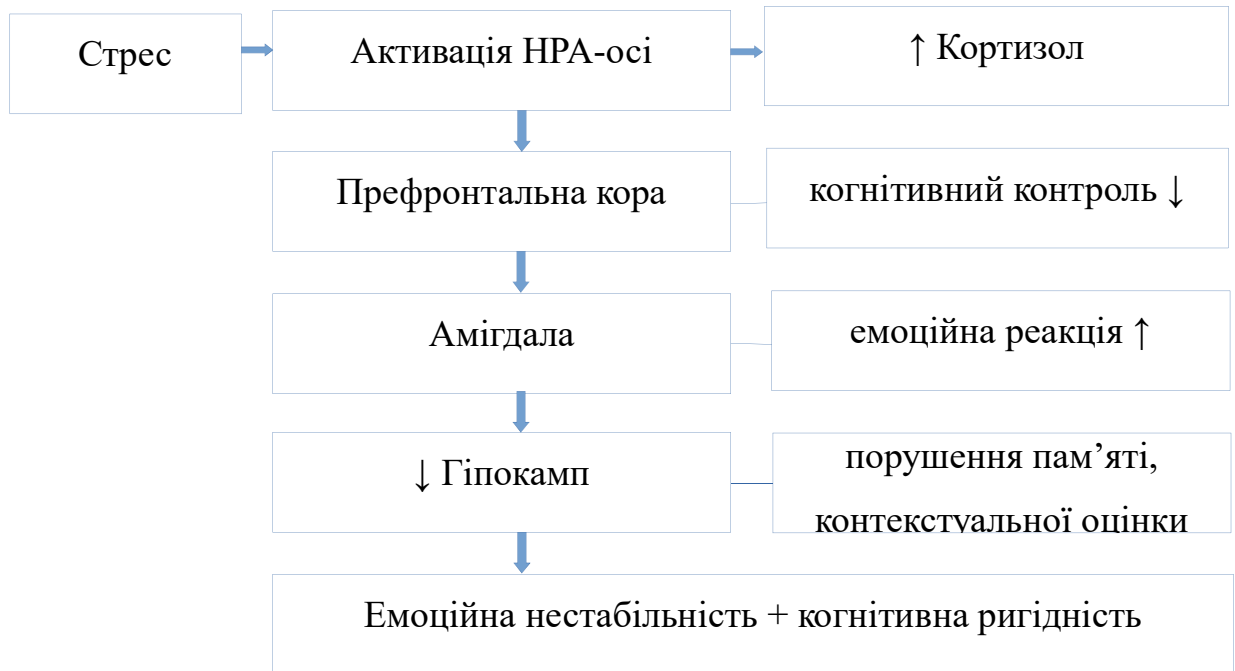


Рис 1.5. Схема нейропсихологічного підходу

Нейропсихологічний підхід акцентує увагу на фізіологічних і анатомічних основах когнітивної та емоційної діяльності, досліджуючи, зокрема, функції окремих мозкових структур та нейронних мереж. Згідно із сучасними даними, префронтальна кора контролює виконавчі функції, необхідні для регуляції емоцій, а амігдала відповідає за оцінку загроз та генерацію емоційних реакцій. Взаємодія цих структур визначає баланс між раціональним мисленням та емоційним сприйняттям і має критичне значення в умовах стресу [56; 75]. Цей підхід дає нейробіологічне пояснення, чому при хронічному стресі слабшає когнітивний контроль, зростає емоційна реактивність і погіршується стійкість уваги та пам'яті.

Соціально-когнітивний підхід розглядає емоції і когнітивні процеси у ширшому соціальному контексті, підкреслюючи роль міжособистісних взаємодій, соціальних норм та очікувань. Згідно із цією теорією, соціальна підтримка, моделі поведінки та соціальне навчання мають визначальний вплив як на емоційну регуляцію, так і на когнітивні оцінки ситуації. Особливо це стає актуальним у кризових умовах, де підтримка від спільноти виступає як важливий фактор адаптації [5; 13; 40]. У тривалому стресі соціальне оточення може або посилювати ригідні інтерпретації та тривожні очікування, або,

навпаки, сприяти когнітивній переоцінці та емоційній стабілізації. Схема соціально-когнітивного підходу представлена на рис. 1.6.

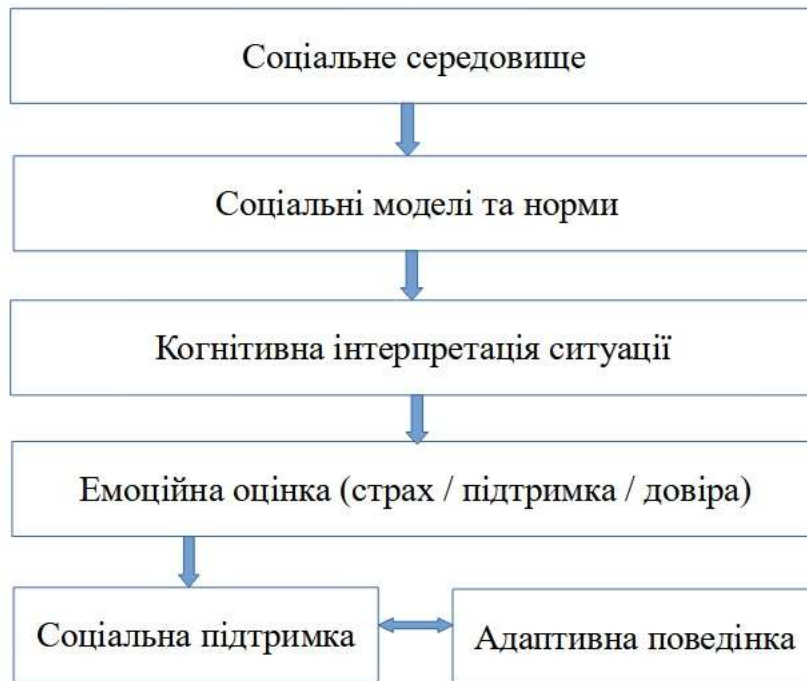


Рис. 1.6. Схема соціально-когнітивного підходу.

Прифронтові території – це географічні зони, що розташовані у безпосередній близькості до лінії бойових дій і характеризуються постійною загрозою життю, економічною нестабільністю, а також обмеженим доступом до базових соціальних і медичних ресурсів. Життя в таких умовах супроводжується високим рівнем тривалого стресу, що суттєво впливає на психоемоційний стан населення і створює складні виклики для когнітивно-емоційної регуляції [13; 34; 40].

Отже, когнітивний підхід пояснює роль оцінки загрози, нейропсихологічний - фізіологічні механізми реагування, а соціально-когнітивний - модулювальний вплив соціального середовища; разом вони утворюють рамку для аналізу адаптації/дезадаптації у прифронтовому контексті.

Комплексне розуміння взаємозв'язку когнітивної та емоційної сфер у контексті прифронтових територій потребує інтеграції психологічних теорій та врахування соціального середовища. Цей підхід дозволяє пояснити, як події,

сприйняті через когнітивну призму, формують емоційні реакції, які в свою чергу можуть впливати на поведінкові стратегії виживання та адаптації в складних умовах війни і збройного конфлікту.

Тривалий хронічний стрес, характерний для мешканців прифронтових територій, суттєво змінює динаміку когнітивної та емоційної сфер, порушуючи їхню гармонійну взаємодію. З огляду на вже наведене визначення, у цьому дослідженні прифронтові зони розглядаються як регіони безпосередньої близькості до лінії бойових дій із високим ризиком насильства та перманентною невизначеністю, що посилює психоемоційні навантаження через нестабільність у соціальному та економічному житті [13; 34; 40]. Життєві умови цих територій включають постійний вплив загроз, втрату базових ресурсів, обмежений доступ до медичної та психологічної допомоги, що у сукупності формує унікальний контекст для вивчення когнітивно-емоційних процесів.

Хронічний стрес створює несприятливу основу для підтримки когнітивно-емоційного балансу, знижуючи когнітивну гнучкість, увагу, пам'ять і виконавчі функції. На рівні психологічних проявів це відображається у порушеннях концентрації, збільшенні кількості когнітивних помилок, загостренні тривожності, емоційній лабільності та затриманому відновленні після стресових подій [49; 56; 75]. У мешканців прифронтових зон спостерігаються симптоми психоемоційної дезадаптації, зокрема синдром емоційного вигорання, депресивні стани, підвищена дратівливість (іританція), а також проблеми у формуванні адекватних копінг-стратегій через виснаження когнітивних ресурсів [13; 25; 40].

Нейрофізіологічні механізми порушення когнітивно-емоційної взаємодії пов'язані з тривалою активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (НРА) осі. Постійне вироблення кортизолу пов'язане з нейротоксичними ефектами, особливо в гіпокампі, що відповідає за консолідацію пам'яті та регуляцію емоційної поведінки [56; 75]. Зміни у префронтальній корі, регіоні, що регулює виконавчі функції, прийняття рішень та інгібування імпульсивної поведінки,

зменшують здатність контролювати емоційні реакції та підтримувати ефективне планування. Амігдала, відповідальна за оцінку загрози та генерацію емоцій страху і тривоги, зазнає гіперактивності, що підтримує стан надмірної настороженості та емоційного дисбалансу [49; 56] .

Важливо підкреслити бідірекційність впливів: не лише стрес підриває когнітивні функції, а й когнітивні викривлення (наприклад, катастрофізація, надмірне узагальнення, "чорно-біле" мислення) підтримують і посилюють емоційну дестабілізацію, підвищують тривожну настороженість та знижують ефективність копінг-стратегій. У цілому, хронічний стрес у прифронтових умовах формує патерни дисрегуляції - *стійкі, повторювані поєднання емоційних і когнітивних реакцій, що знижують адаптивність і відтворюються за схожих тригерів*. Це призводить до замкненого кола, в якому емоційні перевантаження негативно впливають на мислення, а когнітивні спотворення поглиблюють емоційну напругу, що посилює ризик розвитку психосоматичних і поведінкових порушень [33; 67] .

У цьому контексті спостерігається двонаправлений взаємозв'язок когнітивної та емоційної сфер: когнітивні процеси (оцінка загрози, інтерпретація подій, мисленнєві схеми) визначають характер і силу емоційної реакції, тоді як надмірна емоційна реактивність (страх, безсилля, тривога) ускладнює функціонування уваги, пам'яті, виконавчих функцій та регуляторного контролю. Схема двонаправленого взаємозв'язку когнітивної та емоційної сфери представлено на рис. 1.7.

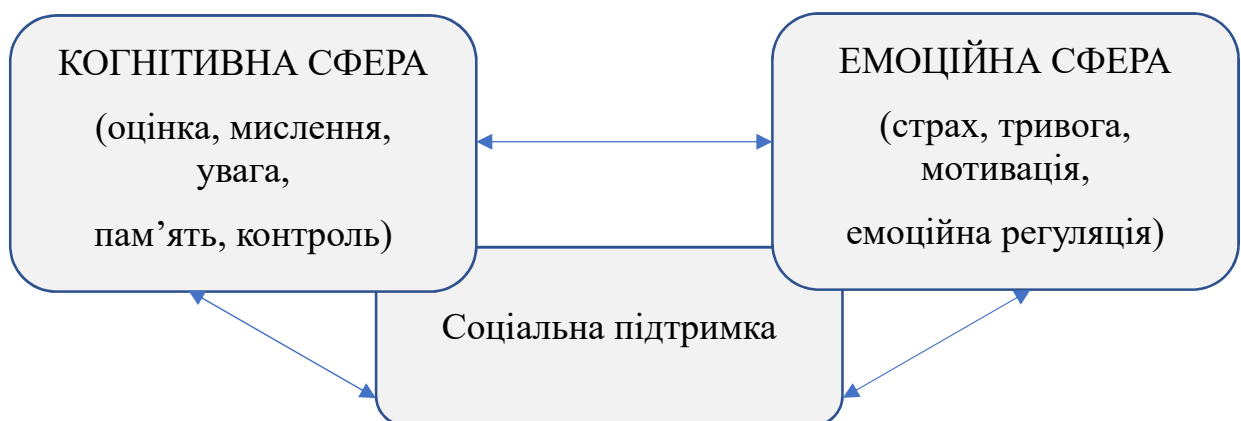


Рис.1.7 Схема двонаправленого взаємозв'язку когнітивної та емоційної сфери

Постійна активація стресової системи, підвищення рівня кортизолу та порушення міжпівкульної взаємодії створюють замкнене коло когнітивно-емоційної дисфункції, у якому емоційні перевантаження підсилюють когнітивні дефіцити, а когнітивні спотворення - емоційний дисбаланс [56; 67; 75].

Водночас наявність соціальної підтримки, стабільних міжособистісних зв'язків і психоедукаційних програм здатна розривати це коло, виконуючи роль буфера, що знижує інтенсивність емоційних реакцій і сприяє відновленню когнітивного контролю [13; 40].

Таким чином, дослідження когнітивно-емоційної взаємодії в прифронтових регіонах має враховувати підвищену вразливість систем регуляції емоцій і когнітивних процесів, що є результатом як безпосередніх загроз війни, так і довготривалого впливу стресових факторів. Це відкриває перспективи для розробки психокорекційних заходів, спрямованих на відновлення когнітивної контролюючої функції та емоційної стабільності з урахуванням специфіки проживання в умовах прифронтової зони.

Соціальна підтримка виступає ключовим чинником захисту психіки людини в умовах тривалого стресу, особливо на прифронтових територіях, де життєві загрози і соціальні втрати мають системний характер. Під соціальною підтримкою розуміють сукупність ресурсів, які людина отримує від свого соціального оточення - емоційних, інформаційних, матеріальних або інструментальних. Вона поділяється на кілька типів: емоційна (виявлення співчуття, турботи), інформаційна (поради, рекомендації), інструментальна (конкретна допомога, послуги) і соціальна інтеграція (відчуття належності до групи) [13; 40].

У контексті тривалого стресу соціальна підтримка виконує функцію психологічного буфера, захищаючи індивіда від дезадаптивних наслідків переживань. Механістично це проявляється, зокрема, у зниженні суб'єктивної оцінки загрози, нормалізації активності НРА-осі (через послаблення реактивності на стресори) та стабілізації емоційної системи, що зберігає

когнітивні ресурси уваги, робочої пам'яті й виконавчого контролю. Вона пом'якшує вплив стресових подій на психоемоційний стан, сприяє збереженню та відновленню когнітивних ресурсів, знижує рівень тривоги і депресії, підтримує мотивацію до активних стратегій подолання проблем [3; 8]. Феномен «буферної ролі» соціальної підтримки закріплений у численних теоретичних моделях, які підтверджують, що за умов наявності підтримки негативний вплив стресу на психіку зменшується [78; 79].

Аналіз останніх українських досліджень, проведених у 2022–2024 роках, демонструє особливий статус психологічної підтримки для мешканців прифронтових територій. В умовах військового конфлікту й гуманітарної кризи соціальна підтримка стає не лише фактором пом'якшення психічних розладів, а й цілісною системою ресурсів, що забезпечує емоційну стійкість та сприяє відновленню когнітивної діяльності. Зокрема, науковці підкреслюють ефективність мобільних груп психологічної допомоги, мереж підтримки родин, ініціатив місцевих громад та волонтерських об'єднань як інструментів збереження психічного здоров'я [13; 15; 40].

Як приклад емпіричного підтвердження буферної дії соціальної підтримки, у дослідженнях Каменщик О.М. виявлено, що серед внутрішньо переміщених сімей, які отримували регулярну психологічну допомогу та емоційну підтримку, спостерігалось зниження рівня тривожності, покращення концентрації уваги та підвищення мотивації до активних копінг-стратегій — що опосередковано свідчить про відновлення когнітивного контролю [15].

Аналогічні результати подає Кузікова І.Ю. та співавторів, зазначаючи, що інтеграція соціальної підтримки у програми психосоціальної допомоги має включати не лише матеріальне забезпечення, а передусім емоційне та когнітивне відновлення постраждалих у зонах бойових дій, з урахуванням тривалого впливу стресу та потреби у відновленні психологічної стійкості [19].

Отже, соціальна підтримка є ключовим елементом збереження когнітивно-емоційної рівноваги в умовах хронічної небезпеки. Вона виконує функцію регулятора психоемоційного стану, підтримує адаптивні стратегії

реагування, запобігає дезадаптації та сприяє відновленню психічного здоров'я у складних умовах прифронтових територій.

Висновки до розділу 1

У першому розділі здійснено комплексний теоретичний аналіз особливостей емоційної та когнітивної сфери особистості в умовах тривалого стресу, характерного для мешканців прифронтових територій. Узагальнення сучасних психологічних, нейропсихологічних і соціально-когнітивних підходів дозволило встановити системний характер впливу хронічного стресу на психічне функціонування людини та окреслити ключові механізми порушення емоційно-когнітивної регуляції.

Показано, що тривалий стрес, зумовлений постійною загрозою життю, нестабільністю середовища й повторюваними травматичними подіями, спричиняє глибокі зміни в емоційній сфері: підвищення рівня тривожності, емоційної лабільності, ірританції, появу симптомів емоційного виснаження та порушення механізмів емоційної регуляції. Ключовим фактором цих змін є пролонгована активація стресової НРА-осі, що спричиняє дисбаланс між активністю префронтальної кори, гіпокампу та амігдали, які визначають здатність особистості до контролю, оцінки загрози й формування адаптивних емоційних реакцій.

Когнітивне функціонування в умовах хронічного стресу порушується на різних рівнях: знижується увага, робоча пам'ять, швидкість обробки інформації, страждає виконавчий контроль та когнітивна гнучкість. Хронічний стрес формує феномен когнітивного виснаження, який проявляється у зменшенні здатності до концентрації, підвищенні кількості когнітивних помилок, ригідності мислення та домінуванні автоматизованих негативних інтерпретацій. Такі зміни негативно впливають на загальну адаптивність, знижуючи можливості ефективного опрацювання інформації, прийняття рішень і контролю поведінки.

Особливу увагу приділено взаємозв'язку емоційної та когнітивної сфер. Встановлено, що ці домени функціонують як єдина регуляційна система: когнітивні оцінки визначають силу та тип емоційних реакцій, тоді як емоційна перенапруга порушує когнітивні процеси, зменшуючи можливості контролю та раціонального мислення. У прифронтовому контексті ця двонаправлена взаємодія набуває патологізованого характеру, створюючи замкнене коло дисфункції: емоційна гіперактивація підсилює когнітивні спотворення, а когнітивні спотворення поглиблюють емоційний дисбаланс.

Важливим модульовальним чинником, який здатний зменшувати негативний вплив хронічного стресу, виступає соціальна підтримка. Теоретичний аналіз свідчить, що емоційні, інформаційні, інструментальні та інтегративні форми підтримки відіграють роль психологічного буфера, стабілізують емоційний стан, знижують реактивність НРА-осі, сприяють збереженню когнітивних ресурсів і покращують здатність до використання адаптивних копінг-стратегій. У контексті прифронтових територій соціальна підтримка постає як один із найпотужніших предикторів збереження психологічної стійкості та відновлення когнітивної регуляції.

Таким чином, теоретичний аналіз засвідчив, що тривалий стрес призводить до системної дезорганізації емоційних і когнітивних процесів, порушення їх взаємодії та формування патернів дезадаптивного реагування. Водночас наявність соціальної підтримки істотно послаблює негативний вплив стресу, сприяє відновленню психоемоційного балансу та збереженню когнітивного функціонування. Отримані теоретичні положення становлять основу для емпіричного дослідження специфіки когнітивних та емоційних змін у мешканців прифронтових територій, а також для подальшого розроблення психокорекційних програм, спрямованих на підтримку їх психічної стійкості.

РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СФЕР ОСІБ ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЙ

2.1. Опис вибірки та організації дослідження

Виходячи з висунутої гіпотези про наявність взаємозв'язку між емоційними та когнітивними характеристиками осіб, які проживають у зонах бойових дій, для емпіричного дослідження були обрані психодіагностичні методики, спрямовані на вивчення як емоційного стану, так і когнітивного функціонування респондентів.

З урахуванням практичних обмежень - складності очного збору даних у прифронтових регіонах, небажання частини респондентів брати участь у безпосередніх дослідженнях, обмеженості часу та ресурсів дослідника - було прийнято рішення використовувати стандартизовані самоопитувальники, які можна адаптувати для дистанційного формату.

До комплексу методик увійшли:

- *Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)* - для оцінки суб'єктивного рівня стресу;
- *Опитувальник депресії PHQ-9* - для виявлення емоційного виснаження і симптомів депресивності;
- *Шкала тривожності Спілбергера – STAI* - для вимірювання особистісної та ситуативної тривожності;
- *Опитувальник когнітивного злиття CFQ-7* - для оцінки рівня когнітивної ригідності й автоматизованих мисленнєвих реакцій;
- *Опитувальник когнітивних помилок CFQ-25* - для дослідження частоти помилок і порушень уваги у повсякденному житті.

Обрані інструменти оптимально відповідають завданням дослідження, оскільки дозволяють комплексно оцінити взаємопов'язані показники емоційного напруження, тривожності, депресивних проявів, когнітивної ефективності та гнучкості мислення. Крім того, формат самоопитування

забезпечує охоплення більшої кількості респондентів без необхідності створення спеціальних умов або присутності експериментатора, а сам процес заповнення опитувальників сприяє рефлексії та усвідомленню власних психологічних станів учасниками.

Організація емпіричного дослідження передбачала кілька послідовних етапів:

1. Підготовчий етап – визначення мети та гіпотез, добір і адаптація психодіагностичних методик, створення електронної форми опитувальника, перевірка її змістової валідності.
2. Польовий етап – розповсюдження анкети серед цільових груп, збір емпіричних даних в онлайн-форматі Google Forms.
3. Аналітичний етап – перевірка цілісності вибірки, первинна статистична обробка, розрахунок показників за шкалами, визначення кореляцій і перевірка гіпотез.
4. Інтерпретаційний етап – узагальнення результатів, формування висновків і практичних рекомендацій.

Емпіричне дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів психологічної науки, визначених у *Кодексі етики психолога Української спілки психотерапевтів* та *Етичному кодексі ЄАПП*.

Участь у дослідженні була добровільною, конфіденційною та анонімною. Перед початком опитування кожен учасник отримував інформаційне повідомлення про мету, зміст і орієнтовну тривалість участі (15–20 хвилин) та надавав інформовану згоду на використання даних у дослідницьких цілях, позначивши відповідний пункт: «Я згоден(-на) надати дані з дослідницькою метою».

Дослідження проводилося в онлайн-форматі за допомогою платформи Google Forms, що забезпечило зручність заповнення й автоматизовану обробку результатів.

Анкета не містила питань, які могли б ідентифікувати особу (електронні адреси, телефони тощо), а всі відповіді опрацьовувалися у зведеному

знеособленому вигляді.

Опитувальник мав структурований формат і складався з кількох послідовних частин:

1. Титульний блок, який містив мету, опис, умови участі та пункт інформованої згоди (Додаток 1).
2. Соціально-демографічний блок, що охоплював питання про вік, стать, регіон і тип населеного пункту, сімейний стан, рівень освіти, тривалість проживання у прифронтовій зоні, наявність дітей та досвід звернення по психологічну підтримку (Додаток 2).
3. П'ять психодіагностичних блоків:
 - Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) (Додаток 3);
 - Опитувальник депресії PHQ-9 (Додаток 4);
 - Шкала тривожності Спілбергера (STAI) (Додаток 5);
 - Опитувальник когнітивного злиття (CFQ) (Додаток 6);
 - Опитувальник когнітивних помилок (Cognitive Failures Questionnaire, CFQ) (Додаток 7).
4. Блок зворотного зв'язку, який дозволяв оцінити зрозумілість і релевантність питань (Додаток 8).

Розповсюдження анкети здійснювалося у групах психосоціальної підтримки прифронтових регіонів, серед студентів психологічних факультетів, слухачів курсів підвищення кваліфікації психологів, працівників громадських організацій та за принципом «снігової кулі», коли учасники ділилися анкетною з колегами, друзями чи родичами.

Для забезпечення цілісності бази всі питання були обов'язковими для заповнення, що унеможливлювало відправку неповних анкет.

У результаті до аналізу увійшли 98 повністю заповнених анкет, дублікати відсутні. Невелика кількість респондентів, які не проживають у прифронтовій зоні, не була виключена, оскільки їхні відповіді розглядалися як порівняльна група, що дозволяє виявити потенційні відмінності у показниках емоційної та когнітивної сфери.

До вибірки включалися:

- повнолітні особи (віком від 18 років), які проживають або проживали раніше у прифронтових територіях України;
- респонденти, які надали інформовану згоду на участь у дослідженні та використання їхніх даних у наукових цілях;
- учасники, які повністю заповнили анкету, оскільки всі питання мали статус обов’язкових для відповіді.

Респонденти, які не проживають у зоні бойових дій або були тимчасово переміщені, не виключалися з аналізу, оскільки їхні результати розглядалися як порівняльна підвибірка, що дозволяє оцінити можливі відмінності між мешканцями прифронтових і відносно безпечних територій.

До емпіричного дослідження було залучено 98 респондентів, більшість із яких проживають у прифронтових регіонах Півдня України - переважно в Миколаївській 70,4 % та Херсонській 18,4 % областях. Решту 11 % становили учасники з інших регіонів України Полтавської, Дніпропетровської, Житомирської, Сумської, Одеської, Харківської областей та кілька респондентів, які тимчасово перебувають за кордоном. Їхні дані розглядалися як порівняльна підвибірка, що дає можливість проаналізувати регіональні відмінності у сприйнятті стресу та емоційних станах.

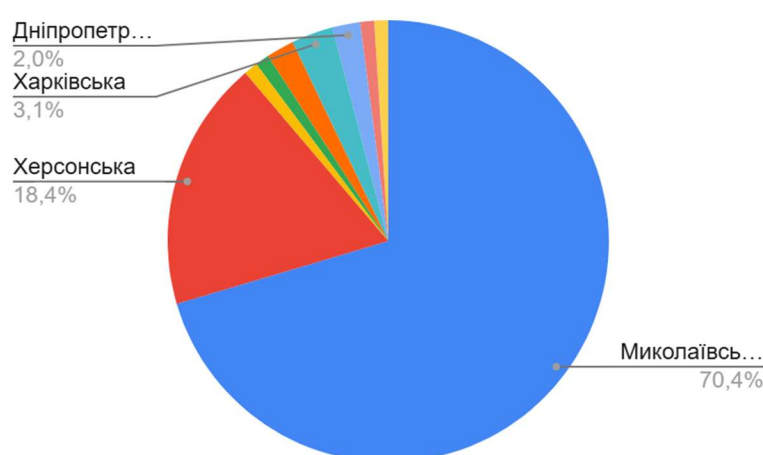


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за областями

Жінки становлять 83,7 % вибірки, чоловіки - 15,3 %, ще один респондент

ідентифікував себе як небінарна особа. Такий гендерний розподіл є типовим для психологічних досліджень, у яких жінки частіше беруть участь у соціологічних та психоемоційних опитуваннях, що може бути зумовлено більшою відкритістю до теми емоційного здоров'я. Високий відсоток жінок серед учасників може вказувати на підвищену готовність до саморефлексії та відкритість до участі у психоемоційних опитуваннях, що є важливим у дослідженнях емоційної сфери.

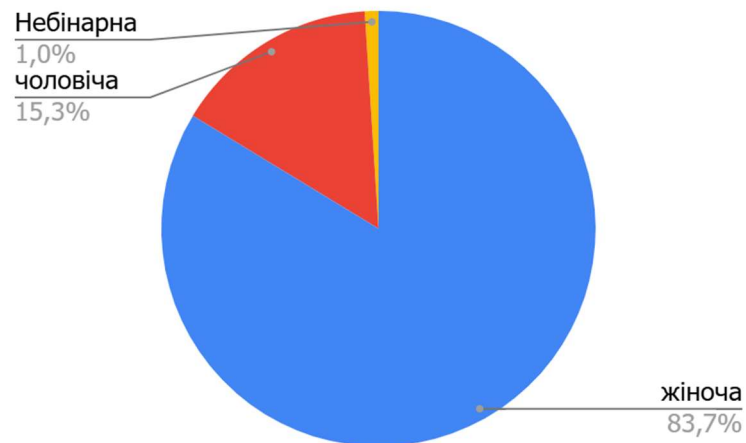


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за статтю

Найчисельнішою групою є респонденти віком 30–44 роки 40,8 %, що відповідає активному соціально-професійному періоду життя. Наступними за чисельністю є групи 18–29 років 38,8 % та 45–59 років 17,3 %. Менш представленими є старші 60–74 роки учасники - 3 % кожна група.

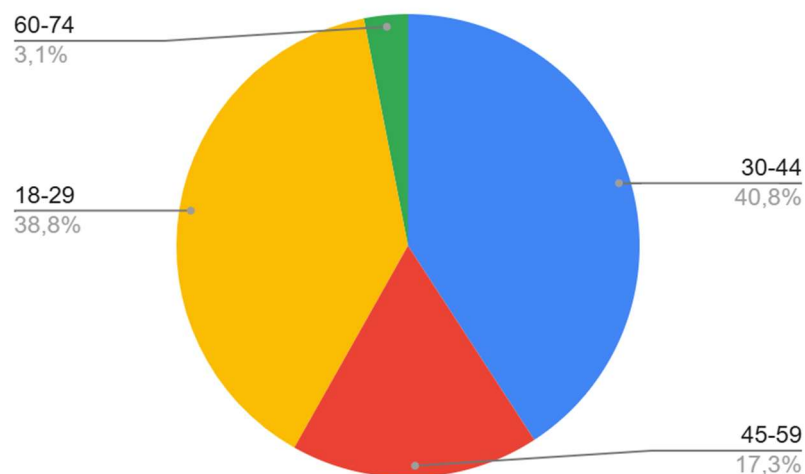


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за віком

Більшість опитаних 79,6 % проживають у містах, тоді як мешканці сільських територій становлять 18,4 %, а ще близько 2 % - жителі селищ. Такий розподіл відображає більшу доступність інтернет-опитування для міського населення.

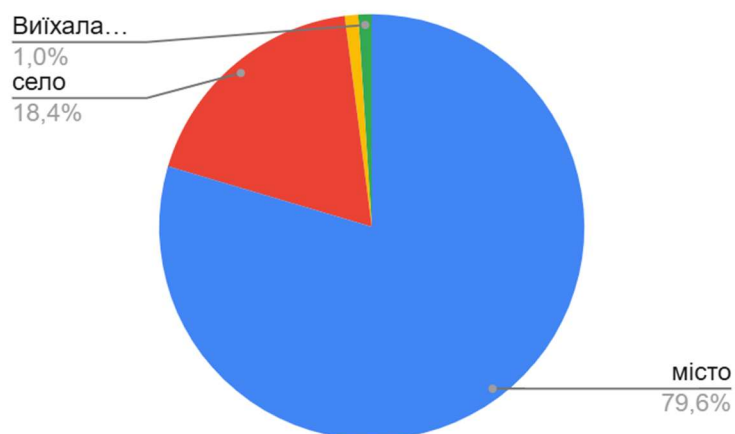


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за типом населеного пункту

Близько 52 % респондентів перебувають у шлюбі або цивільних стосунках, 43 % - самотні чи розлучені, ще 5 % - заручені або у неформальних відносинах. Це дає змогу розглядати результати з урахуванням різних рівнів соціальної підтримки та стабільності міжособистісних зв'язків. Розподіл за сімейним станом дозволяє враховувати рівень соціальної підтримки, який є захисним чинником у стресових умовах. Самотні або розлучені респонденти потенційно мають вищий ризик емоційної вразливості, тоді як особи у стабільних стосунках - більше ресурсів для подолання напруження.

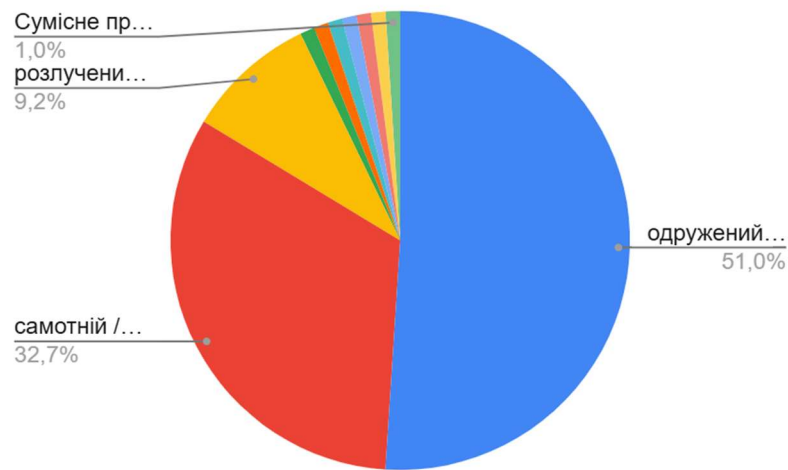


Рис. 2.5. Розподіл респондентів за сімейним станом

Приблизно половина опитаних 51 % не мають дітей, решта 49 % - мають одну або двох. Наявність дітей може як підвищувати рівень тривожності через відповідальність і загрозу безпеці родини, так і посилювати мотивацію до збереження стабільності. Водночас відсутність дітей часто асоціюється з більшим ресурсом часу для саморегуляції, але нижчим рівнем соціальної підтримки.

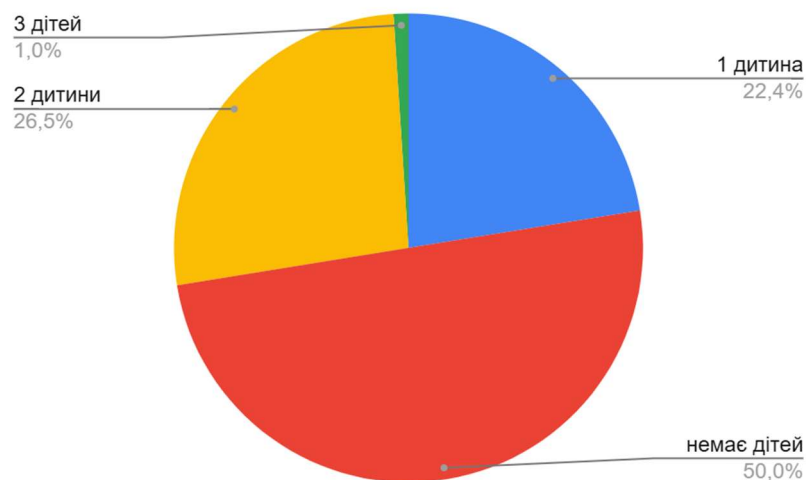


Рис. 2.6. Розподіл респондентів за кількістю дітей

Найбільшу частку становлять особи з вищою освітою (понад 60 %), ще 14,3 % мають професійно-технічну освіту, решта - середню загальну. Високий рівень освіти учасників свідчить про достатню когнітивну компетентність і здатність адекватно оцінювати власні психологічні стани. Це підвищує

надійність отриманих відповідей та полегшує інтерпретацію результатів когнітивних тестів.

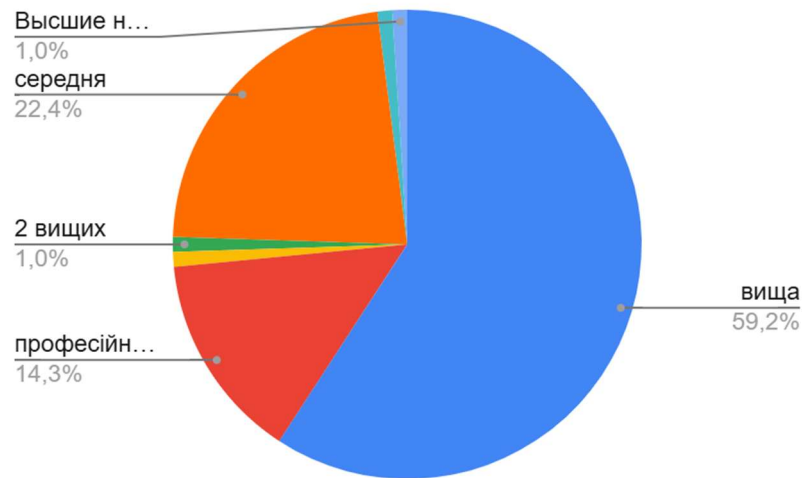


Рис. 2.7. Розподіл респондентів за рівнем освіти

Більшість респондентів 45,9 % зазначили, що перебувають у цих умовах понад три роки; 36,7 % - від одного до трьох років, і лише 9,2 % - менше року. Це підтверджує, що більшість учасників мають тривалий досвід життя в умовах хронічного стресу, пов'язаного з воєнними діями.

Цей чинник має ключове значення для аналізу взаємозв'язку між тривалістю впливу стресу та показниками емоційної стабільності.

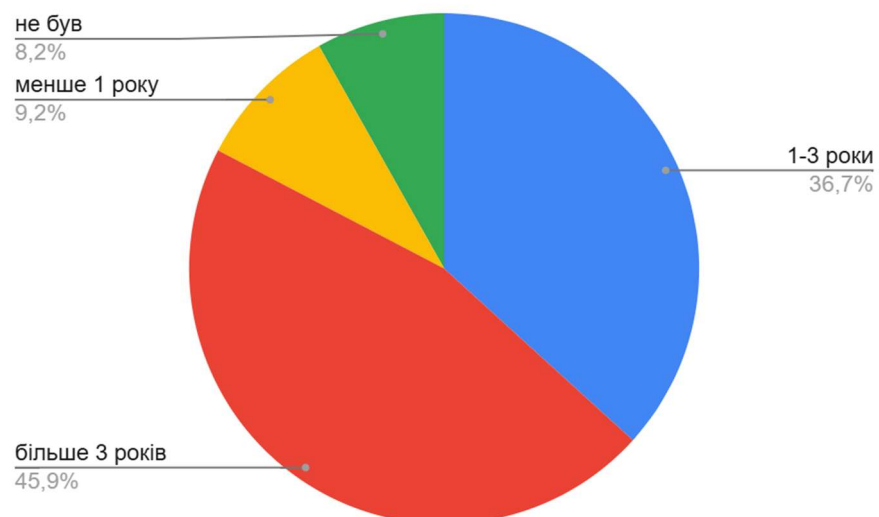


Рис. 2.8. Розподіл респондентів за тривалістю проживання у прифронтовій зоні

За результатами анкетування, 36,7 % респондентів зазначили, що зверталися по психологічну або соціальну підтримку, переважно один або кілька разів. Лише 8 осіб менше 1 % повідомили про регулярне користування такими послугами. Водночас 63,3 % опитаних ніколи не зверталися за психологічною допомогою, що може свідчити про недостатню доступність або низьку культуру звернення по підтримку навіть серед осіб, які тривалий час перебувають у зоні підвищеного стресу. Це може вказувати на брак довіри до психологічних сервісів або культурні бар'єри у визнанні потреби в допомозі.

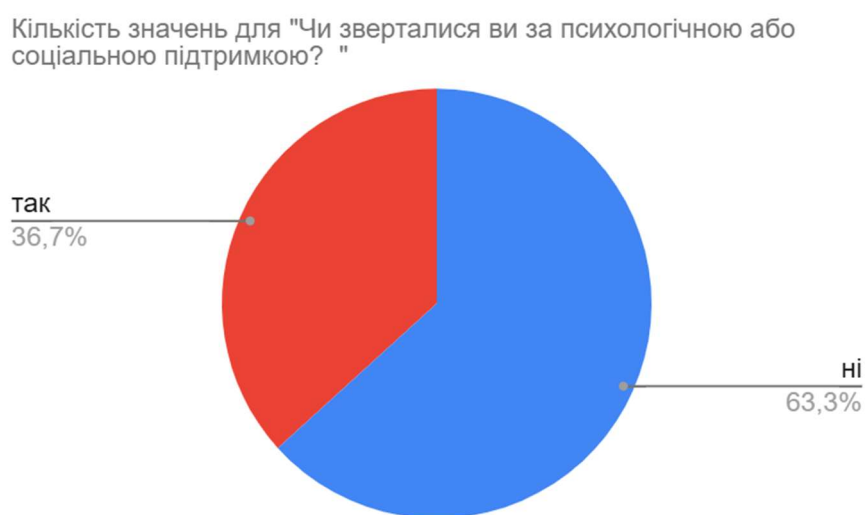


Рис. 2.9. Розподіл респондентів по досвіду отримання психосоціальної підтримки

Такі дані є важливим контекстом для інтерпретації рівнів тривожності, депресивності та когнітивного навантаження, оскільки показують обмежену практику психологічної самопомоги у вибірці.

Усі анкети були заповнені повністю, адже кожне питання мало статус "обов'язкового для відповіді". Дублювання форм не виявлено, що підтверджує валідність та чистоту бази даних. Таким чином, вибірку можна вважати репрезентативною для цільової групи - дорослого населення прифронтових територій, яке проживає у стані хронічного стресу та має різний рівень соціальної й емоційної адаптації.

Отримана вибірка репрезентує доросле населення прифронтових територій України, переважно мешканців Миколаївської та Херсонської областей, які протягом тривалого часу перебувають у стані хронічного стресу, спричиненого воєнними подіями.

Більшість респондентів мають вищу освіту, проживають у містах і належать до соціально активної вікової групи - що дозволяє вважати їх когнітивно та емоційно зрілими учасниками, здатними до адекватної самооцінки власних станів.

Для вибірки характерна гендерна нерівномірність (переважання жінок), що узгоджується з типовою тенденцією до більшої участі жінок у психологічних дослідженнях.

Висока частка осіб, які проживають у прифронтових умовах понад три роки, забезпечує достовірність даних щодо впливу тривалого стресу на когнітивно-емоційні показники.

Водночас обмежена практика звернення за психологічною допомогою свідчить про ризики кумуляції стресу та можливе формування стійких патернів дезадаптації.

Таким чином, вибірка є достатньо однорідною за контекстом життєвого досвіду, але містить варіативність за віком, освітою та типом населеного пункту, що дозволяє використовувати її для порівняльного й кореляційного аналізу.

Отримані дані створюють надійну емпіричну базу для дослідження взаємозв'язків між показниками емоційної (стрес, тривога, депресивність) і когнітивної (злиття, помилки) сфер, що детально розглядається в наступному розділі.

2.2. Методи дослідження емоційної сфери та аналіз результатів

Емоційна сфера виступає базовим індикатором психологічного функціонування особистості у воєнних умовах, оскільки саме емоційні реакції найчутливіше реагують на тривалий стрес і визначають характер подальшої когнітивної та поведінкової адаптації. Емоційна дезрегуляція зазнає змін раніше, ніж когнітивна сфера, відображаючи рівень напруження, виснаження ресурсів та внутрішньої здатності особистості протистояти зовнішнім загрозам. У контексті проживання в прифронтових регіонах саме емоційна сфера формує структуру реагування на стресори, визначаючи ступінь стійкості, ризик дезадаптації та потребу в психосоціальній підтримці.

– В основі теоретико-методологічного підходу до вивчення емоційної сфери лежить транзакційна модель стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, у межах якої стрес, тривожність і депресивність розглядаються як інтегровані показники емоційно-адаптивної системи.

– Сприйнятий стрес виступає узагальненим показником суб'єктивної напруженості, відчуття перевантаження та зниження контролю над ситуацією.

– Тривожність відображає мобілізаційний аспект емоційної реакції - готовність до небезпеки, очікування загрози, що в умовах війни стає хронічним.

– Депресивність є наслідком виснаження адаптаційних механізмів, коли тривалий стрес переходить у фазу емоційного вигорання, апатії або безсилля.

Комплексне дослідження цих трьох параметрів дозволяє оцінити як актуальний емоційний стан, так і глибину його наслідків, а також визначити потенційні механізми психоемоційної вразливості, які виникають унаслідок тривалого перебування в умовах загрози.

Методологічною основою дослідження виступає кількісний психодіагностичний підхід, що спирається на стандартизовані, валідні та адаптовані до української вибірки методики. Для аналізу емоційної сфери було обрано три опитувальники:

- Шкалу сприйнятого стресу (PSS-10) - для вимірювання індивідуального відчуття перевантаження та напруження;
- Опитувальник депресії PHQ-9 - для оцінки рівня пригніченості, втрати енергії та мотивації;
- Шкалу тривожності Спілбергера (STAI) - для визначення ситуативної та особистісної тривожності як двох форм емоційного реагування.

Обрані методики взаємодоповнюють одна одну, охоплюючи як усвідомлювані емоційні переживання (стрес), так і глибинні афективні стани (тривога, депресія). Їх ефективність підтверджена численними міжнародними дослідженнями у галузі психічного здоров'я в умовах війни, катастроф і гуманітарних криз.

Статистична обробка результатів здійснювалася з використанням описових показників (середні, частки, стандартні відхилення) та кореляційного аналізу, що дозволяє встановити взаємозв'язки між параметрами емоційного стану та іншими досліджуваними змінними (когнітивними, соціально-демографічними).

Отримані результати створюють підґрунтя для подальшого аналізу особливостей когнітивної сфери та взаємозв'язку між емоційними й когнітивними показниками в умовах тривалого стресу.

Для поглибленого аналізу емоційних і когнітивних характеристик респондентів було сформовано дві порівнювальні групи, поділ між якими здійснено за критерієм тривалості проживання на прифронтових територіях. Зазначений критерій є теоретично і емпірично обґрунтованим, оскільки саме тривалість впливу хронічного стресу визначає вираженість порушень емоційної та когнітивної регуляції та характеризує різні фази адаптації.

Група ДГ1 ($n = 45$) включає респондентів із коротким досвідом проживання на прифронтових територіях (до 3 років). Ця група репрезентує осіб, у яких домінують прояви гострого або субгострого стресу, з притаманною їм підвищеною емоційною реактивністю, нестабільністю копінг-механізмів та підвищеною вразливістю когнітивної регуляції.

Група ДГ2 ($n = 45$) складається з респондентів із тривалим досвідом проживання на прифронтових територіях (понад 3 роки). До цієї групи належать особи, у яких прояви стресу мають характер хронічного впливу, що сприяє формуванню стабілізованих адаптивних або дезадаптивних патернів емоційної та когнітивної регуляції.

З урахуванням статеві структури вибірки, кожна з двох порівнювальних груп була додатково поділена на жіночі та чоловічі підгрупи. У ДГ1, що репрезентує осіб із коротким досвідом проживання на прифронтових територіях, налічується 37 жінок та 9 чоловіків, тоді як у ДГ2, до якої входять респонденти з тривалим досвідом перебування у зоні підвищеної небезпеки, представлено 42 жінки та 10 чоловіків. Така структура вибірки дає змогу здійснити аналіз не лише за критерієм тривалості стресового впливу, а й урахувати статеві відмінності у прояві емоційної та когнітивної регуляції, що є важливим для повного розуміння специфіки психологічних реакцій у прифронтових умовах.

Рівність чисельності груп забезпечує можливість коректного статистичного порівняння та створює надійну основу для інтерпретації отриманих результатів у контексті сучасних моделей стресу, нейропсихологічних механізмів адаптації та соціально-психологічних особливостей життя на прифронтових територіях.

Для оцінки рівня суб'єктивного сприйняття стресу застосовано Шкалу сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale — PSS-10), яка є одним із найбільш валідних та поширених інструментів для вимірювання суб'єктивної оцінки напруження у ситуаціях невизначеності. Використання цієї методики є методологічно обґрунтованим, оскільки вона безпосередньо відображає індивідуальне переживання стресогенних подій, що є ключовим чинником психологічного функціонування в умовах тривалого воєнного впливу. PSS-10 оцінює відчуття перевантаженості, неконтрольованості подій та загальної напруги, що дозволяє визначити ступінь емоційної дезрегуляції, яка є характерною для осіб, що проживають у прифронтових умовах.

Методика демонструє високу надійність, внутрішню узгодженість і чутливість до змін у стані респондентів, що підтверджено численними міжнародними дослідженнями. Вона також має адаптовану українську версію, що забезпечує коректність інтерпретації результатів. Застосування PSS-10 у даній роботі є доцільним, оскільки дозволяє порівняти рівні суб'єктивного стресу між двома групами з різним досвідом перебування в умовах небезпеки, виявити особливості їх емоційного реагування та визначити потенційні ризики для когнітивного функціонування. Таким чином, методика забезпечує значущий внесок у комплексне вивчення емоційної сфери вибірки та формує підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв'язків між стресом, тривожністю, депресивністю та когнітивними характеристиками учасників. Розподіл рівнів сприйнятого стресу серед респондентів у двох дослідних групах представлено в табл 2.1.

Таблиця 2.1.

**Розподіл рівнів сприйнятого стресу серед респондентів у двох дослідних групах
(Шкала сприйнятого стресу PSS-10)**

Рівень стресу	ДГ1		ДГ2		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Низький	10	22,2	13	28,9	23	23,5
Середній	30	66,7	36	80,0	66	67,3
Високий	5	11,1	4	8,9	9	9,2
Разом	45	100	45	100	98	100

Згідно з таблицею 2.1. розподіл рівнів сприйнятого стресу демонструє відмінності між двома порівнювальними групами, що різняться за тривалістю проживання у прифронтових умовах. Дані свідчать, що частка респондентів із низьким рівнем стресу є вищою у групі з тривалим досвідом перебування у стресогенному середовищі 28,9 % проти 22,2 % у ДГ1. Це може вказувати на формування певних адаптаційних механізмів, характерних для тривалого впливу хронічного стресу, коли частина осіб демонструє зниження суб'єктивної реактивності на загрозові чинники.

Середній рівень стресу є домінантним у обох групах, проте його поширеність значно вища у ДГ2 80,0 % порівняно з ДГ1 66,7 %. Така тенденція свідчить про стійке збереження психоемоційного напруження серед мешканців, які тривалий час перебувають у прифронтових умовах. Хоча у частини респондентів простежується адаптація, в цілому хронічна дія стресогенних факторів продовжує підтримувати підвищений рівень емоційного навантаження, що відповідає моделям стресової адаптації Лазаруса–Фолкмана.

Високий рівень стресу у ДГ1 становить 11,1 %, тоді як у ДГ2 він дещо нижчий 8,9 %. Зменшення частки осіб із найбільш інтенсивними проявами стресу у групі тривалої дії стресорів може свідчити про поступове зниження гостроти емоційної реакції. Проте з огляду на те, що сумарно майже кожен десятий учасник обох груп перебуває у зоні високого емоційного ризику, результати засвідчують наявність суттєвих загроз для психічного здоров'я, особливо зважаючи на вплив воєнних подій, небезпеки та нестабільності.

Загалом дані підтверджують наявність середнього та підвищеного рівня емоційного напруження у більшості респондентів, що проживають у прифронтових територіях, незалежно від тривалості перебування в небезпечних умовах. Проте деякі відмінності між групами свідчать про специфіку адаптаційних процесів: ДГ1 більше відображає реакції гострого стресу, тоді як ДГ2 — реакції хронічного стресу з елементами часткової толерантності. Таке поєднання адаптації та напруження вказує на потребу у комплексних психосоціальних заходах, спрямованих на підтримку психологічної стійкості населення прифронтових регіонів. Розподіл рівнів сприйнятого стресу серед респондентів у двох дослідних групах за статтю в табл.2.2.

**Розподіл рівнів сприйнятого стресу серед респондентів у двох
дослідних групах за статтю**
(Шкала сприйнятого стресу PSS-10)

Рівень стресу	ДГ1				ДГ2				Всього	
	Ж		Ч		Ж		Ч			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Низький	8	21,6	2	22,2	11	29,7	2	20	23	23,47
Середній	25	67,6	5	55,6	29	78,4	7	70	66	67,35
Високий	4	10,8	2	22,2	2	5,4	1	10	9	9,18
Разом	37	100	9	100	42	100	10	100	98	100,0

Згідно з таблицею 2.2. яка відображає розподіл рівнів сприйнятого стресу серед респондентів із урахуванням статі в межах двох порівнювальних груп, простежуються чіткі закономірності щодо гендерних відмінностей у переживанні стресу за умов прифронтового середовища. Отримані результати дозволяють визначити специфіку емоційних реакцій жінок і чоловіків залежно від тривалості їх перебування в умовах хронічної небезпеки.

У групі ДГ1 (до 3 років проживання в прифронтових умовах) жінки демонструють такі показники: 21,6 % мають низький рівень стресу, 67,6 % — середній, і 10,8 % — високий. Чоловіки цієї групи характеризуються подібним патерном: низький рівень — 22,2 %, середній — 55,6 %, високий — 22,2 %. Вищий відсоток чоловіків з високим рівнем стресу у ДГ1 (порівняно з жінками) може свідчити про більш інтенсивну фізіологічну реактивність або меншу емоційну регуляцію на початкових етапах перебування в стресогенному середовищі. Також це може бути пов'язано з соціальними ролями, що накладають підвищені очікування щодо відповідальності й прийняття рішень у кризових умовах.

У групі ДГ2 (понад 3 роки проживання у прифронтовій зоні) відмічається інша тенденція. Серед жінок спостерігається 29,7 % з низьким рівнем стресу, 78,4 % — із середнім та лише 5,4 % — із високим рівнем. Чоловіки демонструють такі показники: низький — 20 %, середній — 70 %,

високий — 10 %. Отримані результати свідчать про часткове зниження гострих реакцій на стрес у жінок при тривалішому перебуванні в небезпечних умовах, що може бути ознакою адаптації до хронічного стресу. Водночас у чоловіків високий рівень стресу знижується менш виражено, що підтверджує гендерні відмінності у механізмах подолання стресу.

Аналіз сумарних показників засвідчує, що незалежно від статі та тривалості перебування, провідним залишається середній рівень сприйнятого стресу 67,35 %. Проте частка чоловіків із високим рівнем стресу як у ДГ1, так і в ДГ2 є порівняно вищою, що може вказувати на стійкіший характер емоційної реакції при впливі хронічної небезпеки.

Загалом дані таблиці підтверджують, що статеві особливості відіграють значну роль у переживанні стресу в прифронтових умовах. Жінки, як у ДГ1, так і в ДГ2, більшою мірою демонструють адаптивний профіль із переважанням середнього рівня стресу й меншою часткою високого рівня. Чоловіки ж частіше демонструють напружений емоційний стан, що підсилюється коротким досвідом перебування в умовах небезпеки й лише частково зменшується за тривалого впливу. Це підтверджує важливість урахування гендерних особливостей під час планування психосоціальних інтервенцій у прифронтових громадах.

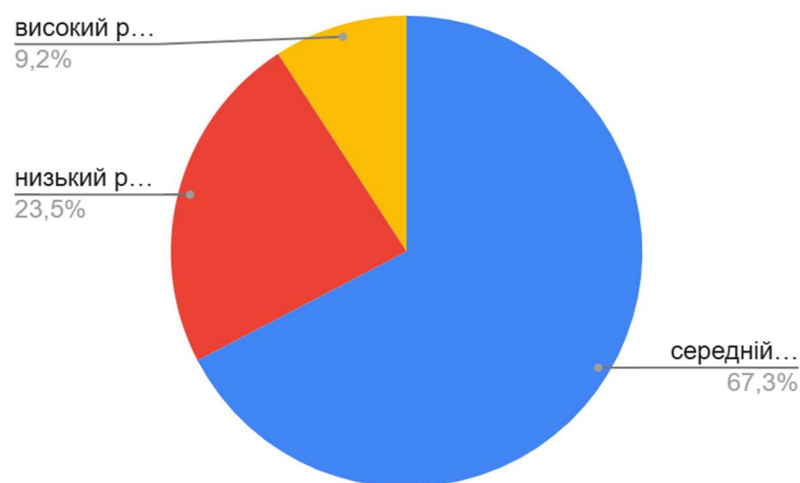


Рис. 2.10. Розподіл за рівнем сприйнятого стресу

На рис. 2.10 представлено розподіл респондентів за рівнем сприйнятого стресу за шкалою PSS-10. Дані свідчать про домінування середнього рівня стресу, який виявлено у 67,3 % опитаних. Це вказує на наявність стабільного емоційного напруження, характерного для умов тривалого перебування у ситуації небезпеки та невизначеності.

Низький рівень стресу продемонстрували 23,5 % учасників, що може свідчити про порівняно вищу адаптивність, застосування ефективних копінг-стратегій або часткову психологічну детачментну реакцію (емоційну відстороненість) у відповідь на хронічний стрес.

Високий рівень стресу, який зазвичай асоціюється з ризиком емоційного виснаження та дезадаптивних форм реагування, зафіксовано у 9,2 % респондентів. Хоча ця частка є меншою, вона потребує особливої уваги, оскільки високі показники сприйнятого стресу можуть сигналізувати про формування тривожних і депресивних патернів.

Узагальнено, графічне зображення демонструє, що переважна більшість респондентів перебуває у зоні середнього стресового навантаження, тоді як значна частка (понад третина) відхиляється у бік низьких або високих рівнів, що підтверджує гетерогенність психологічних реакцій у умовах прифронтової реальності.

Додатковий аналіз регіональних відмінностей табл. 2.3 показав, що рівень сприйнятого стресу значною мірою залежить від географічної близькості до зон активних бойових дій. Найвищі середні показники спостерігаються у Харківській та Херсонській областях, що перебувають під постійним обстрілом, тоді як мешканці Миколаївської області демонструють дещо нижчий рівень емоційного напруження. Це підтверджує вплив контексту небезпеки та умов виживання на формування хронічного стресового стану. Розподіл рівня сприйнятого стресу серед респондентів за регіоном проживання представлено в табл.2.3.

Розподіл рівня сприйнятого стресу серед респондентів за регіоном проживання
(Методика PSS-10)

Область	N	Середній бал	Домінантний рівень стресу	%
Миколаївська	69	18,14	Середній	65,2
Херсонська	18	19,11	Середній	72,2
Харківська	3	20,00	Середній	100
Інші регіони	8	21,25	Середній	65,5

За даними таблиці 2.3. можна спостерігати виразні регіональні відмінності у рівнях сприйнятого стресу. Найнижчі середні показники зафіксовано у Миколаївській області 18,14 бала, що може бути пов'язано з частковою стабілізацією безпекової ситуації та поступовим відновленням інфраструктури. Водночас у Херсонській області рівень стресу є вищим 19,11 бала, що відображає наслідки тривалих бойових дій, руйнування житла та обмеженість доступу до медичних і соціальних ресурсів.

Найбільш напружена ситуація спостерігається серед мешканців Харківської області 20,00 бала, де 100 % респондентів продемонстрували середній рівень стресу. Це свідчить про високий вплив екстремальних факторів, регулярні обстріли та постійну загрозу життю.

Найвищі середні значення 21,25 бала виявлені серед респондентів з «інших регіонів», що може відображати специфіку локальних умов або індивідуальних травматичних досвідів, не представлених у трьох основних областях вибірки. Сукупно ці результати свідчать, що міра стресу зростає зі збільшенням інтенсивності бойових дій та ступеня небезпеки, що є закономірним для регіонів, які тривалий час перебувають під вогневим тиском.

Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) є стандартизованим інструментом для оцінювання вираженості депресивних симптомів та скринінгу ймовірних депресивних розладів. Шкала базується на дев'яти діагностичних критеріях DSM-IV і є однією з найпоширеніших методик у

клінічний, соціально-психологічний та травма-фокусованій діагностиці. Українська адаптація PHQ-9 має високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0,86–0,89$), підтверджену валідність та придатність для онлайн-застосування, що робить її оптимальною для дослідження населення прифронтових територій.

Використання PHQ-9 є методично обґрунтованим, оскільки депресивні симптоми є одним із ключових індикаторів емоційної дезадаптації в умовах тривалого стресу та травматизації. Жителі прифронтових територій стикаються з системним психоемоційним навантаженням, що може проявлятися у вигляді виснаження, порушення мотивації, зниження когнітивної гнучкості, що є характерними ознаками депресивної симптоматики. PHQ-9 дозволяє кількісно оцінити ці прояви та порівняти їх між групами з різним досвідом проживання у прифронтовій зоні.

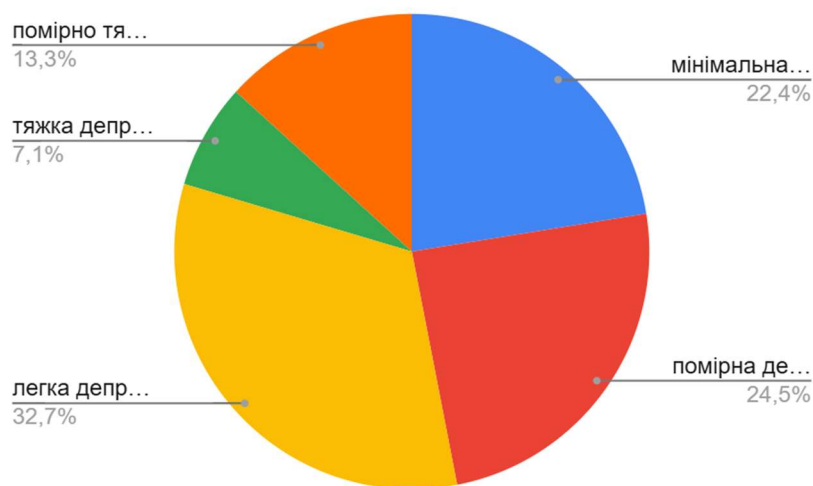


Рис. 2.11. Результат розподілу за рівнем депресивного стану

Аналіз розподілу рівнів депресивних симптомів наведено на рис. 2.11. Діаграма демонструє, що структура депресивних проявів у вибірці є неоднорідною, із виразним домінуванням легких та помірних форм. Зокрема, легкий рівень депресії відзначено у 32,7 % респондентів, що становить найбільшу частку опитуваних. Помірний рівень характерний для 24,5 %, а мінімальні симптоми — для 22,4 % учасників. Водночас помірно тяжкі прояви

зафіксовано у 13,3 %, а тяжкі — у 7,1 %, що є клінічно значущим показником для контингенту, що проживає в умовах тривалого воєнного стресу.

Такий розподіл вказує на те, що хоча більшість респондентів не демонструє тяжких форм депресії, сукупна частка осіб із помірними й тяжкими симптомами становить близько 45 % вибірки, що свідчить про суттєве емоційне виснаження та високий ризик формування дезадаптивних реакцій. Домінування легкого та помірного рівнів депресії може бути пов'язане з хронічним перебігом стресу, характерним для прифронтових територій, коли емоційні реакції не набувають гострої форми, але накопичуються й впливають на когнітивну ефективність, мотивацію та загальне психологічне функціонування. Результат розподілу рівнів депресії серед респондентів у двох дослідних групах в табл. 2.4.

Таблиця 2.4.

Результат розподілу рівнів депресії серед респондентів у двох дослідних групах

Рівень депресії	ДГ1		ДГ2		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Мінімальна	8	17,8	14	31,1	22	22,45
Легка	15	33,3	17	37,8	32	32,65
Помірна	12	26,7	12	26,7	24	24,49
Помірно тяжка	7	15,6	6	13,3	13	13,27
Тяжка	3	6,7	4	8,9	7	7,17
Разом	45	100,0	45	100,0	98	100,0

Згідно з таблицею 2.4. у двох порівнювальних групах (ДГ1 — респонденти з коротким досвідом проживання на прифронтових територіях; ДГ2 — з тривалим досвідом) виявлено різний розподіл рівнів депресії, що дає змогу оцінити вплив хронічного стресу на емоційне виснаження.

У ДГ1 (до 3 років проживання в прифронтових умовах) більшою мірою проявляється помірний 26,7 % та легкий 33,3 % рівні депресії, що свідчить про реакцію на відносно нові, ще не інтегровані в життєвий досвід стресові фактори. Вищі показники помірної та помірно тяжкої депресії 26,7 % і 15,6 %

відповідно вказують на актуальний емоційний стрес, який не компенсований адаптаційними механізмами.

У ДГ2 (понад 3 роки проживання у прифронтовій зоні) простежується інша динаміка: зростає частка осіб із мінімальною депресією (31,1 %), а частка помірно тяжкої депресії дещо нижча (13,3 %). Це може свідчити про формування певних адаптивних стратегій, притаманних тривалому досвіду життя в умовах небезпеки. Водночас зберігаються суттєві показники легкого та помірного рівнів депресії 37,8 % і 26,7 %, що вказує на хронічне емоційне виснаження.

Важливо, що тяжка депресія у ДГ1 становить 6,7 %, тоді як у ДГ2 — 8,9 %. Незначне підвищення цього показника в групі з тривалим досвідом може бути індикатором кумулятивного ефекту стресових впливів, коли адаптаційні ресурси вичерпуються та виникає ризик глибшого емоційного порушення.

Узагальнені дані по всій вибірці демонструють, що домінують легкий 32,65 % та помірний 24,49 % рівні депресії, тоді як мінімальна депресія зафіксована у 22,45 % респондентів. Це свідчить про широку поширеність депресивних проявів різної інтенсивності серед мешканців прифронтових територій і підтверджує вплив тривалого стресу на емоційну сферу. Результат розподілу рівнів депресії серед респондентів у двох дослідних групах за статтю представлено в табл. 2.5

Таблиця 2.5.

Результат розподілу рівнів депресії серед респондентів у двох дослідних групах за статтю

Рівень депресії	Жінки		Чоловік		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Мінімальна	21	25,6	1	6,7	22	22,45
Легка	29	35,4	3	20,0	32	32,65
Помірна	20	24,4	4	26,7	24	24,49
Помірно тяжка	8	9,8	5	33,3	13	13,27
Тяжка	4	4,8	2	13,3	7	7,14
Разом	82	100,0	15	100,0	98	100,0

Згідно з таблицею 2.5. показники депресивних симптомів у жінок і чоловіків демонструють суттєві відмінності у структурі тяжкості депресії. Отримані дані вказують на різну емоційну реактивність та неоднакові адаптаційні патерни, що можуть бути пов'язані з гендерно зумовленими соціальними ролями, поведінковими стратегіями подолання стресу та особливостями доступу до соціальної підтримки.

Серед жінок домінують показники легкого 35,4 % та помірного рівня депресії 24,4 %, тоді як частка мінімальної депресії становить 25,6 %. Такий розподіл свідчить про те, що значна частина жінок переживає емоційне виснаження помірно інтенсивності, однак крайні рівні — помірно тяжкий (9,8 %) та тяжкий (4,8 %) — є відносно низькими. Це може бути ознакою більшої готовності жінок звертатися по соціальну й емоційну підтримку, що знижує ризик формування глибоких депресивних станів.

На відміну від цього, у чоловіків спостерігається інша картина: хоча частка легкого рівня депресії становить лише 20 %, переважають помірна 26,7 % та помірно тяжка депресія 33,3 %, а також вища частка тяжкої депресії (13,3 %). Такий розподіл свідчить про більш інтенсивні депресивні прояви серед чоловічої частини вибірки. Це узгоджується з літературними даними, згідно з якими чоловіки частіше схильні до прихованого переживання дистресу, менш охоче звертаються по психологічну допомогу та використовують менш ефективні копінг-стратегії, що підвищує ризик переходу емоційної напруги у тяжчі форми депресії.

Узагальнені дані підтверджують, що мінімальний та легкий рівні депресії частіше зустрічаються серед жінок, тоді як помірний, помірно тяжкий і тяжкий — серед чоловіків. Така гендерна відмінність може бути наслідком відмінностей у соціальній ролі, очікуваннях щодо емоційної стійкості, різної доступності підтримки та специфічних реакцій на тривалий воєнний стрес.

У цілому отримані результати підкреслюють важливість врахування статевих відмінностей під час планування програм психосоціальної допомоги та профілактики, оскільки чоловіки, на відміну від жінок, частіше

демонструють симптоми депресії середнього та важкого ступеня, що вимагає окремих інтервенцій, спрямованих на підтримку емоційного здоров'я чоловічої частини населення прифронтових регіонів.

Шкала тривожності Спілбергера (STAI) є валідним інструментом для диференціації ситуативної тривожності (STAI-S) як реакції на актуальну загрозу та особистісної тривожності (STAI-T) як стабільної індивідуальної схильності до тривожних переживань. Її застосування у дослідженні мешканців прифронтових територій є методично обґрунтованим, оскільки тривожність — один із провідних індикаторів психоемоційної дезадаптації в умовах хронічного стресу, воєнної небезпеки та невизначеності майбутнього. Розподіл ситуативної тривожності серед респондентів у двох дослідних групах представлено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Розподіл ситуативної тривожності серед респондентів у двох дослідних групах

Рівень ситуативної тривожності	ДГ1		ДГ2		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Дуже низька	1	2,2	2	4,4	3	3,06
Низька	9	20,0	10	22,2	19	19,39
Середня	17	37,8	19	42,2	36	36,73
Підвищена	13	28,9	16	35,6	29	29,59
Висока	5	11,1	6	13,3	11	11,22
Разом	45	100,0	45	100,0	98	100,0

Дані табл. 2.6. свідчать, що у більшості респондентів домінують середній (36,73 %) та підвищений (29,59 %) рівні ситуативної тривожності. Це вказує на стійке емоційне напруження, характерне для умов постійної загрози та невизначеності, у яких перебувають мешканці прифронтових територій. Дуже низькі показники (3,06 %) трапляються рідко, що підтверджує високу реактивність вибірки до зовнішніх стресорів.

Порівняльний аналіз показує, що ДГ2 (триваліше проживання в прифронтовій зоні) має дещо вищі частки респондентів із середнім та підвищеним рівнями тривожності порівняно з ДГ1. Це може свідчити про формування хронізованої тривожної напруги, яка зберігається навіть за відсутності безпосередньої загрози.

Високий рівень тривожності зустрічається у 11–13 % учасників обох груп, що вказує на відносно невелику частку гострих тривожних реакцій. Проте загальне зміщення розподілу у бік середніх та підвищених значень свідчить про тривалий стан мобілізації та підвищеної емоційної чутливості.

У цілому результати підтверджують наявність у вибірці вираженого ситуативного напруження, що є типовим для популяцій, які проживають у зоні хронічної небезпеки, та підкреслює потребу у психопрофілактичних заходах, спрямованих на зниження рівня реактивної тривожності. Розподіл ситуативної тривожності серед респондентів у двох дослідних групах за статтю представлено в табл. 2.7.

Таблиця 2.7.

Розподіл ситуативної тривожності серед респондентів у двох дослідних групах за статтю

Рівень ситуативної тривожності	Ж		Ч		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Дуже низька	2	2,4%	1	6,7	3	3,06
Низька	15	18,3%	4	26,7	19	19,39
Середня	31	37,8%	5	33,3	36	36,73
Підвищена	25	30,5%	4	26,7	29	29,59
Висока	9	11,0%	2	13,3	11	11,22
Разом	82	100%	15	100,00	98	100,0

Згідно з даними таблиці 2.7. простежуються помітні відмінності у рівнях ситуативної тривожності між жінками та чоловіками.

У жінок переважають середній 37,8 % та підвищений 30,5 % рівні тривожності, що свідчить про їх високу чутливість до актуальних стресових умов, але в межах реактивних адаптаційних реакцій. Частка жінок із високим

рівнем тривожності 11,0 % залишається відносно невеликою, що може вказувати на здатність підтримувати емоційну регуляцію навіть у стані напруження.

Чоловіки демонструють іншу динаміку: найбільша частка припадає на середній рівень 33,3 % та низький рівень 26,7 %. Проте цікаво, що саме у чоловіків вищою є частка осіб із високою ситуативною тривожністю 13,3 %, що перевищує показник жінок. Це може свідчити про більшу ймовірність виникнення гострих напружених реакцій у чоловіків за умов прямої загрози або відповідальності за сімейну та соціальну роль.

Загалом, жінки характеризуються більш рівномірним розподілом у межах середніх і підвищених значень, тоді як у чоловіків спостерігається більша поляризація — частина демонструє низькі показники, а інша частина переходить у зону високої тривожності. Така модель узгоджується з дослідженнями щодо гендерних відмінностей у реакції на стрес: жінки частіше проявляють емоційні реакції середньої інтенсивності, тоді як чоловіки схильні до крайніх реакцій — або занижених, або інтенсивно виражених.

Отже, результати підкреслюють необхідність врахування статевих відмінностей у плануванні психопрофілактичних інтервенцій: жінки потребують засобів стабілізації емоційного напруження, а чоловіки — інструментів для регуляції пікових стресових реакцій.

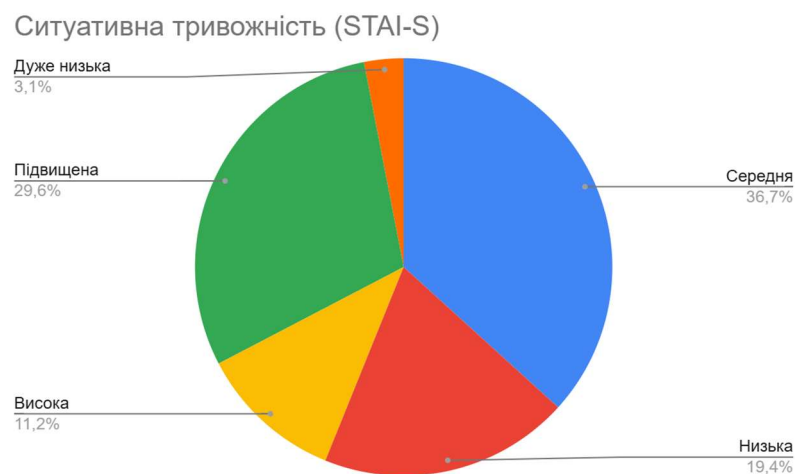


Рис. 2.12. Розподіл за рівнем ситуативної тривожності

Рис. 2.12 ілюструє розподіл респондентів за рівнями ситуативної тривожності STAI-S, що відображає їхню актуальну емоційну реакцію на зовнішні стресори.

Найбільша частка респондентів продемонструвала середній рівень тривожності — 36,7 %, що свідчить про виражене, але контрольоване напруження у відповідь на ситуацію. Другою за частотою є підвищена ситуативна тривожність — 29,6 %, що вказує на значну емоційну реактивність і схильність до посиленого переживання загрози.

Близько 19,4 % учасників мають низький рівень тривожності, що відображає відносну стійкість та адекватні механізми короткотривалої емоційної регуляції. Водночас 11,2 % демонструють високий рівень ситуативної тривожності, характерний для станів інтенсивного напруження, гіперпильності та можливого розвитку гострого стресового реагування. Дуже низький рівень 3,1 % зустрічається рідко та може вказувати як на справжню стресостійкість, так і на захисні механізми емоційного уникнення.

Загалом, структура розподілу засвідчує домінування середніх та підвищених значень, що узгоджується з умовами прифронтової реальності та свідчить про загальний підвищений фон ситуативної тривожності у вибірці. Це підтверджує актуальний характер емоційного напруження, пов'язаний із небезпекою, невизначеністю та хронічними загрозами безпеці.

Після аналізу ситуативної тривожності (STAI-S) доцільним є розгляд показників особистісної тривожності (STAI-T), яка відображає вже не короткочасну реакцію на загрозу, а стійкі індивідуальні властивості емоційної регуляції, сформовані під впливом тривалого стресу та життєвого досвіду. Саме тому STAI-T є важливою складовою комплексної оцінки психоемоційного стану мешканців прифронтових територій, де зовнішні умови тривалий час залишаються напруженими та непередбачуваними.

Графічний розподіл рівнів особистісної тривожності рис. 2.13 засвідчує переважання середнього та підвищеного рівнів, що корелює з даними про

високу ситуативну тривожність та підсилює припущення про формування стійкого тривожного патерну серед респондентів.



Рис. 2.13. Розподіл за рівнем особистою тривожністю

Рис. 2.13. ілюструє розподіл респондентів за рівнями ситуативної тривожності, що відображає їхню актуальну емоційну реакцію на зовнішні стресори.

Найбільша частка респондентів продемонструвала середній рівень тривожності — 36,7 %, що свідчить про виражене, але контрольоване напруження у відповідь на ситуацію. Другою за частотою є підвищена ситуативна тривожність — 29,6 %, що вказує на значну емоційну реактивність і схильність до посиленого переживання загрози.

Близько 19,4 % учасників мають низький рівень тривожності, що відображає відносну стійкість та адекватні механізми короткотривалої емоційної регуляції. Водночас 11,2 % демонструють високий рівень ситуативної тривожності, характерний для станів інтенсивного напруження, гіперпильності та можливого розвитку гострого стресового реагування. Дуже низький рівень 3,1 % зустрічається рідко та може вказувати як на справжню стресостійкість, так і на захисні механізми емоційного уникнення. Для поглибленої інтерпретації результатів було здійснено їх порівняльний аналіз у двох дослідних групах ДГ1 та ДГ2, а також за статевими відмінностями. Розподіл рівнів особистісної тривожності серед респондентів у двох дослідних групах представлено в табл 2.8.

Розподіл рівнів особистісної тривожності серед респондентів у двох дослідних групах

Рівень особистісної тривожності	ДГ1		ДГ2		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Низька	8	17,8	9	20,0	17	17,35
Середня	18	40,0	19	42,2	37	37,76
Підвищена	14	31,1	13	28,9	27	27,55
Висока	3	6,7	2	4,4	5	5,10
Дуже висока	2	4,	2	4,4	4	4,08
Разом	45	100	45	45	98	100,0

Згідно з даними таблиці 2.8, розподіл рівнів особистісної тривожності у двох дослідних групах демонструє загалом подібну структуру, що свідчить про відносну стабільність тривожних проявів незалежно від тривалості проживання у прифронтових умовах. У обох групах переважає середній рівень особистісної тривожності 40,0 % у ДГ1 та 42,2 % у ДГ2, що підтверджує тенденцію до формування стійкої емоційної напруги.

Показники підвищеної тривожності також є порівняними між групами — 31,1 % у ДГ1 та 28,9 % у ДГ2. Це свідчить, що значна частина респондентів переживає хронічне занепокоєння, яке виходить за межі нормативних коливань та може виступати фактором емоційної вразливості.

Натомість низький рівень тривожності спостерігається лише у незначній частки учасників (17,8 % у ДГ1 та 20,0 % у ДГ2), що відображає обмеженість ресурсів психологічної стійкості в умовах тривалого стресового впливу.

Високі й дуже високі рівні тривожності відзначені у меншій групі респондентів (сукупно 11,1 % у ДГ1 та 8,8 % у ДГ2), проте їхня наявність є клінічно значущою, оскільки ці показники відображають формування тривожних розладів або стійких патернів гіперпильності.

Загалом результати засвідчують, що рівень особистісної тривожності залишається підвищеним незалежно від тривалості проживання на прифронтових територіях, що узгоджується з моделями хронічного стресу. Це

може вказувати на тривале емоційне виснаження та стабілізацію тривожного стилю реагування, який формується під впливом воєнних подій та тривалих загроз безпеці. Розподіл рівнів особистісної тривожності серед респондентів у двох дослідних групах за статтю представлено в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Розподіл рівнів особистісної тривожності серед респондентів у двох дослідних групах за статтю

Рівень особистісної тривожності	Жінки		Ч		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Низька	15	18,3	2	13,3	17	17,35
Середня	31	37,8	6	40,0	37	37,76
Підвищена	29	35,4	8	53,3	37	37,76
Висока	4	4,9	1	6,7	5	5,10
Дуже висока	3	3,6	0	0	3	3,06
Разом	82	100,00	15	100,00	98	100,00

Результати таблиці 2.9 засвідчують наявність статевих відмінностей в особистісній тривожності. У жінок домінує середній рівень 37,8 %, а також значна частка має підвищений рівень 35,4 %, що вказує на поширеність хронічної напруги в умовах прифронтового стресу.

Чоловіки, натомість, частіше демонструють підвищену тривожність 53,3 %, що суттєво перевищує показники жінок і може бути наслідком соціальних ролей, підвищеної відповідальності або меншої схильності до емоційної підтримки та вербалізації переживань.

Низькі рівні тривожності фіксуються рідше 18,3 % серед жінок і 13,3 % серед чоловіків), що свідчить про обмежені ресурси емоційної регуляції у більшості респондентів. Високі та дуже високі рівні частіше виявляються у жінок, але їх частка залишається невеликою.

Узагальнено, жінки переважно мають середні показники тривоги, тоді як чоловіки — підвищені, що вказує на різні патерни реагування на тривалий воєнний стрес. Розподіл рівнів особистісної тривожності серед респондентів залежно від регіону проживання представлено в табл. 2.10.

Таблиця 2.10.

**Розподіл рівнів особистісної тривожності серед респондентів
залежно від регіону проживання**

Регіон	N	M (STAI-T)	Домінантний рівень
Миколаївська	69	47,9	Середній
Херсонська	18	48,1	Середній
Харківська	3	48,3	Підвищений
Інші	8	50,1	Підвищений

Дані таблиці свідчать про наявність регіональних відмінностей у вираженості особистісної тривожності серед респондентів. У Миколаївській 47,91 бала та Херсонській областях 48,06 бала домінує *середній рівень тривожності*, що може відображати часткову адаптацію до хронічного стресу при збереженні стабільного емоційного напруження.

У Харківській області, попри малу вибірку, переважає *підвищений рівень тривожності* 66,7 %, що логічно пов'язано з більшою інтенсивністю бойових дій та частими безпосередніми загрозами. Аналогічні тенденції відзначено у групі «інших областей», де 50 % респондентів демонструють підвищену тривожність.

Загалом результати показують, що незалежно від регіону, особистісна тривожність у учасників залишається на рівні, вищому за нормативний. Проте її структура змінюється залежно від ступеня та характеру воєнного впливу: у регіонах із частими обстрілами та високим ризиком тривожність більш виражена, тоді як у регіонах з тривалішим досвідом проживання у прифронтових умовах спостерігається відносна стабілізація показників.

Для перевірки взаємозв'язку між ситуативною (STAI-S) та особистісною (STAI-T) тривожністю було проведено кореляційний аналіз.

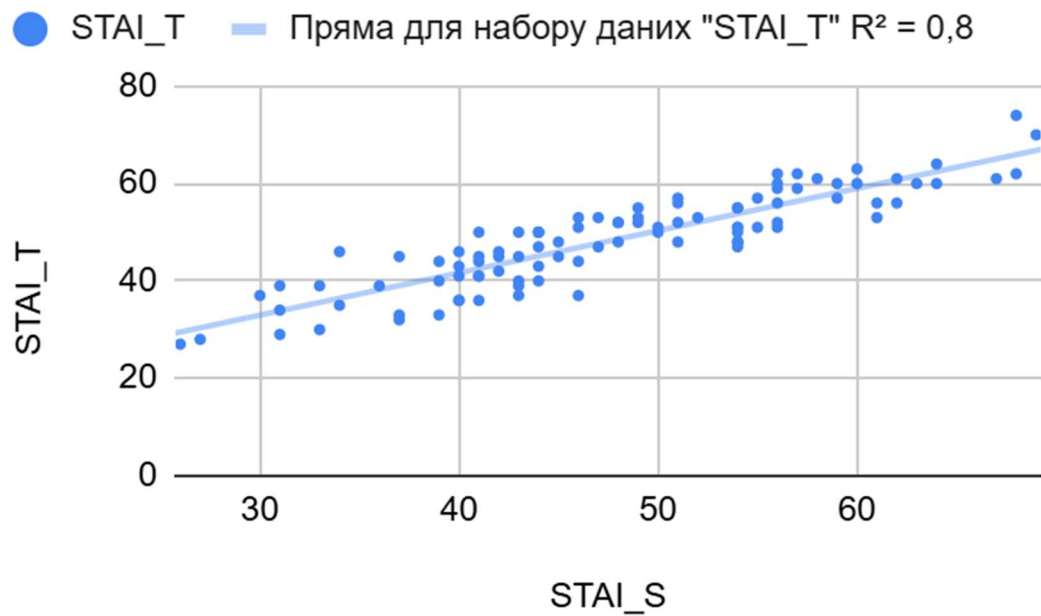


Рис. 2.14. Кореляційний зв'язок між ситуативною (STAI-S) та особистісною (STAI-T) тривожністю

Отриманий коефіцієнт кореляції Пірсона $r = 0,8964$ (розрахунки автора) свідчить про високий позитивний зв'язок між двома показниками. Це означає, що підвищення ситуативної тривожності майже завжди супроводжується зростанням особистісної тривожності. Іншими словами, для більшості респондентів актуальний емоційний стан тривоги тісно пов'язаний із сформованими, стабільними особистісними тенденціями до переживання тривоги.

Графічне зображення рис. 2.14 підтверджує лінійний характер залежності: чим вищі значення STAI-S, тим вищими є показники STAI-T. Така конфігурація вказує на те, що ситуативна реакція на загрозу у мешканців прифронтових територій має тенденцію швидко інтегруватися в особистісний профіль, сприяючи формуванню стійкого тривожного стилю реагування.

Високий рівень кореляції дає підстави використовувати зведений інтегральний показник тривожності (STAI-комбінований) для подальшого порівняльного аналізу за соціально-демографічними змінними (вік, стать, регіон проживання, тривалість перебування у зоні бойових дій тощо)

2.3. Методи дослідження когнітивної сфери та аналіз результатів

Відповідно до висунутої гіпотези про те, що хронічний стрес у мешканців прифронтових територій супроводжується підвищенням тривожності та депресивності та зниженням когнітивної ефективності, наступним етапом емпіричної роботи стало вивчення особливостей функціонування когнітивної сфери. Аналіз емоційних показників, проведений у попередньому підрозділі, засвідчив наявність вираженого психоемоційного напруження, що теоретично пов'язане з погіршенням уваги, пам'яті, виконавчих функцій та когнітивної гнучкості. Саме тому дослідження когнітивних аспектів є необхідним для комплексної перевірки гіпотези та виконання завдань роботи.

Наукові джерела, узагальнені у першому розділі, підкреслюють, що хронічний стрес і тривожність порушують роботу робочої пам'яті, знижують здатність до концентрації та підвищують частоту когнітивних помилок. Проте проведення повноцінних експериментальних і нейропсихологічних методик у прифронтових умовах є обмеженим через дистанційний формат, підвищену емоційну чутливість респондентів та відсутність контрольованого середовища.

З огляду на ці фактори для оцінки когнітивної сфери було обрано валідні самоопитувальні методики, які дозволяють надійно виміряти суб'єктивні показники когнітивного функціонування в онлайн-форматі. До діагностичного комплексу увійшли:

Опитувальник когнітивних помилок (CFQ-25) — інструмент для оцінки частоти порушень уваги, забудькуватості, утруднення контролю дій і рутинних помилок, що відображають рівень когнітивного навантаження та емоційного виснаження.

Опитувальник когнітивного злиття (CFQ-7) — методика для вимірювання ригідності мислення, схильності до надмірного ототожнення з власними думками та труднощів у переключенні уваги.

Використання цих інструментів є методично обґрунтованим, оскільки дозволяє виявити можливий зв'язок між емоційним станом (стресом, тривожністю, депресивністю) та когнітивною ефективністю, що і становить предмет дослідження. Отримані результати слугуватимуть базою для подальшої перевірки гіпотези та аналізу ролі соціальної підтримки у збереженні когнітивно-емоційної рівноваги мешканців прифронтових територій. Розподіл рівнів когнітивних помилок у двох дослідних групах представлено в табл. 2.11.

Таблиця 2.11.

Розподіл рівнів когнітивних помилок (CFQ-25) у двох дослідних групах

Рівень когнітивних помилок	ДГ1		ДГ2		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Низький	17	37,8	20	37,8	37	37,8
Середній	27	60,0	31	59,2	58	59,2
Високий	1	2,2	2	3,0	3	3,1
Разом	45	100,0	45	100,0	98	100,0

Дані таблиці 2.11. демонструють надзвичайно подібний профіль когнітивного функціонування у двох дослідних групах. У ДГ1 та ДГ2 домінує середній рівень когнітивних помилок 60,0% та 59,2% відповідно, що вказує на помірне навантаження когнітивної системи та типові труднощі уваги й пам'яті, характерні для умов хронічного стресу.

Низький рівень також представлений однаково — по 37,8% у кожній групі, що свідчить про збережену когнітивну ефективність у значної частини респондентів, попри тривалий вплив стресогенних чинників.

Високі показники когнітивних помилок трапляються дуже рідко 2,2% у ДГ1 та 3,0% у ДГ2, що свідчить про відсутність вираженої когнітивної дезорганізації та відповідає середньостатистичному рівню для популяцій, які перебувають у стані підвищеної тривоги й втоми.

Загалом результати вказують на те, що між групами немає суттєвих відмінностей, а когнітивне навантаження розподіляється подібним чином. Це

підтверджує припущення, що емоційний стан респондентів стрес, тривожність, депресивність впливає на когнітивну ефективність незалежно від групової належності, і створює основу для подальшого аналізу зв'язку між емоційним напруженням та когнітивними проявами. Розподіл рівнів когнітивних помилок (CFQ-25) у двох дослідних групах за статтю представлено в табл.2.12.

Таблиця 2.12.

Розподіл рівнів когнітивних помилок (CFQ-25) у двох дослідних групах за статтю

Рівень когнітивних помилок	Ж		Ч		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Низький	31	37,8	6	40,0	37	37,8
Середній	49	59,8	9	60,0	58	59,2
Високий	2	2,4	1	6,7	3	3,1
Разом	82	100,0	15	100,0	98	100,0

Результати таблиці 2.12. свідчать, що статеві відмінності у частоті когнітивних помилок практично відсутні. У жінок і чоловіків домінує середній рівень когнітивних помилок 59,8% та 60,0% відповідно, що вказує на подібний стан когнітивного навантаження та рівень увагових і пам'яттєвих порушень.

Показники низького рівня також розподілені майже однаково 37,8% серед жінок і 40,0% серед чоловіків, що свідчить про збережену когнітивну ефективність у значної частини респондентів незалежно від статі.

Високий рівень когнітивних помилок зустрічається рідко й має лише незначну різницю: 2,4% серед жінок та 6,7% серед чоловіків. Це може вказувати на дещо більшу варіативність когнітивної втоми у чоловіків, однак вибірка чоловіків значно менша (N=15), тому ці відмінності не можуть вважатися стабільними або статистично значущими.

Загалом отримані дані демонструють, що стать не є визначальним чинником когнітивної ефективності у мешканців прифронтових територій. Домінування середнього рівня в обох групах підтверджує вплив спільних

зовнішніх факторів — хронічного стресу, небезпеки, інформаційного перевантаження — які однаково позначаються на когнітивних процесах і чоловіків, і жінок. Розподіл рівнів когнітивних помилок (CFQ-25) серед респондентів різних регіонів представлено в табл. 2.13.

Таблиця 2.13.

Розподіл рівнів когнітивних помилок (CFQ-25) серед респондентів різних регіонів

Регіон	N	Середній бал CFQ-25	Рівні					
			Низький		Середній		Високий	
			N	%	N	%	N	%
Миколаївська	69	41,41	23	33,3	46	66,7	0	0
Херсонська	18	38,06	10	55,6	8	44,4	0	0
Харківська	3	33,00	1	33,3	2	66,7	0	0
Інші області	8	30,13	5	62,5	3	37,5	0	0
Всього	98	—	39	39,8	59	60,2	0	0

Отримані дані табл. 2.13. демонструють суттєві регіональні відмінності у частоті когнітивних помилок, що може відображати різний рівень стресового навантаження, доступу до ресурсів та тривалість перебування в умовах небезпеки.

У Миколаївській області спостерігається найвищий середній бал CFQ-25 41,41, а в 66,7% респондентів виявлено середній рівень когнітивних помилок. Це може бути наслідком тривалої напруженої ситуації, значного інформаційного навантаження та повторюваних загроз, що виснажують увагу та пам'ять.

Для Херсонської області характерний нижчий середній бал 38,06 та вищий відсоток осіб із низьким рівнем когнітивних помилок 55,6%. Такий результат може свідчити про відносне відновлення когнітивних ресурсів після часткового стабілізаційного періоду та адаптацію до умов середовища.

У Харківській області 33,0 бала, попри малу вибірку, більшість респондентів 66,7% мають середній рівень помилок, а середній бал є

найнижчим серед регіонів. Це може бути наслідком вибірових особливостей підгрупи або специфіки локального досвіду.

Група з інших областей показала найнижчий середній бал 30,13 та найвищу частку учасників із низьким рівнем когнітивних помилок 62,5%. Це підтверджує, що віддаленість від активної зони бойових дій сприяє збереженню когнітивної ефективності.

У цілому, домінування середнього рівня когнітивних помилок у всіх регіонах 60,2% свідчить про широкий вплив хронічного стресу на когнітивне функціонування. Найбільш навантаженою виглядає Миколаївська область, тоді як мешканці інших, менш уражених регіонів демонструють кращі показники когнітивної стійкості.

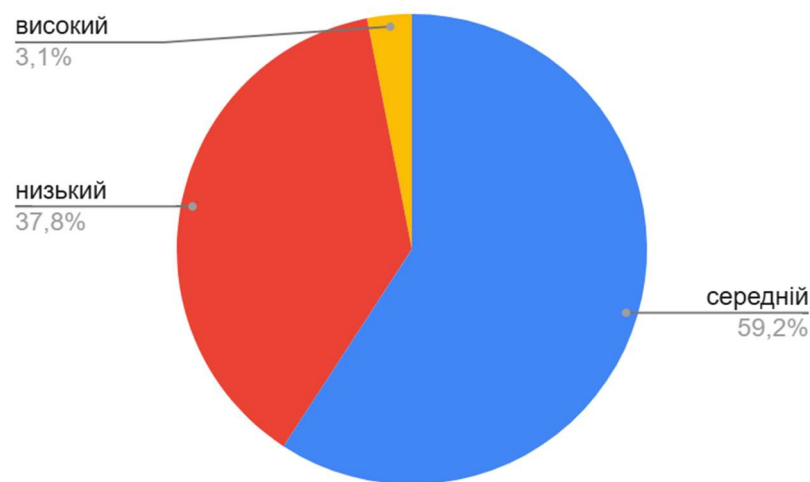


Рис. 2.15. Розподіл за рівнем появи когнітивних помилок

На основі отриманих даних було проведено якісний аналіз розподілу респондентів за рівнями когнітивних помилок. Як видно з рис. 2.15, найбільшою є частка осіб із середнім рівнем когнітивних збоїв 59,2%, що відповідає формуванню періодичних, але не критичних труднощів з увагою, пам'яттю та контролем дій. Низький рівень когнітивних помилок характерний для 37,8% опитаних, що свідчить про відносно збережені пізнавальні функції навіть у умовах тривалого стресу. Лише 3,1% респондентів продемонстрували

високий рівень когнітивних збоїв — такий показник є поодиноким і не формує загальної тенденції у вибірці.

Загалом структура розподілу вказує, що для більшості мешканців прифронтових територій властиві помірні когнітивні ускладнення, які можуть поглиблюватися під впливом хронічного емоційного напруження, але не свідчать про виражену дезорганізацію когнітивної діяльності.

Узагальнюючи результати за опитувальником когнітивних помилок CFQ- 25, можна стверджувати, що респонденти демонструють переважно середній рівень когнітивних збоїв, який є типовим для умов тривалого стресового впливу. Незважаючи на наявність поодиноких випадків високої частоти помилок, загальний профіль вибірки характеризується відносною збереженістю базових когнітивних функцій із певною втомлюваністю уваги та пам'яті. Виявлені тенденції відображають вплив хронічного емоційного напруження на пізнавальні процеси, але водночас свідчать про адаптивні можливості, що дозволяють респондентам підтримувати когнітивну ефективність у складних умовах прифронтового середовища. Отримані дані слугують підґрунтям для подальшого аналізу взаємозв'язку між емоційними та когнітивними показниками та оцінки ролі соціальної підтримки в їх регуляції.

На наступному етапі було застосовано опитувальник когнітивного злиття CFQ-7 (Cognitive Fusion Questionnaire-7), який дозволяє оцінити, наскільки особа ототожнюється зі своїми думками та наскільки ці думки впливають на її поведінку.

CFQ-7 є валідним інструментом у межах контекстуального підходу (Acceptance and Commitment Therapy) і широко використовується для вимірювання психологічної та когнітивної гнучкості. Застосування цієї методики є методично доцільним у дослідженні мешканців прифронтових територій, оскільки когнітивне злиття є показником того, як людина реагує на власні тривожні чи стресові думки, та відображає здатність зберігати адаптивну поведінку в умовах хронічного стресу.

У цьому підрозділі подано результати розподілу рівнів когнітивного злиття у вибірці, а також здійснено порівняльний аналіз показників у різних соціально-демографічних групах. Розподіл рівнів когнітивного злиття (CFQ- 7) у двох дослідних групах представлено в табл. 2.14.

Таблиця 2.14

Розподіл рівнів когнітивного злиття (CFQ-7) у двох дослідних групах

Рівень когнітивного злиття	ДГ1		ДГ2		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Низький	19	42,2	22	48,9	41	41,8
Середній	23	51,1	27	60,0	50	51,0
Високий	3	6,7	2	4,4	7	7,1
Разом	45	100,0	45	100,0	98	100,0

Результати, подані в таблиці 2.14. свідчать про подібний характер розподілу рівнів когнітивного злиття у двох дослідних групах. У ДГ1 переважає середній рівень 51,1 %, що майже тотожний показнику в ДГ2 60,0 %. Частка респондентів із низьким рівнем когнітивного злиття також є співставною в обох групах — 42,2 % у ДГ1 та 48,9 % у ДГ2. Високий рівень злиття виявлено лише у невеликої частки учасників 6,7 % у ДГ1 та 4,4 % у ДГ2). Загалом отримані дані вказують на відсутність суттєвих міжгрупових відмінностей і свідчать про те, що незалежно від дослідної групи більшість респондентів мають помірну схильність до автоматичного мислення при частковому збереженні когнітивної гнучкості. Розподіл рівнів когнітивного злиття (CFQ- 7) у двох дослідних групах за статтю представлено в табл. 2.15.

Таблиця 2.15

Розподіл рівнів когнітивного злиття (CFQ-7) у двох дослідних групах за статтю

Рівень когнітивного злиття	Ж		Ч		Всього	
	N	%	N	%	N	%
Низький	34	41,5	7	46,7	41	41,8
Середній	42	51,2	8	53,3	50	51,0

Високий	6	7,3	0	0	7	7,1
Разом	82	100,0	15	100,0	98	100,0

Аналіз табл. 2.15. свідчить, що серед жінок та чоловіків простежуються подібні тенденції: домінує середній рівень когнітивного злиття 51,2 % у жінок і 53,3 % у чоловіків. Низький рівень притаманний 41,5 % жінок та 46,7 % чоловіків, що свідчить про наявність групи з відносно високою когнітивною гнучкістю в обох статевих категоріях. Високий рівень злиття зустрічається рідко 7,3 % лише серед жінок і не виявлений серед чоловіків, що підтверджує загальну тенденцію до помірної когнітивної ригідності в умовах тривалого стресу. Статеві відмінності є мінімальними, що вказує на подібний характер психологічного реагування на стресові умови у жінок і чоловіків. Розподіл рівнів когнітивного злиття (CFQ-7) серед респондентів різних регіонів представлено в табл.2.16.

Таблиця 2.16.

**Розподіл рівнів когнітивного злиття (CFQ-7) серед респондентів
різних регіонів**

Регіони	N	Середній бал CFQ-7	Рівні					
			Низький		Середній		Високий	
			N	%	N	%	N	%
Миколаївська	69	23,8	30	43,5	35	50,7	4	5,8
Херсонська	18	22,7	7	38,9	10	55,6	1	5,6
Харківська	3	21,0	1	33,3	2	66,7	0	0
Інші області	8	19,4	3	37,5	5	62,5	0	0
Всього	98	—	41	41,8	50	51,0	7	7,1

Аналіз результатів табл. 2.16. за регіоном проживання свідчить про переважання середнього рівня когнітивного злиття в усіх групах, однак інтенсивність проявів дещо варіює залежно від територіального чинника. Найвищі середні балові показники спостерігаються у Миколаївській області (23,8 бала), де більшість респондентів демонструють середній рівень злиття 50,7 %. У Херсонській області середній рівень також домінує 55,6 %, але

частка низького рівня є вищою 38,9 %, що може свідчити про кращу когнітивну адаптацію частини населення. У Харківській області, попри невелику вибірку, спостерігається найбільша частка респондентів із середнім рівнем 66,7 %. Найнижчі бали характерні для категорії «інші області» 19,4 бала, де домінує низький рівень злиття 62,5 %, що може відображати менший ступінь хронічного впливу бойових дій. Загальна структура даних свідчить, що інтенсивність когнітивного злиття зростає зі збільшенням тривалості перебування у прифронтовій зоні та інтенсивності стресового впливу довкілля.

Узагальнену картину вираженості когнітивного злиття у вибірці відображено на рис. 2.16, де подано розподіл респондентів за рівнями показника CFQ-7. Діаграма дає змогу візуально побачити домінування середнього рівня когнітивного злиття та співвідношення між різними категоріями.

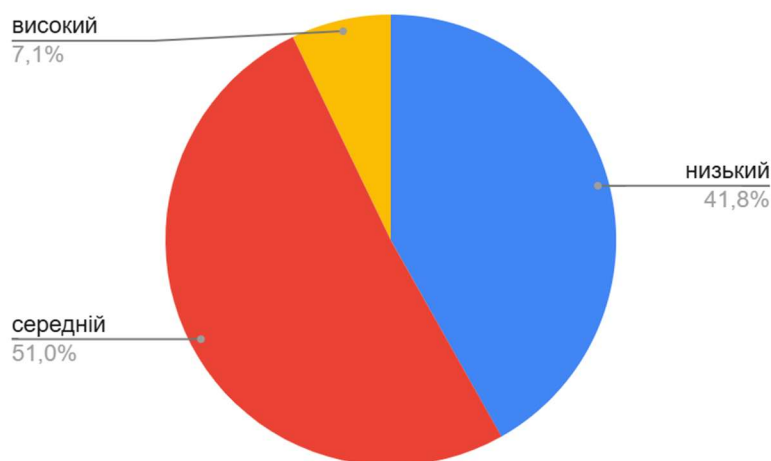


Рис. 2.16. Розподіл за рівнем когнітивного злиття

Як видно з рис. 2.16, трохи більше половини опитаних 51,0 % мають середній рівень когнітивного злиття, що свідчить про помірну схильність до ототожнення зі своїми думками за збереження певної міри когнітивної гнучкості. Низький рівень виявлено у 41,8 % респондентів, тобто майже у двох п'ятих вибірки; ці особи демонструють достатню здатність дистанціюватися від автоматичних думок і регулювати поведінку відповідно до ситуації, попри тривалий стрес. Лише 7,1 % учасників мають високий рівень когнітивного злиття, що відображає виразну когнітивну ригідність, схильність сприймати

власні думки як беззаперечні факти та діяти під їхнім безпосереднім впливом. Таким чином, діаграма підтверджує, що для більшості мешканців прифронтових територій характерний не тотальний когнітивний «застій», а скоріше напружений, але відносно збережений баланс між автоматичним мисленням і усвідомленою регуляцією.

Узагальнюючи результати аналізу когнітивної сфери мешканців прифронтових територій, можна стверджувати, що вплив хронічного стресу проявляється переважно у формі помірних когнітивних ускладнень — середнього рівня когнітивних помилок і середнього рівня когнітивного злиття, які домінують у всіх соціально-демографічних групах. Попри наявність втомлюваності уваги, зниженого контролю дій та періодичних труднощів із дистанціюванням від автоматичних думок, загальна картина не свідчить про глибоку когнітивну дезорганізацію. Навпаки, для більшості учасників характерне збереження базових пізнавальних функцій і часткова мобілізація адаптивних механізмів, що дозволяє підтримувати когнітивну ефективність навіть за умов тривалого емоційного напруження. Регіональні, статеві та міжгрупові порівняння підтверджують відносну однорідність когнітивних проявів незалежно від соціально-демографічних характеристик, що вказує на системний вплив стресових чинників середовища.

2.4. Аналіз результатів та статистична перевірка гіпотез

З метою оцінки ступеня відхилення емоційних і когнітивних показників респондентів від нормативних значень було здійснено статистичну перевірку гіпотез щодо наявності значущих відмінностей між отриманими емпіричними даними та середніми показниками здорової популяції. Такий аналіз є необхідним для визначення рівня психоемоційного навантаження, характерного для мешканців прифронтових територій, а також для подальшої інтерпретації взаємозв'язків між змінними.

Для порівняння емпіричних і нормативних середніх значень застосовано однофакторний t-тест Стюдента, що дає змогу встановити статистичну значущість відмінностей та оцінити їхню ймовірність як не випадкових. Розрахунки виконувалися у середовищі Microsoft Excel із використанням стандартної формули t-критерію, яка відображає співвідношення між різницею середніх і стандартною похибкою. Чим вищим є абсолютне значення t , тим суттєвішою є різниця між досліджуваною вибіркою та нормативним рівнем.

Рівень статистичної значущості (p) визначався за допомогою двосторонньої t-функції. Значення $p < 0,05$ розглядалося як показник статистично значущих відмінностей, що свідчить про наявність реального впливу стресових чинників на психологічний стан і когнітивні функції респондентів.

Для оцінки практичної значущості виявлених відмінностей було додатково обчислено розмір ефекту Cohen's d , який дозволяє кількісно визначити силу впливу. Відповідно до загальноприйнятих інтерпретацій, $d \approx 0,2$ вказує на малий ефект, $d \approx 0,5$ — на середній, $d \geq 0,8$ — на великий. Тобто цей показник дає змогу оцінити, чи має різниця між емпіричними й нормативними даними не лише статистичне, а й психологічне значення.

Узагальнені результати t-тестів та розмірів ефектів для ключових показників (стрес, ситуативна тривожність, особистісна тривожність, депресивність, когнітивні помилки, когнітивне злиття) подано в таблиці 2.6. Ці дані слугують аналітичним підґрунтям для подальшого кореляційного та регресійного аналізу, спрямованого на встановлення взаємозв'язків між емоційними та когнітивними характеристиками вибірки. Порівняння середніх показників досліджуваної вибірки з нормативними значеннями представлено в табл. 2.17.

Таблиця 2.17.

Порівняння середніх показників досліджуваної вибірки з нормативними значеннями (t-тест і Cohen's d)

Показник	t	p	Рівень відмінності	Cohen's d	Розмір ефекту
PSS-10	4,48	0,00002	істотно вищий	0,45	малий
PHQ-9	10,69	0,00000	істотно вищий	1,07	великий
STAI (заг.)	13,80	0,00000	істотно вищий	1,38	великий
STAI-S	12,93	0,00000	істотно вищий	1,29	великий
STAI-T	13,95	0,00000	істотно вищий	1,39	великий
CFQ-7	0,96	0,339	незначуща	0,10	мінімальний
CFQ-25	4,23	0,00052	істотно вищий	0,42	малий

Отримані дані табл. 2.17. підтверджують, що досліджувана вибірка дійсно характеризується вищими рівнями емоційного напруження та ознаками когнітивного виснаження, що відповідає контексту проживання на прифронтових територіях. Це обґрунтовує використання саме цієї групи для подальшого кореляційно-регресійного аналізу, спрямованого на виявлення взаємозв'язків між емоційною та когнітивною сферами.

Кореляційний аналіз застосовується для визначення сили та напрямку зв'язку між двома або більше змінними. У цьому дослідженні він дозволяє з'ясувати, наскільки рівень емоційних порушень (стресу, тривоги, депресивності) пов'язаний із когнітивним функціонуванням (зокрема, частотою когнітивних помилок і злиттям думок).

Його проведення є необхідним етапом для перевірки гіпотези про двосторонній взаємозв'язок між емоційною та когнітивною сферами у мешканців прифронтових територій.

Коефіцієнти кореляції між досліджуваними змінними були розраховані у середовищі Microsoft Excel за допомогою стандартної функції, яка визначає ступінь лінійного зв'язку між двома змінними:

Отримані коефіцієнти r варіюються від -1 до $+1$: позитивні значення

вказують на прямий зв'язок (зростання одного показника супроводжується підвищенням іншого), негативні - на обернений зв'язок, а значення, близькі до нуля, свідчать про відсутність істотної лінійної залежності.

Усі розраховані кореляційні коефіцієнти були узагальнені та подані у зведений таблиці 2.18, що відображає взаємозв'язки між емоційними (PSS-10, PHQ-9, STAI) та когнітивними показниками (CFQ-25, CFQ-7).

Таблиця 2.18.

Кореляційна матриця Пірсона (r)

	PSS-10	PHQ-9	STAI	STAI_S	STAI_T	CFQ-7	CFQ-25
PSS-10	1	0,6712	0,8237	0,8148	0,7880	0,6794	0,5591
PHQ-9	0,6712	1	0,7691	0,7324	0,7651	0,6842	0,6748
STAI	0,8237	0,7691	1	0,9741	0,9724	0,7495	0,6182
STAI_S	0,8148	0,7324	0,9741	1	0,8944	0,7149	0,5656
STAI_T	0,7880	0,7651	0,9724	0,8944	1	0,7446	0,6389
CFQ-7	0,6794	0,6842	0,7495	0,7149	0,7446	1	0,6774
CFQ-25	0,5591	0,6748	0,6182	0,5656	0,6389	0,6774	1

Отримані дані підтверджують гіпотезу дослідження щодо тісного взаємозв'язку між емоційною напругою та когнітивним функціонуванням. Високі позитивні кореляції між показниками стресу, тривожності й депресивності (PSS-10, PHQ-9, STAI) та показниками когнітивних порушень (CFQ-25, CFQ-7) свідчать, що погіршення емоційного стану супроводжується зниженням когнітивної ефективності.

Особливо вираженим є зв'язок між показниками тривожності та когнітивного злиття (STAI – CFQ-7, $r = 0,75$), що відображає характерну для стану хронічного стресу тенденцію до ригідності мислення. У таких умовах думки набувають надмірної значущості, а здатність дистанціюватися від них

знижується, що ускладнює регуляцію поведінки та підтримання когнітивної гнучкості.

Водночас виявлений зв'язок між депресивністю та частотою когнітивних помилок (PHQ-9 – CFQ-25, $r = 0,67$) вказує на те, що емоційне виснаження та знижений тонус супроводжуються погіршенням уваги, робочої пам'яті та рутинного контролю дій.

Загальна структура кореляційної матриці демонструє, що емоційні та когнітивні показники формують єдину взаємопов'язану систему, у якій хронічний стрес та негативний емоційний фон виступають ключовими предикторами когнітивної втоми та зниженого контролю мислення.

Кореляційний зв'язок між показниками тривожності (STAI) та когнітивного злиття (CFQ-7) зображена на рис. 2.17. Зображено позитивну лінійну залежність: зі зростанням рівня тривожності підвищується ступінь когнітивного злиття, що свідчить про схильність до ототожнення з тривожними думками та труднощі когнітивного дистанціювання.

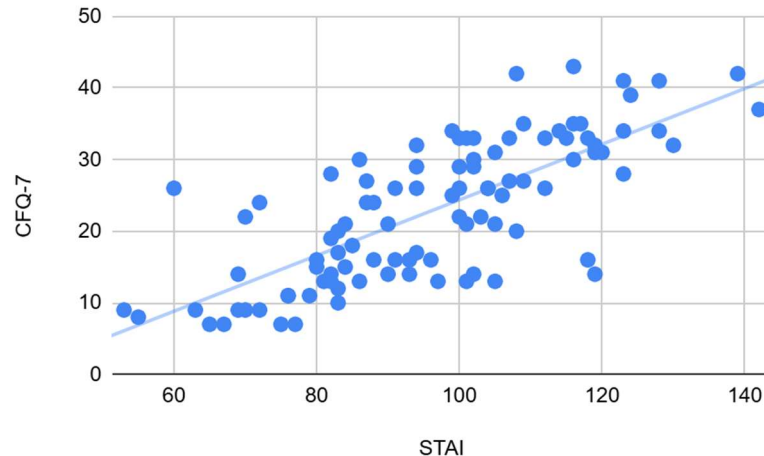


Рис. 2.17. Кореляційний зв'язок між показниками тривожності (STAI) та когнітивного злиття (CFQ-7)

Помірно сильний зв'язок між депресією і когнітивними помилками ($r = 0,68$) демонструє, що хронічне напруження призводить до зниження концентрації уваги та когнітивної гнучкості. На рисунку 2.18. зображено позитивну лінійну залежність: зі зростанням рівня депресивних симптомів підвищується частота когнітивних помилок, що свідчить про

взаємозв'язок емоційного виснаження та зниження когнітивного контролю.

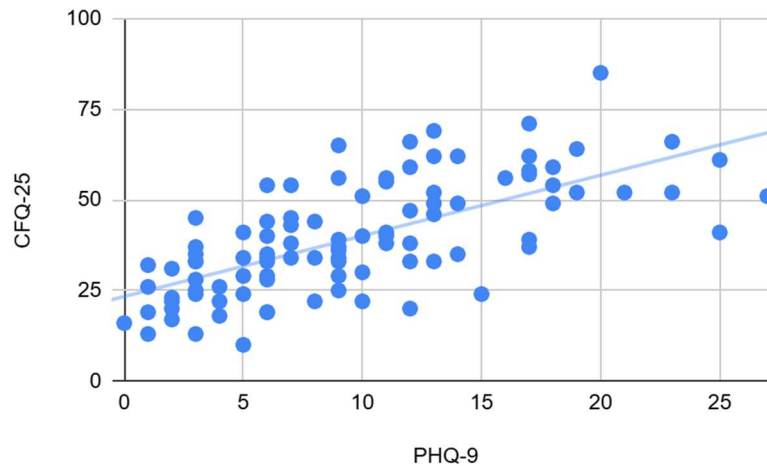


Рис. 2.18. Кореляційний зв'язок між показниками депресії (PHQ-9) та когнітивних помилок (CFQ-25)

Високі коефіцієнти кореляції між усіма емоційними змінними свідчать про їхню тісну взаємодію та взаємне підсилення: підвищена тривожність, депресивність і суб'єктивне відчуття стресу формують єдиний синдром психоемоційного виснаження. Така структура кореляцій вказує на те, що емоційний стан респондентів є системним утворенням, у межах якого окремі компоненти не функціонують ізольовано, а впливають один на одного, посилюючи загальне навантаження на когнітивні процеси.

Подальший аналіз із застосуванням множинної регресії є доцільним для визначення того, який саме компонент емоційної сфери робить найбільший внесок у погіршення когнітивного функціонування та чи може соціальна підтримка потенційно пом'якшувати ці впливи, виконуючи буферну роль.

Множинна регресія використовується для оцінювання одночасного впливу кількох незалежних змінних (предикторів) на одну залежну змінну (аутком). У цьому дослідженні регресійний підхід дозволяє встановити, які саме показники емоційного стану (стрес, депресивність, тривожність) найбільш значимо передбачають варіації когнітивних характеристик (CFQ-7, CFQ-25) та визначити силу цього впливу. На відміну від кореляційного аналізу, який лише фіксує наявність зв'язку, регресійний аналіз дає відповідь

на такі питання: які емоційні чинники мають провідний внесок у зміну когнітивних показників; наскільки сильно кожна змінна передбачає відповідний когнітивний результат; чи є цей вплив статистично значущим ($p < 0,05$).

Таблиця 2.19.

Результати множинного регресійного аналізу взаємозв'язку емоційних показників із когнітивними (CFQ-7 та CFQ-25)

Залежна змінна	Незалежна змінна	β -коефіцієнт	Стандартна похибка	t-значення	p-рівень	Інтерпретація
CFQ-7	PSS-10 (стрес)	0,2197	0,0697	3,1536	0,0021	Значущий позитивний вплив
	PHQ-9 (депресія)	0,3903	0,1614	2,4180	0,0175	Значущий позитивний вплив
	STAI (тривожність)	0,2756	0,1952	1,4120	0,1616	Незначущий вплив
	Константа	-7,1535	4,1754	—	—	—
	F (df=3;94)	46,75	—	—	—	Модель статистично значуща
CFQ-25	PSS-10 (стрес)	0,1380	0,1248	1,1054	0,2717	Незначущий вплив
	PHQ-9 (депресія)	1,1866	0,2892	4,1031	0,0010	Найсильніший позитивний вплив
	STAI (тривожність)	0,2626	0,3498	0,7508	0,4546	Незначущий вплив
	Константа	9,8727	7,4818	—	—	—
	F (df=3;94)	29,23	—	—	—	Модель статистично значуща

Результати множинного регресійного аналізу табл. 2.19 засвідчують диференційований вплив емоційних показників на когнітивні змінні CFQ-7 та CFQ-25.

Для показника когнітивного злиття (CFQ-7) статистично значущими предикторами виявилися стрес (PSS-10) та депресивність (PHQ-9). Обидві змінні мають позитивні β -коефіцієнти (0,2197 та 0,3903 відповідно) і досягають рівня статистичної значущості ($p < 0,05$), що свідчить про їхній самостійний внесок у збільшення когнітивного злиття. Це означає, що підвищення рівня суб'єктивно переживаного стресу та депресивної симптоматики супроводжується зростанням ригідності мислення, схильності до ототожнення з автоматичними думками та зниженням когнітивної гнучкості.

Показник тривожності (STAI) не продемонстрував значущого впливу ($p = 0,1616$), що може свідчити про те, що у разі одночасного врахування стресу та депресивності тривожність не здійснює додаткового унікального внеску у варіацію когнітивного злиття.

Загальний критерій значущості моделі ($F = 46,75$; $df = 3$; 94) підтверджує, що сукупність емоційних предикторів суттєво пояснює варіацію показника CFQ-7.

Для показника когнітивних помилок (CFQ-25) лише депресивність (PHQ-9) виявилася статистично значущим предиктором ($\beta = 1,1866$; $p = 0,0010$). Цей коефіцієнт є найбільшим серед усіх отриманих значень, що свідчить про провідну роль депресивної симптоматики у погіршенні поведінкових аспектів когнітивного функціонування – неуважності, помилок у контролі дій та труднощів у концентрації.

Стрес (PSS-10) та тривожність (STAI) не продемонстрували статистично значущого впливу ($p > 0,27$), що вказує на відсутність їхнього унікального внеску у прогнозування частоти когнітивних помилок за умов одночасного врахування рівня депресивності.

Значення F-критерію ($F = 29,23$; $df = 3$; 94) підтверджує, що модель загалом є статистично значущою та придатною для інтерпретації.

Найбільший вплив на когнітивне злиття виявлено у показника депресії ($\beta = 0,39$), що свідчить про провідну роль депресивних тенденцій у порушенні когнітивного контролю рис 2.19.

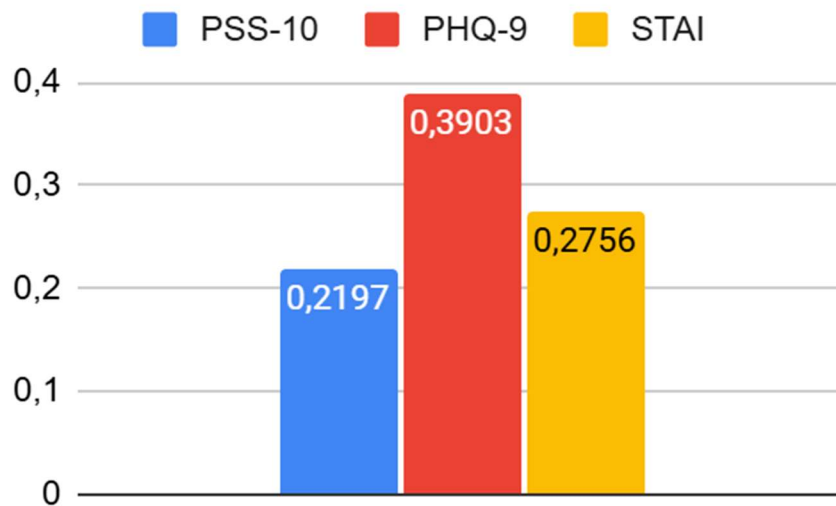


Рис 2.19. Внесок емоційних показників (PSS-10, PHQ-9, STAI)

Показник сприйнятого стресу (PSS-10) також має статистично значущий позитивний вплив ($\beta = 0,2197$; $p = 0,0021$), що підтверджує його внесок у посилення схильності до ототожнення з автоматичними думками. Натомість загальний показник тривожності (STAI), попри попередньо виявлений позитивний кореляційний зв'язок із CFQ-7, у регресійній моделі не досяг статистичної значущості ($p = 0,1616$). Це означає, що його внесок у прогноз когнітивного злиття є менш вираженим і може опосередковуватися через інші емоційні компоненти.

Таким чином, результати множинної регресії вказують, що ключовими предикторами когнітивного злиття є саме депресивність та рівень сприйнятого стресу, тоді як вплив тривожності не має самостійної пояснювальної сили в межах моделі. Це підтверджує припущення, що порушення когнітивної гнучкості у мешканців прифронтових територій переважно зумовлені емоційним виснаженням та депресивними переживаннями, які чинять більш

глибокий вплив на когнітивну регуляцію, ніж ситуативна або особистісна тривожність. Інтерпретація результатів CFQ-7 $\leftarrow$ PSS-10, PHQ-9, STAI представлено в табл. 2.20.

Таблиця 2.20.

Інтерпретація результатів CFQ-7 $\leftarrow$ PSS-10, PHQ-9, STAI

Показник	β	p	Інтерпретація
PSS-10 (стрес)	0,2197	0,0021	значущий вплив: підвищення рівня стресу підсилює частоту когнітивних помилок
PHQ-9 (депресія)	0,3903	0,017	значущий вплив: депресивність підвищує когнітивні збої
STAI (тривожність)	0,2756	0,161	зв'язок позитивний, але статистично незначущий

Дані таблиці 2.20 відображають результати інтерпретації множинної регресії, проведеної для встановлення впливу емоційних показників (стресу, депресивності та тривожності) на рівень когнітивного злиття (CFQ-7). Усі три предиктори демонструють позитивний напрям впливу, проте їх статистична значущість істотно відрізняється.

Показник сприйнятого стресу (PSS-10) має статистично значущий позитивний вплив ($\beta = 0,2197$; $p = 0,0021$), що свідчить: зі зростанням суб'єктивного рівня стресу підвищується когнітивне злиття, тобто респонденти частіше «потрапляють у пастку» власних думок і гірше контролюють когнітивні реакції.

Показник депресивності (PHQ-9) також є значущим предиктором ($\beta = 0,3903$; $p = 0,017$), причому його внесок є найвищим серед усіх змінних. Це означає, що депресивні тенденції більшою мірою, ніж інші емоційні фактори, зумовлюють зниження когнітивної гнучкості та зростання схильності до автоматичного мислення.

На рис. 2.20 представлено порівняльний внесок показників стресу, депресивності та тривожності у прогноз когнітивних помилок за шкалою CFQ-

25. Візуалізація демонструє суттєві відмінності між емоційними змінними щодо їх здатності передбачати порушення когнітивної ефективності.

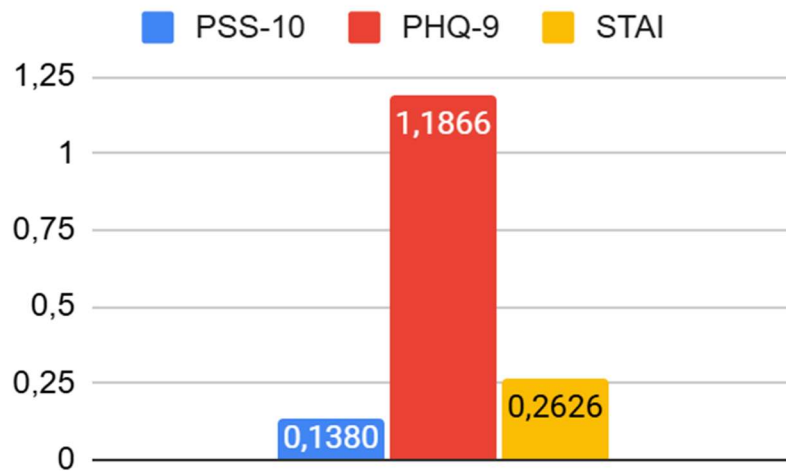


Рис 2.20. Впливу емоційних показників (PSS-10, PHQ-9, STAI) на когнітивні помилки (CFQ-25)

Найбільш виражений та статистично значущий вплив спостерігається з боку депресивності (PHQ-9; $\beta = 1,1866$; $p = 0,0010$), що підтверджує її провідну роль у формуванні когнітивних порушень. Зростання депресивних симптомів супроводжується істотним підвищенням частоти когнітивних помилок, що узгоджується з теоретичними моделями зниження виконавчих функцій при депресивних станах.

На відміну від цього, рівень стресу (PSS-10; $\beta = 0,1380$; $p = 0,2717$) та тривожності (STAI; $\beta = 0,2626$; $p = 0,4546$) демонструють лише слабкі, статистично незначущі зв'язки з показником CFQ-25. Незважаючи на позитивний напрям зв'язку, ці предиктори не мають достатньої пояснювальної сили у моделі, що вказує на їхню фонову або опосередковану роль у виникненні когнітивних помилок.

Таким чином, отримані результати підтверджують, що саме депресивність є ключовим емоційним фактором, який найбільш суттєво впливає на когнітивне функціонування, тоді як стрес і тривожність виступають другорядними чинниками, що самостійно не визначають рівень когнітивних порушень табл. 2.21.

Інтерпретація результатів CFQ-25 ← PSS-10, PHQ-9, STAI

Показник	β	p	Інтерпретація
PSS-10 (стрес)	0,1380	0,2717	слабкий, незначущий зв'язок
PHQ-9 (депресія)	1,1866	0,0010	найсильніший і значущий предиктор: депресія суттєво прогнозує когнітивні порушення
STAI (тривожність)	0,2626	0,4546	зв'язок слабкий, незначущий

Аналіз даних, поданих у таблиці 2.21, дозволяє визначити відносний внесок кожного з емоційних показників у формування когнітивних порушень за CFQ-25. Отримані β -коефіцієнти та рівні статистичної значущості свідчать, що єдиним сильним і статистично значущим предиктором когнітивних помилок є показник депресивності (PHQ-9). Його $\beta = 1,1866$ за $p = 0,0010$ демонструє, що зростання депресивних симптомів суттєво підвищує ймовірність виникнення когнітивних збоїв. Це підтверджує центральну роль депресії у зниженні уваги, пам'яті та контролю дій у стані хронічного стресу.

Показники стресу (PSS-10) та тривожності (STAI) хоча й мають позитивні β -коефіцієнти (0,1380 та 0,2626 відповідно), не досягають рівня статистичної значущості ($p > 0,05$). Це означає, що їхній внесок у прогноз когнітивних помилок є слабким та нестійким. Вони можуть впливати на когнітивне навантаження опосередковано, але не виступають ключовими предикторами у моделі.

Для оцінки якості побудованих регресійних моделей було проаналізовано співвідношення між фактичними та прогнозованими значеннями когнітивних показників. На графіках розсіювання рис. 2.21 та 2.22 на осі X розміщено емпіричні значення CFQ-7 та CFQ-25 відповідно, а на осі Y — значення, передбачені регресійною моделлю. Додавання лінії тренду та розрахунок коефіцієнта детермінації R^2 дозволили візуалізувати точність передбачення та ступінь узгодженості моделі з реальними даними.

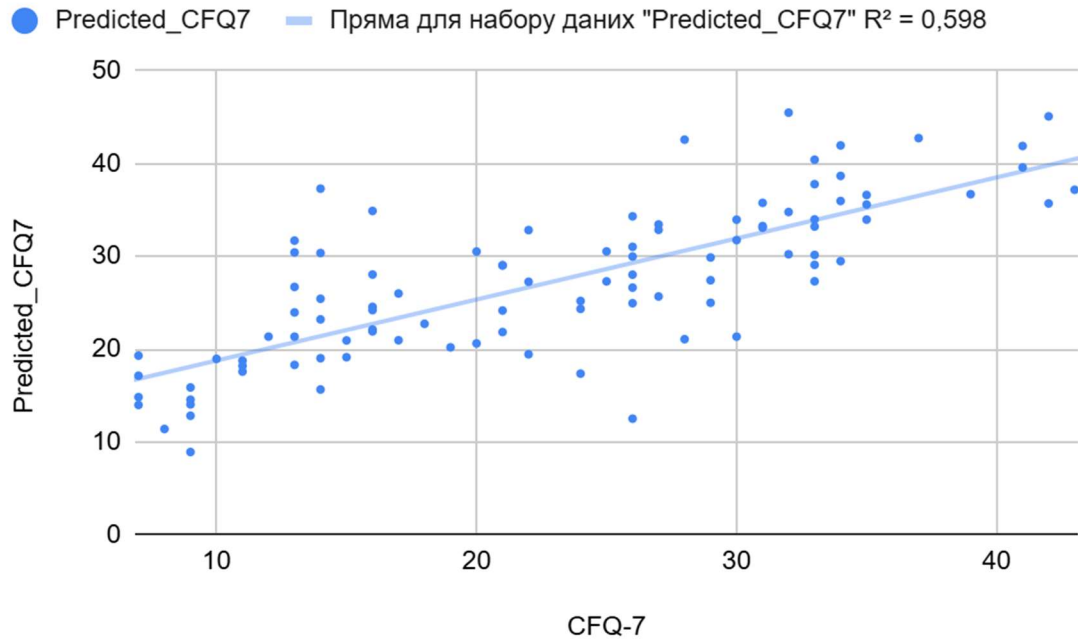


Рис. 2.21. Взаємозв'язок фактичних і прогнозованих значень когнітивного злиття (CFQ-7) за результатами множинної регресії

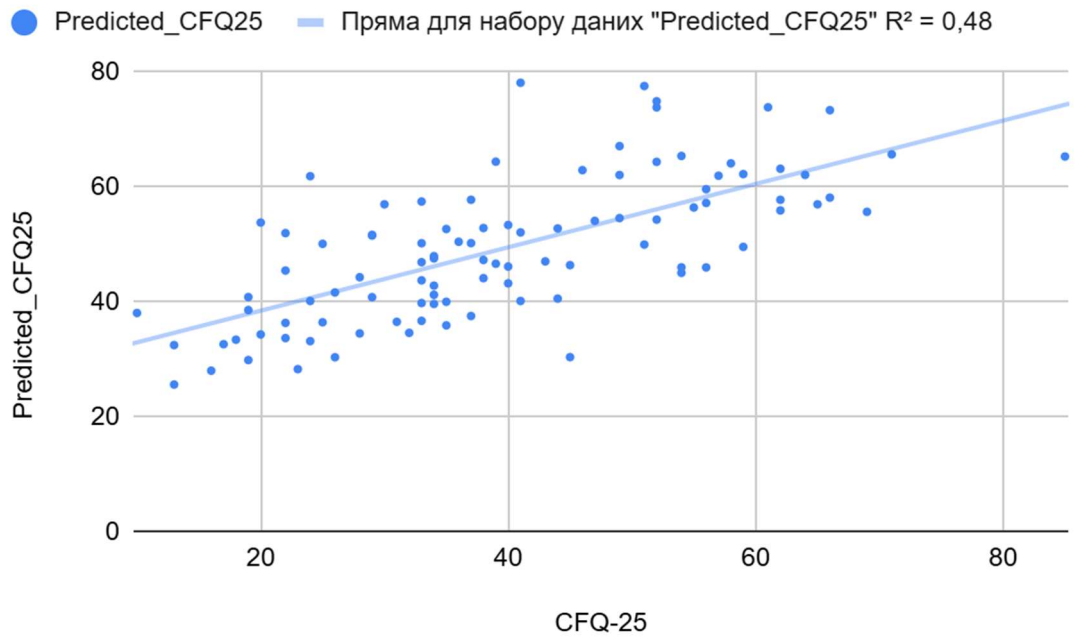


Рис. 2.22. Взаємозв'язок фактичних і прогнозованих значень когнітивних помилок (CFQ-25) за результатами множинної регресії

Графік для CFQ-7 демонструє достатньо щільний розподіл точок навколо лінії регресії, що підтверджує виражену лінійну залежність між фактичними та прогнозованими значеннями ($R^2 \approx 0,60$). Це означає, що близько 60 % варіації когнітивного злиття пояснюється включеними до моделі

емоційними предикторами (стресом, депресивністю та тривожністю). Такий показник свідчить про адекватність моделі та її здатність reliably передбачати рівень когнітивного злиття на основі емоційного профілю респондентів.

У випадку CFQ-25 рис. 2.22 щільність точок навколо лінії тренду дещо нижча, що відображено меншим значенням R^2 ($\approx 0,48$). Таким чином, модель пояснює приблизно 48 % варіації когнітивних помилок. Це є прийнятним результатом для психологічних даних, де залежні змінні значною мірою залежать від великої кількості зовнішніх і внутрішніх факторів. Менший показник R^2 може вказувати на більш комплексну природу когнітивних помилок, які формуються під впливом не лише емоційних, але й ситуативних, нейрокогнітивних та контекстуальних умов.

Узагальнюючи, обидві регресійні моделі демонструють достатній рівень пояснювальної здатності: значення R^2 , що наближаються до 0,5–0,6, вказують на те, що емоційні стани відіграють помітну роль у формуванні когнітивних порушень. Водночас наявність частки непоясненої варіації свідчить про багатофакторність когнітивної дезорганізації, що є типовим для вибірок, які перебувають у стані хронічного стресу.

Отримані результати всебічно підтверджують гіпотезу дослідження щодо тісної взаємозалежності емоційної та когнітивної сфер у мешканців прифронтових територій. Регресійний аналіз показав, що саме депресивність є провідним предиктором когнітивного зниження, тоді як стрес і тривожність відіграють другорядну, фонову роль. Це підкреслює медіаторну функцію депресії у механізмі когнітивного виснаження в умовах тривалого стресу та емоційного перенапруження.

Розгляд показників депресивності у соціально-демографічному розрізі засвідчив, що найуразливішими групами є чоловіки молодшого віку, самотні особи та пари без дітей — категорії, які традиційно мають нижчий рівень соціальної підтримки та меншою мірою охоплюються існуючими програмами психо-соціальної допомоги. Водночас виявлений факт дещо нижчого рівня депресивності серед осіб, які не брали участі в групах підтримки, не свідчить

про неефективність таких програм. Більшість МНПSS-ініціатив в Україні зосереджені на першому рівні втручання — зниженні стресу та тривожності, стабілізації емоційного стану та психологічній першій допомозі — і не включають повноцінної роботи з депресивними проявами, які потребують складніших, клінічно орієнтованих підходів.

Таким чином, результати дослідження засвідчують необхідність удосконалення програм психо-соціальної підтримки через розширення їх цільової спрямованості, інтеграцію компонентів раннього виявлення та профілактики депресивності, а також підвищення доступності ресурсної підтримки для груп підвищеного ризику. Отримані дані формують емпіричну основу для розроблення більш структурованих інтервенцій і переходу до подальшого аналізу ефективності програм психо-соціальної допомоги у контексті стресогенних умов.

Висновки до 2 розділу

У другому розділі було обґрунтовано організацію емпіричного дослідження та представлено характеристику вибірки ($N = 98$) дорослих мешканців прифронтових територій, репрезентативної за основними соціально-демографічними параметрами (вік, стать, тип населеного пункту, сімейний стан, наявність дітей, тривалість проживання у зоні ризику). Формат онлайн-опитування та дотримання етичних стандартів забезпечили валідність і надійність отриманих даних за умов обмеженого доступу до респондентів. Водночас встановлено низьку частоту регулярного звернення по психологічну допомогу, що є важливим контекстом для інтерпретації емоційно-когнітивних показників.

Результати оцінювання за шкалами PSS-10, PHQ-9 та STAI засвідчили істотно підвищені рівні стресу, тривожності та депресивності порівняно з нормативними значеннями. Ситуативна й особистісна тривожність виявили сильний позитивний кореляційний зв'язок, що вказує на процес хронізації

тривожної відповіді в умовах тривалого стресового впливу. Найвищі рівні емоційного напруження спостерігалися у респондентів молодшого віку, чоловіків, мешканців сільської місцевості, самотніх осіб та осіб без дітей — соціально вразливих груп із нижчим рівнем стабільної соціальної підтримки.

Аналіз когнітивної сфери показав наявність помірного рівня когнітивних помилок (CFQ-25) та середнього рівня когнітивного злиття (CFQ-7). Найвиразніші когнітивні утруднення властиві молодшим учасникам, самотнім, респондентам без дітей, мешканцям села та тим, хто проживає у прифронтовій зоні менше року — що може відображати ефект гострої адаптації до загрозливих умов. Натомість більш тривале проживання (>3 років) пов'язане зі зниженням рівня когнітивних збоїв, що може свідчити про формування адаптаційних механізмів. Соціальна підтримка (партнерські стосунки, наявність дітей) демонструє виражений буферний ефект.

У розділі здійснено системну статистичну перевірку гіпотези. Одновибіркові t-тести підтвердили істотне перевищення нормативів для показників стресу, тривожності та депресивності (із розмірами ефекту від малого до великого). Показники CFQ-7 статистично не відрізняються від нормативів, тоді як CFQ-25 перевищує їх із малим розміром ефекту. Кореляційний аналіз виявив тісні зв'язки між емоційними та когнітивними індикаторами, найбільш виражені — між STAI та CFQ-7 і PHQ-9 та CFQ-25. Крім того, зареєстровано сильні взаємозв'язки всередині емоційного блоку.

Множинна регресія уточнила структуру залежностей: депресивність (PHQ-9) виступає провідним, стабільно значущим предиктором як когнітивного злиття (CFQ-7), так і когнітивних помилок (CFQ-25). Сприйнятий стрес (PSS-10) робить додатковий, але менш виражений внесок у прогноз CFQ-7. Тривожність (STAI) після контролю депресії та стресу втрачає статистичну значущість, що свідчить про її роль як проміжної, а не самостійної ланки емоційно-когнітивного виснаження. Значення коефіцієнтів детермінації ($R^2 \approx 0,6-0,7$) підтверджують високу пояснювальну потужність регресійних моделей.

Зіставлення результатів підрозділів другого розділу дозволяє сформулювати два інтегральні висновки. По-перше, емоційні та когнітивні порушення у мешканців прифронтових територій мають єдину стрес-детерміновану природу, проте центральною ланкою цього механізму є депресивність, тоді як стрес і тривожність формують фонове емоційне середовище та частково опосередковують вплив на когнітивні функції. По-друге, вразливі соціально-демографічні групи (молодші чоловіки, самотні, пари без дітей, мешканці сільської місцевості, респонденти зі строком проживання в зоні ризику <1 року) одночасно демонструють вищі рівні емоційного та когнітивного навантаження, що підтверджує захисну роль соціальної підтримки.

Окремого аналізу потребувало порівняння респондентів залежно від участі у групах психо-соціальної підтримки. Зниження рівня депресивності серед тих, хто не відвідував такі групи, не свідчить про неефективність гуманітарних програм. Ця тенденція відображає специфіку втручань: більшість ініціатив МНПСС в Україні функціонують на першому рівні імплементації (психологічна перша допомога, стабілізація, зниження стресу та тривожності) і не спрямовані на системну роботу з депресивністю як клінічно релевантною проблемою.

Статистично підтверджене підвищення емоційного навантаження та пов'язаних із ним когнітивних утруднень у мешканців прифронтових територій. Провідну роль депресивності у прогнозуванні когнітивної неефективності, що робить її ключовою мішенню для психо-соціальних втручань. Буферний вплив соціальної підтримки та підвищену вразливість окремих соціально-демографічних груп, що визначає необхідність диференційованих інтервенцій.

Отримані результати частково підтверджують гіпотезу дослідження: тривожність і депресивність дійсно перевищують нормативні показники, проте саме депресивність має найбільш виражений прогностичний вплив на когнітивні порушення. Це підкреслює центральну роль депресивних тенденцій

у структурі емоційно-когнітивного виснаження та водночас демонструє модераційну функцію соціальної підтримки. Сукупність отриманих даних створює емпіричне підґрунтя для переходу до розроблення та апробації програми психо-соціальної підтримки (розділ 3), орієнтованої на раннє виявлення депресивності, профілактику та перенаправлення до спеціалізованої допомоги, а також на посилення ресурсів соціальної підтримки у найбільш уразливих груп населення.

РОЗДІЛ III ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

3.1. Розробка програми психосоціальної підтримки

Розроблення програми психосоціальної підтримки ґрунтувалося на результатах емпіричного дослідження, проведеного у другому розділі, які засвідчили провідну роль депресивності як основного предиктора зниження когнітивної ефективності та емоційної стійкості у мешканців прифронтових територій. Виявлена структура взаємозв'язків між емоційними (стрес, тривожність, депресивність) і когнітивними показниками (когнітивні помилки, когнітивне злиття) визначила методологічну логіку створення програми та окреслила її ключові завдання.

Метою програми є підвищення рівня психологічної стійкості, розвиток навичок емоційної та когнітивної саморегуляції, зниження інтенсивності депресивних і тривожних проявів, а також формування ресурсних стратегій адаптації в умовах хронічного стресу. Програма орієнтована на доросле населення прифронтових територій, з урахуванням соціально-демографічних груп, які у дослідженні продемонстрували підвищений ризик емоційно-когнітивного виснаження: осіб молодшого віку, чоловіків, самотніх респондентів та учасників, які проживають у зоні ризику протягом короткого терміну.

Під час розроблення програми застосовано положення міжнародних стандартів МНРСС (Mental Health and Psychosocial Support), які передбачають багаторівневу структуру підтримки, орієнтацію на доступність інтервенцій та адаптацію до контексту локальних громад. З урахуванням особливостей соціокультурного середовища прифронтових територій було здійснено адаптацію методів та змісту до умов обмежених ресурсів, підвищеної емоційної напруги та низької регулярності звернень по професійну психологічну допомогу.

Концептуальна модель програми ґрунтується на інтеграції кількох науково обґрунтованих підходів, ефективність яких доведена у роботі з наслідками хронічного стресу:

1. Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ).

Спрямований на ідентифікацію дисфункціональних автоматичних думок, корекцію когнітивних викривлень та формування адаптивних способів реагування на стресові стимули.

2. Майндфулнес-орієнтовані техніки.

Забезпечують підвищення рівня усвідомленості, зниження румінацій, нормалізацію фізіологічних реакцій та стабілізацію системи уваги.

3. Психоедукаційний компонент.

Спрямований на розширення знань учасників щодо природи стресу, депресії, тривоги, типових психологічних реакцій на тривале навантаження та способів їх регуляції.

4. Тілесно-орієнтовані та психосоматичні методи.

Зважаючи на тісний взаємозв'язок між тілесними та емоційними реакціями, дані методи сприяють зменшенню рівня соматичного напруження, нормалізації дихальних і м'язових патернів.

5. Арт-терапевтичні та символічно-образні техніки.

Використовуються як інструмент опосередкованого вираження емоцій та інтеграції пережитого досвіду.

Структура програми включає три функціональні модулі, кожен з яких спрямований на вирішення специфічних завдань і відповідає закономірностям групової динаміки. Модулі програми групових занять з психосоціальної підтримки представлено в табл.3.1.

Таблиця 3.1.

Модулі програми групових занять з психосоціальної підтримки

Модуль	Назва	Основні завдання
I. Вкорінення	Стабілізація, формування безпечного простору	Зниження емоційної напруги, нормалізація реакцій, відновлення контакту з тілом, створення довіри у групі
II. Усвідомлення і зміна	Розвиток рефлексії та навичок саморегуляції	Розпізнавання автоматичних думок, емоційна грамотність, заміна деструктивних стратегій на адаптивні
III. Інтеграція і ресурс	Закріплення досвіду, пошук опор і сенсів	Усвідомлення власних ресурсів, інтеграція пережитого досвіду, формування відчуття внутрішньої стійкості

Усі заняття програми мають стандартизовану структурну послідовність, що забезпечує передбачуваність групового процесу та формує відчуття психологічної безпеки, необхідне для ефективної участі у психосоціальних інтервенціях. Структура сесії включає чотири функціональні компоненти.

Перший — вступний стабілізаційний етап (5–10 хв), представлений короткими майндфулнес- або тілесно-орієнтованими практиками, спрямованими на вирівнювання фізіологічного збудження, концентрацію уваги та налаштування учасників на роботу.

Другий — основний блок (40–50 хв), який охоплює виконання двох-трьох вправ, підібраних із різних методологічних підходів (когнітивно-поведінкова терапія, психосоматичні техніки, арт-терапевтичні методи, психоедукаційні елементи, інтерактивні практики).

Третій — рефлексивно-інтеграційний блок (15–20 хв), де здійснюється структуроване групове обговорення досвіду виконаних вправ, усвідомлення емоційних реакцій, формування індивідуальних і групових висновків та інтеграція елементів набутих навичок. Четвертий компонент — індивідуальне домашнє завдання, яке передбачає прості відтворювані техніки (ведення

щоденника емоцій, вправи на тілесну усвідомленість, поведінкові експерименти), що забезпечують закріплення результатів поза межами групового простору.

Гнучкість програми забезпечується використанням альтернативних вправ у межах кожного заняття, що дає змогу фасилітатору адаптувати інтервенції до динаміки групи, рівня психологічної готовності учасників, а також вікових і гендерних особливостей. Структурно програма побудована за принципом поступового переходу від стабілізації до інтеграції: на початковому етапі акцент робиться на формуванні безпечного середовища, нормалізації емоційних реакцій і зниженні фізіологічної напруги; на середніх етапах — на розвитку усвідомлення власних емоцій, думок і тілесних проявів, а також на освоєнні навичок саморегуляції; на завершальному — на інтеграції опанованих стратегій у повсякденну діяльність, розширенні ресурсної бази та формуванні відчуття внутрішньої стійкості.

Кожна сесія включає антидепресивний компонент, що реалізується через психоедукаційні елементи, поведінкову активацію та корекцію неадаптивних когнітивних патернів. Така структура спрямована не лише на короткострокове зниження дистресу, але й на формування довготривалих механізмів саморегуляції. Особлива увага приділяється розвитку автономності учасників: усі техніки розроблені таким чином, щоб їх можна було застосовувати самостійно у повсякденному житті, що підсилює практичну ефективність програми.

Очікувані результати реалізації програми включають зниження рівня емоційної напруги, тривожності та соматичних проявів стресу; зменшення депресивних симптомів; підвищення рівня усвідомленості власних емоцій, тілесних відчуттів та поведінкових реакцій; розвиток навичок саморегуляції та рефлексії; формування внутрішніх ресурсів і переживання психологічної стабільності; посилення соціальної включеності та суб'єктивного контролю над власним життям.

Програма функціонує відповідно до принципів, які забезпечують створення безпечного, адаптивного й культурно релевантного середовища, особливо важливого для сільських громад, молодіжних груп і чоловіків, які традиційно схильні уникати формальних психотерапевтичних форматів. До таких принципів належать: добровільність і психологічна безпека участі; рівність і партнерська взаємодія між фасилітатором і групою; орієнтація на досвід, а не на лекційну подачу; нормалізація емоційних реакцій як типових відповідей на екстремальні умови; культурна адаптованість матеріалів; використання гри та творчості як засобів зниження напруги; принцип поступовості та уникнення перевантаження; автономність і практична спрямованість технік; застосування ненасильницької комунікації як основи групової взаємодії.

Загалом програма «Повернення до себе» інтегрує психоедукаційні, когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та символічно-образні підходи, спрямовані на відновлення внутрішньої рівноваги, зміцнення адаптаційних ресурсів та формування психологічної стійкості дорослого населення прифронтових територій в умовах тривалого стресового впливу.

3.2. Апробація програми та організаційне забезпечення

Апробація програми психосоціальної підтримки «Повернення до себе» здійснювалась у межах діяльності мобільних бригад ВГО «Поруч» у партнерстві з місцевими громадами Херсонської області (Бериславський та Херсонський райони). Робота проводилась упродовж вересня–жовтня 2025 року на базі освітніх закладів, які надали приміщення для групових зустрічей за попередньої домовленості з адміністрацією шкіл і старостами населених пунктів.

Мобільна бригада складалася з двох психологів, двох соціальних працівників та кейс-менеджера, що забезпечувало комплексний підхід до надання психосоціальної допомоги. Такий формат відповідає стандартам

міжвідомчої координаційної групи МНПСС в Україні (IASC, 2023) і дозволяє одночасно проводити паралельну роботу з дорослими та дітьми - дорослі брали участь у групі підтримки, тоді як інший психолог і соціальний працівник організовували заняття з дітьми в сусідньому приміщенні.

До апробації було залучено три групи учасників із різних населених пунктів прифронтової зони. Загалом у програмі взяли участь 21 особа (6–8 учасників у кожній групі).

Переважну більшість становили жінки віком від 25 до 50 років, здебільшого матері дітей шкільного віку. Участь чоловіків була обмеженою - це пояснюється загальною міграцією чоловічого населення, мобілізаційними ризиками та зниженим рівнем довіри до форматів психологічної допомоги.

Критерії залучення учасників включали:

- проживання в регіонах, що зазнають прямого або опосередкованого впливу бойових дій;
- відсутність гострих психічних або соматичних станів, що можуть перешкоджати участі;
- добровільну інформовану згоду після ознайомлення з метою програми та правилами безпеки.

Перед початком участі всі учасники заповнювали опитувальник PHQ-9, що дозволяло визначити рівень депресивності як базовий орієнтир для подальшого оцінювання ефективності програми. Після завершення циклу занять було проведено повторне опитування, а також коротке фасилітаторське інтерв'ю про самопочуття, зміни у сприйнятті власного стану та набуті навички самопомоги.

Групові зустрічі тривали 60–90 хвилин, відбувалися один раз на тиждень у приміщеннях, що відповідали базовим вимогам безпеки (наявність укриття, віддаленість від бойових дій, можливість евакуації у разі повітряної тривоги). Перед початком кожної зустрічі проводився короткий інструктаж щодо добровільності, конфіденційності та права припинити участь у будь-який момент без пояснення причин.

Психологи дотримувалися етичних стандартів MHPSS:

- отримання усного інформованого погодження;
- недопущення інтервенцій, які можуть викликати ретравматизацію;
- послідовне застосування стабілізаційних вправ перед обговоренням емоційно насичених тем;
- можливість індивідуального консультування для учасників із підвищеною емоційною чутливістю.

Для створення атмосфери психологічної безпеки та довіри використовувалися принципи партнерської взаємодії, ненасильницької комунікації, творчих і ігрових підходів. Відмова від лекційного формату на користь інтерактивних методів виявилася особливо ефективною в громадах із низьким рівнем психологічної культури, де звернення по психологічну допомогу часто сприймається як стигматизоване.

Інструментально-технічне забезпечення адаптовано до польових умов: папір, олівці, маркери, кольорові нитки, природні матеріали (каміння, листя), метафоричні картки, робочі аркуші для КПТ-вправ. Фасилітатори використовували методичні описи сесій і альтернативні комплекси вправ (Додаток А), що забезпечувало гнучкість і адаптивність роботи.

Окремо передбачалася підтримка фахівців мобільної бригади: щотижневі супервізійні обговорення дозволяли регулювати власне емоційне навантаження, аналізувати складні випадки та підвищувати якість фасилітації.

За фасилітаторськими спостереженнями, вже після четвертої сесії більшість учасниць демонстрували виразне зниження емоційної напруги, покращення сну, зростання залученості до повсякденних активностей. Наприкінці програми понад 70 % учасників відзначили покращення здатності:

- розпізнавати власні емоції та реагувати конструктивно;
- використовувати тілесні та дихальні техніки для самозаспокоєння;
- регулювати негативний внутрішній діалог;
- знаходити ресурси через творчі та групові форми підтримки.

Порівняння результатів первинного і повторного оцінювання PHQ-9 виявило тенденцію до зменшення рівня депресивності у більшості учасників, що підтверджує короткострокову ефективність програми.

Узагальнюючи результати апробації, можна стверджувати, що програма «Повернення до себе» є методично виваженою, культурно адаптованою та безпечною для застосування у прифронтових громадах. Незважаючи на обмежену чисельність груп та переважання жіночої вибірки, отримані дані демонструють позитивний вплив програми на емоційне самопочуття та симптоми депресивності.

Отримані дані стали підґрунтям для подальшої оцінки ефективності програми, представленої у підпункті 3.3.

3.3. Оцінка ефективності програми психосоціальної підтримки

Оцінювання ефективності розробленої програми психосоціальної підтримки здійснювалося за допомогою опитувальника депресивності PHQ-9, який було повторно застосовано після завершення восьмисесійного циклу занять. Метою аналізу було визначити зміни в інтенсивності депресивних симптомів та встановити, які аспекти емоційного стану зазнали найбільшого впливу внаслідок участі у програмі.

До початку участі середній показник депресивності становив $M_1 = 8,33 \pm 5,66$ бала, що відповідає легкому рівню депресії. Після завершення програми середнє значення знизилося до $M_2 = 7,29 \pm 4,87$ бала, демонструючи позитивну динаміку емоційного стану учасників.

Для статистичного порівняння отриманих результатів із нормативними показниками здорової популяції було використано t-критерій Стюдента. Розрахунок:

$$t = \frac{M - M_{\text{норм}}}{SD/\sqrt{n}}$$

До початку програми значення $t = 4,40$ ($p = 0,0003$) засвідчило статистично значущі відмінності між вибіркою та нормативним показником ($t_{\text{norm}} = 2,9$), що свідчить про підвищений рівень депресивних проявів серед учасників.

Після завершення програми значення $t = 4,13$ ($p = 0,0005$) також виявило значущі відмінності від нормативи, однак у бік покращення емоційного стану, що підтверджує позитивний вплив психосоціальної інтервенції.

Розрахований розмір ефекту за Коеном продемонстрував $d = 0,924$ до програми та $d = 0,866$ після її завершення, що відповідає великому ефекту. Це свідчить про клінічно значуще зниження інтенсивності депресивної симптоматики, яке проявлялося у зменшенні відчуття виснаження, покращенні здатності до концентрації, зростанні рівня енергійності та частковому відновленні мотивації до повсякденної активності.

Для оцінки ефективності програми було використано показники опитувальника PHQ-9, що дозволяє класифікувати респондентів за рівнем депресивних проявів: 0–4 бали - мінімальна депресія, 5–9 балів - легка, 10–14 балів - помірна, 15–19 балів - помірно тяжка, 20 і більше балів - тяжка депресія.

Розподіл рівнів депресії серед учасників до участі у програмі подано на рисунку 3.1.

Розподіл рівнів депресії до початку програми наведено на рис. 3.1. Серед учасників переважали особи з мінімальними 33,3% та легкими проявами депресії 27,8%, що є типовим для мешканців прифронтових територій, які тривалий час перебувають у стані хронічного стресу та емоційного виснаження. Водночас 22,2% продемонстрували помірний, 11,1% — помірно тяжкий, а 5,6% — тяжкий рівень депресії, що вказує на існування невеликої, але психологічно вразливої групи учасників, схильних до формування глибших емоційних порушень.

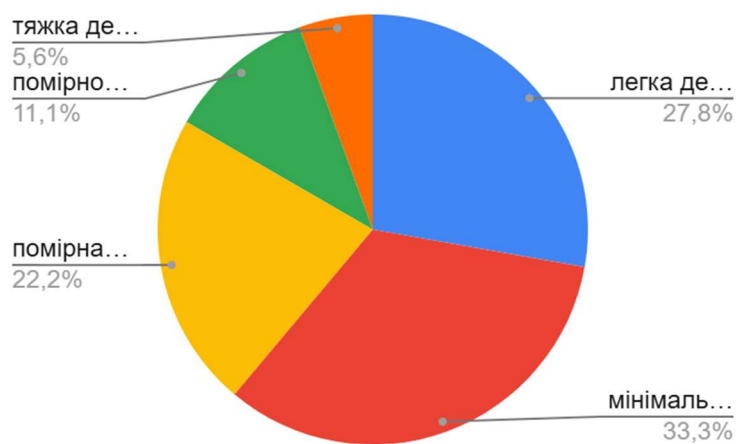


Рис. 3.1. Розподіл рівнів депресії серед учасників до початку програми (PHQ-9)

Після завершення восьмисесійного курсу спостерігається загальне зниження рівня депресивності рис. 3.2.

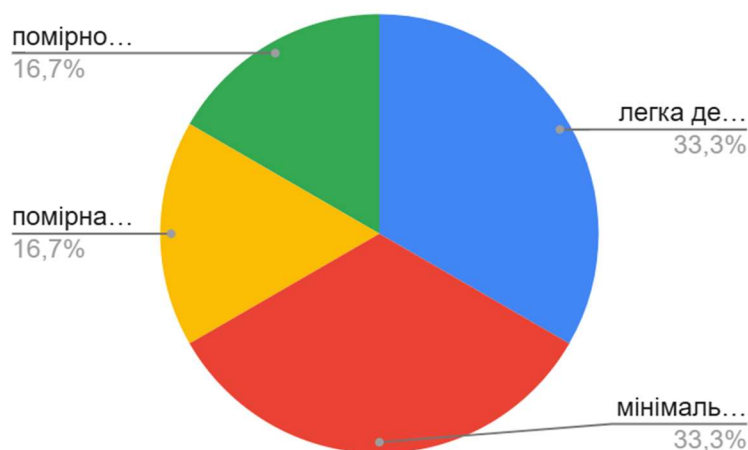


Рис. 3.2. Розподіл рівнів депресії серед учасників після завершення програми (PHQ-9)

Після програми зросла частка учасників із мінімальними та легкими проявами депресії по 33,3%, що свідчить про стабілізацію емоційного стану. Частка осіб із помірним і помірно тяжким рівнем депресії знизилася з 33,3% до 33,4% у сумі по 16,7% у кожній категорії, а тяжких форм після програми не виявлено.

Такі результати свідчать про загальне вирівнювання емоційного стану групи: крайні стани - як виражена апатія, так і тяжкі депресивні епізоди - зменшилися, натомість зросла частка респондентів із помірним емоційним

фоном. Це узгоджується з метою програми: стабілізація, нормалізація емоційного стану, навчання саморегуляції та самодопомоги.

Для глибшого розуміння впливу програми всі пункти PHQ-9 було згруповано за чотирма напрямками:

1. Настрій, інтерес, енергія (питання 1, 2, 4)
2. Сон і концентрація (3, 7)
3. Самооцінка, ставлення до себе (6)
4. Соматичні та кризові прояви депресії (5, 8, 9)

Отримані результати зображені на рисунку 3.3.

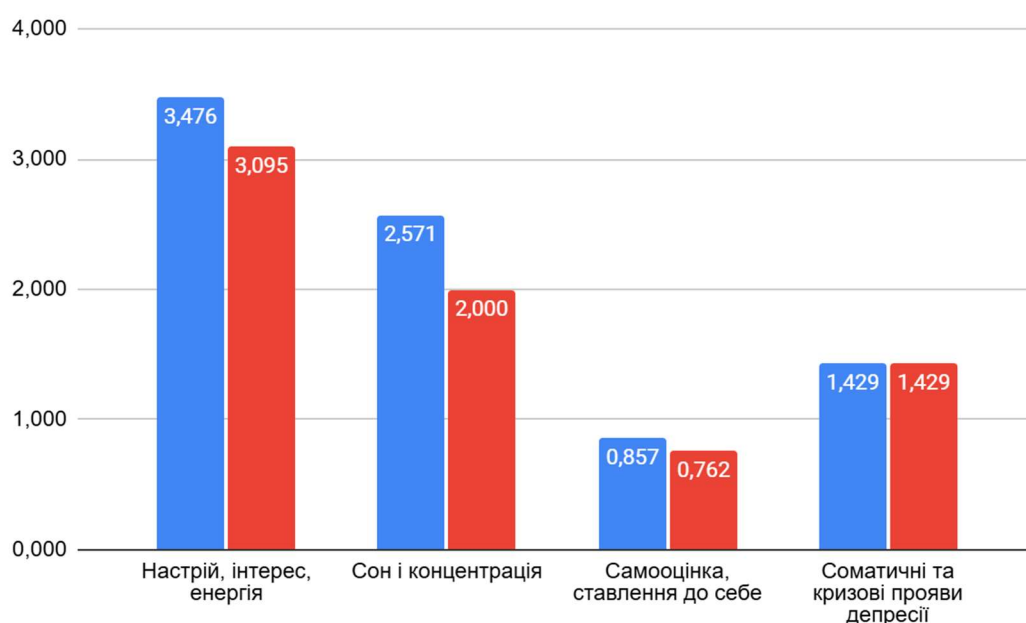


Рис. 3.3. Динаміка середніх показників депресивних симптомів за категоріями до та після програми психосоціальної підтримки (за PHQ-9)

Настрій, інтерес, енергія (емоційно-мотиваційна сфера). Дана категорія продемонструвала найбільш виражене покращення (з 3,48 до 3,10 бала). Зниження рівня апатії, відновлення інтересу до звичних занять і хоча б часткове повернення життєвої енергії свідчить про те, що програма спрацювала як ресурсна активізація. Завдяки груповим взаємодіям, арт-терапевтичним технікам і символічним практикам учасники знову пережили досвід «можу щось створювати» або «впливаю на свій стан». Цей ефект є

базовим для подолання депресивної бездіяльності - саме відновлення дії, навіть малої, стає першим кроком до психічного відновлення.

Сон і концентрація (психофізіологічна сфера). Показники сну та концентрації уваги знизились із 2,57 до 2,00 бала, що відображає зменшення соматичного напруження та покращення здатності до саморегуляції. Учасники практикували дихальні та тілесні вправи, вправи на фокусування уваги, навички «повернення в момент» - це сприяло стабілізації нервової системи. Покращення якості сну часто є одним із перших об'єктивних індикаторів психічного відновлення, що узгоджується з тенденціями міжнародних програм MHPSS.

Самооцінка, ставлення до себе (когнітивно-оцінна сфера). Незважаючи на меншу амплітуду змін (з 0,86 до 0,76 бала), цей блок демонструє важливий зсув у напрямі м'якшого ставлення до себе та зниження самозвинувачення. Це результат впливу когнітивно-поведінкових технік: виявлення автоматичних негативних думок («я слабкий», «я нічого не вартий») і навчання їх переоцінювати. Учасники відзначали, що почали краще розуміти, що емоційне виснаження - не їхня провина, а реакція організму на тривалий стрес. Такі зрушення, хоча й невеликі кількісно, мають велике якісне значення - вони свідчать про початок формування нової, більш приймаючої внутрішньої позиції.

Соматичні та кризові прояви депресії. У цьому блоці показники залишилися незмінними 1,43 без змін. Такі симптоми, як порушення апетиту, психомоторна сповільненість чи суїцидальні думки, є найбільш стійкими і зазвичай не піддаються швидким змінам унаслідок короткотермінових втручань. Проте з точки зору психосоціальної підтримки стабілізація без поглиблення цих симптомів уже є позитивним результатом, адже програма мала на меті не лікування, а попередження загострення депресивних станів.

Отримані зміни мають логічну послідовність:

1. Спершу відновлюється емоційна активність і мотивація (через дію, творчість, групову взаємодію).

2. Потім - психофізіологічна стабільність (сон, концентрація, зниження тривожності).

3. І лише з часом - зміна ставлення до себе.

Цей порядок відповідає природній динаміці виходу з депресивного стану, описаній у моделях когнітивно-поведінкової терапії: спочатку активізація поведінки, потім когнітивна реструктуризація.

Хоча кількісні зміни не є високими, їхня якісна структура свідчить про ефективність програми як стабілізаційного інструменту. Програма сприяла зменшенню апатії, відновленню життєвої енергії, покращенню сну та концентрації, зниженню внутрішньої критики. Найбільш стійкі симптоми залишилися без змін, що підкреслює необхідність подальшої підтримки та розширення програм на рівень глибших терапевтичних втручань.

Отже, участь у програмі сприяла зменшенню вираженості депресивних симптомів, насамперед у сферах емоційного виснаження, втрати інтересу та мотивації, а також покращенню загального психоемоційного функціонування.

Враховуючи результати кореляційного та регресійного аналізів, можна припустити, що зниження рівня депресії за PHQ-9 потенційно зумовлює покращення інших емоційних і когнітивних показників - зменшення тривожності, стресового навантаження, кількості когнітивних помилок і рівня когнітивного злиття. Отже, депресивність виступає системним предиктором, зниження якого здатне опосередковано стабілізувати емоційно-когнітивне функціонування особистості.

Таким чином, результати підтверджують, що навіть короткострокові психосоціальні програми можуть не лише знижувати прояви депресії, а й опосередковано покращувати пов'язані психологічні функції, створюючи базу для подальшого відновлення та психологічної адаптації мешканців прифронтових територій.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі представлено повний цикл впровадження, апробації та оцінки ефективності розробленої програми психосоціальної підтримки «Повернення до себе». На основі результатів емпіричного дослідження, проведеного у попередньому розділі, було визначено ключову психологічну проблему мешканців прифронтових територій - підвищену депресивність, що зумовлює емоційне виснаження та погіршення когнітивного функціонування. Саме тому програма була спрямована на зниження депресивних симптомів, відновлення внутрішньої рівноваги, розвиток навичок саморегуляції та підвищення психологічної стійкості (resilience).

Структура програми побудована за принципом поступового переходу від стабілізації до усвідомлення і далі - до інтеграції набутого досвіду. Вона поєднує когнітивно-поведінковий, майндфулнес-, психоедукаційний, психосоматичний та арт-терапевтичний підходи. Така інтеграція забезпечує багатовимірний вплив на емоційно-когнітивну сферу особистості, сприяє формуванню відчуття безпеки, зниженню психічної напруги й активізації внутрішніх ресурсів. Особливу увагу приділено культурній адаптації методів до умов життя прифронтових громад: використано знайомі символи, природні матеріали, прості практики, які можна застосовувати у повсякденному житті навіть без участі спеціаліста.

Апробація програми у Херсонській області показала, що короткотривалі групові втручання у форматі мобільних бригад можуть бути не лише доступними, а й ефективними для відновлення емоційної рівноваги в умовах війни. Дотримання етичних стандартів, добровільності, конфіденційності та принципів ненасильницької комунікації забезпечило безпечну атмосферу для учасників. Уже після кількох занять спостерігалось покращення самопочуття, сну, зростання залученості до соціальної та побутової активності. Ці спостереження узгоджуються з кількісними результатами - статистично значущим зниженням рівня депресивності за шкалою PHQ-9 ($t = 4,13$; $p =$

0,0005) та великим розміром ефекту за Коеном ($d = 0,866$), що свідчить про практично значуще покращення емоційного стану учасників.

Найбільш відчутні зміни виявлені у сферах емоційно-мотиваційного тону, енергії, настрою та якості сну. Саме ці компоненти, пов'язані з поведінковою активністю і саморегуляцією, найшвидше реагують на групову взаємодію, майндфулнес-практики та арт-терапевтичні техніки. Менш динамічними, але все ж позитивними виявилися зміни у ставленні до себе та рівні самокритики. Найбільш стійкими лишилися соматичні й кризові прояви депресії, що вказує на потребу у тривалішій підтримці або спеціалізованих клінічних втручаннях. Проте навіть стабілізація без поглиблення цих симптомів є позитивним результатом для короткострокової програми.

Отримані результати підтверджують гіпотезу про те, що депресивність виступає центральним предиктором загального емоційно-когнітивного виснаження. Зниження її рівня веде до помітного покращення інших психоемоційних показників - зменшення тривожності, відчуття безнадії, підвищення енергії, концентрації та самоконтролю. Таким чином, навіть короткі психосоціальні інтервенції можуть опосередковано впливати на ширший спектр психологічних функцій, створюючи основу для подальшої стабілізації та адаптації особистості.

Підсумовуючи, можна зазначити, що програма «Повернення до себе» є методично обґрунтованим, культурно адаптованим і безпечним інструментом роботи з мешканцями прифронтових територій. Вона довела свою ефективність у зниженні депресивних симптомів, відновленні емоційного балансу та підвищенні рівня саморегуляції.

Отже, впроваджена програма підтвердила свою дієвість як стабілізаційний психосоціальний інструмент, що сприяє зниженню депресивних проявів, посиленню внутрішніх опор і формуванню відчуття контролю над власним життям - фундаментальних чинників психологічної стійкості мешканців прифронтових територій.

ВИСНОВКИ

Магістерська робота присвячена комплексному вивченню особливостей функціонування емоційної та пізнавальної сфер осіб, які проживають на прифронтових територіях України, де хронічний стрес є постійним чинником життя. Метою дослідження було з'ясувати взаємозв'язки між показниками емоційного стану (стрес, тривожність, депресивність) та когнітивного функціонування (увага, когнітивна гнучкість, схильність до когнітивних помилок), а також розробити й апробувати програму психосоціальної підтримки, спрямовану на зниження негативного впливу тривалого стресу.

У першому розділі проведено глибокий теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння емоційної та когнітивної сфер особистості в умовах стресу. Показано, що емоційна сфера забезпечує регуляцію поведінки, адаптацію та соціальну взаємодію, тоді як когнітивна — відповідає за сприйняття, увагу, пам'ять і мислення, які формують основу усвідомленої поведінки. На основі аналізу психоаналітичних, когнітивних, гуманістичних і нейропсихологічних теорій доведено, що хронічний стрес викликає дезорганізацію обох сфер: знижується емоційна стійкість, погіршується здатність до саморегуляції, з'являються порушення уваги, пам'яті, мислення, а отже — знижується загальний рівень адаптації. Узагальнення наукових позицій дало змогу визначити, що стрес виступає інтегруючим фактором, який одночасно впливає і на афективні, і на когнітивні механізми поведінки. Саме тому дослідження взаємозв'язків між цими двома сферами має ключове значення для розуміння психологічного стану мешканців прифронтових територій.

У другому розділі здійснено емпіричне дослідження 98 респондентів — дорослих осіб, що проживають у Миколаївській, Херсонській та суміжних областях. Було використано комплекс стандартизованих методик: Шкалу сприйнятого стресу (PSS-10), Опитувальник депресії (PHQ-9), Шкалу тривожності Спілбергера (STAI), Опитувальники когнітивного злиття (CFQ-7) і когнітивних помилок (CFQ-25). Результати показали, що більшість

респондентів перебувають у стані середнього або високого рівня стресу та мають підвищені показники ситуативної й особистісної тривожності. Виявлено значущий позитивний кореляційний зв'язок між рівнем депресивності та когнітивними помилками ($r = 0,68$) і між тривожністю та когнітивним злиттям ($r = 0,75$).

Множинний регресійний аналіз засвідчив, що саме депресивність є найпотужнішим предиктором когнітивних порушень, тоді як тривожність і стрес мають опосередкований вплив. Це означає, що хронічний емоційний виснаження безпосередньо пов'язане зі зниженням концентрації уваги, когнітивної гнучкості та ефективності мислення. Таким чином, гіпотеза дослідження підтвердилася: між емоційними й когнітивними характеристиками існує тісний взаємозв'язок, який відображає загальний рівень психологічної адаптації до тривалого стресу.

Окремо було виявлено, що до групи підвищеного ризику належать особи молодого віку, чоловіки, самотні респонденти та ті, хто проживає у стані хронічного стресу понад три роки. Ці категорії характеризуються нижчими показниками когнітивної гнучкості та вищим рівнем депресивності, що свідчить про зниження ефективності механізмів саморегуляції. Отримані дані дали підставу для розробки програми психосоціальної підтримки, спрямованої на відновлення емоційної стабільності та когнітивних ресурсів.

У третьому розділі представлено розробку та апробацію авторської програми психосоціальної підтримки «Повернення до себе», створеної відповідно до стандартів МНПСС і адаптованої до умов українських прифронтових громад. Програма поєднує когнітивно-поведінковий, майндфулнес-, арт-терапевтичний, психоедукаційний і психосоматичний підходи. Вона складається з трьох модулів — «Вкорінення», «Усвідомлення і зміна», «Інтеграція і ресурс» — та реалізується через вісім групових занять тривалістю 60–90 хвилин.

Апробація програми проводилася на базі мобільних бригад ВГО «Поруч» у Херсонській області. Участь узяли 21 особа, з якими було проведено

первинне та повторне тестування за шкалою PHQ-9. Отримано статистично значуще зниження рівня депресивності ($t = 4,40$; $p = 0,0003$), що підтверджує ефективність програми. Крім кількісних змін, за відгуками учасників спостерігалось підвищення усвідомленості, покращення емоційної регуляції, зниження напруги, зміцнення почуття безпеки й довіри. Таким чином, розроблена програма не лише відновлює емоційний баланс, а й сприяє розвитку саморегуляції, рефлексії та внутрішньої стійкості — тобто підсилює ті компоненти, які найбільше постраждали від хронічного стресу.

Отримані результати мають важливе практичне значення для роботи психологів, соціальних працівників і фахівців системи МНПСС. Програма може бути використана як модель групової психосоціальної підтримки для дорослого населення прифронтових громад, а також як методичний інструмент для проведення тренінгів, груп самодопомоги чи індивідуальної терапії.

Можна стверджувати, що дослідження досягло поставленої мети й підтвердило висунуту гіпотезу. Хронічний стрес істотно впливає на емоційну та когнітивну сфери особистості, спричиняючи їхній взаємозв'язаний дисбаланс. Водночас цілеспрямована психосоціальна підтримка, побудована на принципах усвідомленості, безпеки, поступовості та культурної адаптованості, здатна ефективно відновлювати ці сфери та зміцнювати психологічну стійкість людини.

Розроблена та апробована програма «Повернення до себе» є практичним внеском у систему психосоціальної допомоги населенню прифронтових територій і може бути використана як основа для подальших досліджень, розширення вибірки й адаптації для інших вікових і соціальних груп.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балл Г. Концепція самоактуалізації особистості в гуманістичній психології / Георгій Балл // Психологія і суспільство. — 2017. — № 2. — С. 16-32.
2. Борисенко В. М. Структура емоційної компетентності: аналітичний огляд наукових підходів // Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Серія: Психологія. — 2017. — Т. 22, Вип. 2(44). — С. 16-26.
3. Власюк Д. Нейропсихологія цього століття: перспективи та виклики // Психологічні перспективи. — 2018. — Вип. 31. — С. 45-56. — <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-31-45-56>
4. Вовк М. Вплив травматичних подій на когнітивні процеси у дорослому віці // Наукові праці МАУП. Психологія. — 2025. — № 1(66). — С. 22-29. — DOI: 10.32689/maup.psych.2025.1.3
5. Войцеховська О., Закалик Г. Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій особистості // Педагогіка і психологія професійної освіти. — 2016. — № 2. — С. 95-104.
6. Гребенюк О. О. Теоретичні аспекти вивчення особливостей поняття стресу в житті та діяльності людини // Проблеми сучасної психології. — 2016. — Вип. 2. — С. 30-36.
7. Грішин Е. О. Психологічний супровід розвитку резильєнтності як чинника саморегуляції особистості, яка перебуває в складній життєвій ситуації : дис. ... докт. філос. наук : 053 Психологія. — К.: ЗУНУ, 2024. — (на правах рукопису).
8. Демиденко Т. М. Розвиток емоційної компетентності майбутніх соціальних працівників у процесі професійної підготовки // Вісник Черкаського університету. Педагогічні науки. — 2018. — № 1. — С. 29-35.
9. Дерев'янко С. П. Взаємодія емоцій і перцептивно-когнітивних функцій в процесі соціально-психологічної адаптації особистості // Проблеми загальної та педагогічної психології [Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України] : за ред. Максименка С. Д. — Київ : ГНОЗІС, 2006. — Т. 8, Вип. 7. — С. 148-156.

10. Дерев'янка С. П. Роль емоційного інтелекту в соціально-психологічній адаптації особистості // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Психологічні науки. — Чернігів : ЧДПУ, 2008. — Вип. 59, Т. 1. — С. 94-98.
11. Долинський Р. Когнітивні порушення на тлі депресивних проявів ПТСР у цивільних, які постраждали від агресії РФ // Психосоматична медицина та загальна практика. — 2024. — Вип. 9, № 4, Грудень. — DOI: 10.26766/pmgrp.v9i4.568
12. Дроздова І. В., Демченко М. В., Храмцова В. В. Проблеми нейропсихології, як методологічного підходу до вивчення вищих психічних функцій // Український вісник медико-соціальної експертизи. — 2013. — № 4. — С. 5-11.
13. Журавльова Л. П., Баранова А. В. Емоційні потреби та копінг-стратегії дорослих українців в умовах війни // Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. — 2024. — № 2. — DOI: 10.32782/psyspu/2024.2.4.
14. Зарицька В. В., Борисенко В. М. Емоційна компетентність як детермінантна складова професійного становлення фахівців соціономічного напрямку // Молодий вчений. — 2017. — № 4(44). — С. 241-245.
15. Каменщук Т. Д. Роль і місце психологічної допомоги для внутрішньо переміщених сімей в умовах воєнного часу // Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». — 2022. — № 1. — С. 21-27.
16. Коробка Л. М. Підтримання здоров'я спільноти в умовах воєнного конфлікту: соціально-психологічний аспект // Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи : матеріали II Міжн. наук.-практ. конф. «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи». — К. : КНУ ім. Тараса Шевченка, 2017. — С. 88-93.

17. Короцінська Ю. А. Структурна модель емоційної саморегуляції в юнацькому віці // Теорія і практика сучасної психології. — 2020. — URL: <https://tpsp-journal.kpu.zp.ua>.
18. Кочарян О. С., Півень М. А. Особливості організації емоційної сфери особистості з різним рівнем емоційної зрілості // Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. — 2014. — Вип. 55. — С. 27-31.
19. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посібник. — Київ ; Ніжин : ПП Лисенко М. М., 2024. — 260 с.
20. Лисенкова І. П. Когнітивний підхід у дослідженні емоційної сфери // Психологія і особистість. — 2018. — № 2. — С. 59-69. — DOI: 10.33989/2226-4078.2018.2.163839.
21. Льошенко О. А. Емоційний інтелект та емоційна компетентність: проблеми співвідношення // Вісник КНУ ім. Т. Шевченка. — 2010. — № 2. — С. 49-52.
22. Любіна Л. А., Тимофієва М. П., Осипенко В. А. Емоційна компетентність як показник психологічного здоров'я майбутніх лікарів // Психологічний часопис. — 2018. — № 5(15). — С. 81-97.
23. Максименко С. Д. та ін. Психологія когнітивних процесів. — Київ : Людмила, 2022. — 240 с. — URL: <https://lib.iitta.gov.ua>.
24. Максименко С. і співавт. Психологія когнітивних процесів : науковий посібник / — 2022.
25. Маракушин Д., Булініна О., Ісаєва І. та ін. Вплив стресу на емоційне здоров'я та когнітивні функції // Медична наука України. — 2024. — Т. 20(2). — С. 136-142. — DOI: 10.32345/2664-4738.2.2024.16.
26. Матяш М., Луньов В., Прудка Л., Руденко Я., Прінц В. Нейропсихологія синдрому хронічної втоми в цивільного населення в умовах війни // INJ. — 2024. — Вип. 20, № 7. — С. 382-393.

27. Мединська Ю. Теоретичні підходи та практичні аспекти діагностики компетентності особистості у сфері емоцій / Ю. Мединська // Практична психологія та соціальна робота. — № 10. — 2013. — С. 11-15.
28. Мельник О. Г. Емоційний інтелект і критичне мислення // Редколегія випуску. — 2009. — С. 122.
29. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії. — 2017.
30. Напрєєнко О., Напрєєнко Н., Долинський Р. Проблема когнітивних порушень в контексті депресивної симптоматики у хворих на посттравматичний стресовий розлад // Психосоматична медицина та загальна практика. — 2021. — Вип. 6, № 4, Грудень. — С. e0604333. — DOI: 10.26766/pmgrp.v6i4.333.
31. Павлюк С., Кондратьєва В. Нейропсихологічні основи формування стресостійкості та адаптивної поведінки в умовах тривалого соціального стресу // Психологічний часопис. — 2025. — № 11(4). — С. 29-45. — DOI: 10.31108/1.2025.11.4.2.
32. Песоцька Ю. Соціальна реабілітація та соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб // Social Work and Education. — 2022. — Т. 9, № 1. — С. 89-99. — DOI: 10.25128/2520-6230.22.1.7.
33. Песоцька Л. В. Особливості психологічної допомоги особистості в умовах соціальних трансформацій // Актуальні проблеми психології. — 2021. — URL: <http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/25639/1/Pesotska.pdf>.
34. Пирог Г. В., Лебединська А. Особливості переживання російської окупації мешканцями Чорнобильської зони // Журнал соціальної та практичної психології. — 2023. — № 2. — DOI: 10.32782/psy-2023-2-5.
35. Рубанець О. Когнітивна діяльність людини // Мультиверсум. Філософський альманах. — 2018. — № 9-10, Травень. — С. 99-107. — DOI: 10.35423/2078-8142.2015.9-10.07.

36. Савелюк Н. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства // Психологія: реальність і перспективи. — 2022. — № 18. — DOI: 10.35619/praprv.v1i18.282.
37. Сардарзаде С. Р. Взаємодія когнітивних та емоційних схем у осіб з тривожними, депресивними та спричиненими стресом розладами : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 – медична психологія. — Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2019.
38. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги [Електронний ресурс] : навч.-метод. посіб. для студентів 4 курсу мед. ф-тів зі спец. «Лікувальна справа» та «Педіатрія» / С. Н. Саржевський. — Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. — 72 с.
39. Свиридова Н. К., Парнікоза Т. П., Чуприна Г. М., Сулік Р. В., Лубенець Г. С., Інгула Н. І., Кравчук Н. О. Алгоритм прогнозування розвитку когнітивних порушень // Східно-європейський неврологічний журнал. — 2015. — № 3. — С. 28-38.
40. Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни / за ред. Т. М. Титаренко. — Київ : ІПП НАПН України, 2022.
41. Столяренко О. Б. Психологія особистості : навч. посіб. — К. : Центр учбової літератури, 2012. — 280 с.
42. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни. — [Восьмі Сіверянські соціально-психологічні читання] : зб. мат-лів / Т. М. Титаренко. — Чернігів : Десна Поліграф, 2018. — С. 292-296. — ISBN 978-617-7491-89-6.
43. Титаренко Т. М. Як допомогти свідкам і учасникам травматичних подій: горизонти соціально-психологічної реабілітації // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. — 2022.
44. Ткач Б. М. Нейропсихологічний підхід до розуміння синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю: етіологія, діагностика, корекція // Актуальні проблеми психології. — 2015. — (12, Вип. 21). — С. 293-303.

45. Утвенко В. В. Система соціального забезпечення та соціальної підтримки : навч. посіб. — Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2018.
46. Хиць А. Р. Когнітивні порушення: рання діагностика та особливості лікування // Укр. Мед. Часопис. — 2021. — Т. 6. — С. 146.
47. Хомич Г. О., Ткач Р. М. Основи психологічного консультування. — 2004.
48. Чебикін О. Емоційна регуляція пізнавальної діяльності: концепція, механізми, умови // Психологія і суспільство. — 2017. — (3(69)). — С. 86-103.
49. Черних М., Подпалова О., Кравченко В. та ін. Вплив хронічного стресу на когнітивні функції та електрофізіологічну активність мозку у цивільних осіб в умовах воєнного стану // РМГР. — 2025. — Т. 10(2).
50. Шебанова В. І., Діденко Г. О. Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях // Проблеми сучасної психології. — 2017. — № 39. — С. 368-379.
51. Шевченко Д. Шкала когнітивного злиття (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) / Розроблена Ч. Д. Спілбергером, адаптована Ю. Л. Ханін. — 1970.
52. Шевченко Ю. Поняття «емоційна сфера» в психологічній літературі // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. — 2023. — Т. 1(18). — С. 199-208. — DOI: 10.33189/epsn.v1i18.186.
53. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація україномовної версії / Стаття: «Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни». — Журнал «Проблеми сучасної психології». — 2022. — № 2. — С. 16-27. — DOI: 10.26661/2310-4368/2022-2-2.
54. Шпак М. М. Психологічні механізми розвитку емоційного інтелекту // Наука і освіта. — 2014. — (5). — С. 104-109.
55. Шулякова М., Рациборинська-Полякова Н. Вплив хронічного стресу на організм людини та роль психоедукації у редукції його психічних проявів // РМГР. — 2024. — № 9(1).

56. Arnsten A. F. T. The neurobiology of stress: effects on prefrontal cortex and executive function // *Nature Reviews Neuroscience*. — 2009. — Vol. 10(6). — P. 410–422. — DOI: 10.1038/nrn2648.
57. Baddeley A. D., Hitch G. J., Cowan N. *Working Memory: Theories, Models, and Controversies*. — New York : Psychology Press, 2021. — 328 p. — DOI: 10.4324/9781003181069.
58. Beck A. T., Clark D. A. An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes // *Behaviour Research and Therapy*. — 1997. — Vol. 35(1). — P. 49–58. — DOI: 10.1016/S0005-7967(96)00069-1.
59. Ben-Ezra M. та ін. The association between negative war-related beliefs and probable PTSD and complex PTSD among Ukrainians during the 2022 Russian invasion // *Psychiatry Research*. — 2024. — 339. — DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116051.
60. Broadbent D. E., Cooper P. F., FitzGerald P., Parkes K. R. The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates // *British Journal of Clinical Psychology*. — 1982. — Vol. 21. — P. 1-16.
61. Bufano P. та ін. The effects of work on cognitive functions: A systematic review // *Frontiers in Psychology*. — 2024. — Vol. 15. — 1351625. — DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1351625.
62. Chalmers T., Hickey B. A., Newton P., Lin C. T., Sibbritt D., McLachlan C. S., ... & Lal S. Associations between sleep quality and heart rate variability; implications for a biological model of stress detection using wearable technology // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. — 2022. — Vol. 19, № 9. — P. 5770.
63. Ciarrochi J., Scott G. The link between emotional competence and well-being: a longitudinal study // *British Journal of Guidance & Counselling*. — 2006. — Vol. 34(2). — P. 231-243.
64. Gillanders D. T., Bolderston H., Bond F. W., Dempster M., Flaxman P. E., Campbell L., Kerr S., Tansey L., Noel P., Ferenbach C., Masley S., Roach L., Lloyd J., May L., Clarke S., Remington R. The development and initial

- validation of The Cognitive Fusion Questionnaire // Behavior Therapy. — 2014. — Vol. 45. — P. 83-101. — DOI: 10.1016/j.beth.2013.09.001.
65. Gross J. J. (ed.). Handbook of Emotion Regulation. — 3-те вид. — New York : The Guilford Press, 2024. — 740 p. — ISBN 978-1462553029.
66. Gross J. J. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review // Review of General Psychology. — 1998. — Vol. 2(3). — P. 271-299.
67. Joormann J., Quinn M. E. Cognitive processes and emotion regulation in depression and anxiety // Annual Review of Clinical Psychology. — 2014. — Vol. 10. — P. 491-518. — DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153635.
68. Karatzias T. та ін. War exposure, PTSD and complex PTSD among parents living in Ukraine during the Russian war // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2023. — DOI: 10.1111/acps.13529.
69. Kotsou A., Leys C., Fossion P. Acceptance alone is a better predictor of psychopathology and well-being than emotional competence, emotion regulation and mindfulness // Journal of Affective Disorders. — 2018. — Vol. 226(15). — P. 142-145.
70. Lazarus R. S. Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness. — New York : McGraw-Hill, 1976.
71. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. — New York : Springer Publishing Company, 1984. — 456 p. — ISBN 978-0826141910.
72. Leahy R. L. Emotional Schema Therapy: Distinctive Features. — London : Routledge, 2018. — 176 p. — ISBN 978-1138640137.
73. Lysenkova I. Когнітивний підхід у дослідженні емоційної сфери // Психологія і особистість. — 2018. — № 2. — С. 59-69. — <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2018.2.163839>.
74. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Burnout: A Review of Theory and Measurement // Frontiers in Psychology. — 2020. — Vol. 11. — 849.
75. McEwen B.S. Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychophysiology // Neuropsychopharmacology. — 2000. — Vol. 22(2). — P. 108-124. — DOI: 10.1016/S0893-133X(99)00129-3.

76. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J. M. та ін. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war // BMC Psychiatry. — 2025. — Vol. 25. — 236. — DOI: 10.1186/s12888-025-06654-1.
77. Ramakrishnan M., Gandrakota N., Kulshreshtha A. Association of psychological stress and subjective cognitive decline // JAR Life. — 2025. — Vol. 14. — 100012.
78. Saarni C. A Skill-Based Model of Emotional Competence: A Developmental Perspective. — ERIC Documents, 1999. — URL: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED430678.pdf>.
79. Sauro M. D., Jorgensen R. S., Pedlow C. T. Stress, glucocorticoids, and memory: a meta-analytic review // Stress. — 2003. — Vol. 6(4). — P. 235-245. — DOI: 10.1080/10253890310001616482.
80. Shields G. S., Sazma M. A., McCullough A. M., Yonelinas A. P. The effects of acute stress on episodic memory: A meta-analysis and integrative review // Psychological Bulletin. — 2017. — Vol. 143(6). — P. 636-675. — DOI: 10.1037/bul0000100.
81. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. Версія українською мовою для користування у веб-інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Керівництво. Версія 1.0 (27 грудня 2023 р.).
82. Tracey J. Devonport. A Brief Review of Commonly Used Theories of Stress and Coping // In: Managing Stress: From Theory to Application. — New York : Nova Science Publishers, 2011.
83. Troy A. S. Psychological Resilience: An Affect-Regulation Framework // Frontiers in Psychology. — 2022. — Т. 13. — 12009612.
84. Veldbrekht O. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни (Perceived Stress Scale (PSS-10): Adaptation and Approbation in the War Circumstances) — 2022.

Програма психосоціальної підтримки «Повернення до себе»

Загальна концепція

Програма розроблена відповідно до принципів МНРСС (Mental Health and Psychosocial Support) і поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), майндфулнес-підходу, арт-терапії, психоедукації, психосоматики та групової динаміки.

Структура побудована за принципом поетапного формування безпечного простору, усвідомлення та інтеграції досвіду, а також поступового розвитку навичок самодопомоги, які можна застосовувати поза межами групи.

Програма складається з трьох модулів по 8 сесій (60–90 хв кожна)

Кожна сесія має чітку структуру, що повторюється:

1. Вступний ритуал / розігрів (5–10 хв) – коротка вправа для стабілізації, фокусування уваги.
2. Основний блок (40–50 хв) – 2–3 вправи з різних підходів (КПТ, арт, психосоматика, майндфулнес).
3. Рефлексія і психоедукація (15–20 хв) – пояснення психологічного сенсу виконаних дій, спільне усвідомлення.
4. Домашнє завдання – проста дія для самостійного виконання (відтворювана без фасилітатора).

Для кожної сесії передбачено 5 запасних вправ на вибір, що дає змогу адаптувати заняття до темпу, складу і готовності групи (особливо з урахуванням чоловіків та молоді).

Модуль І. ВКОРІНЕННЯ

Мета: створити безпечне поле, стабілізувати емоційний стан, сформувати базову довіру до групи.

Сесія 1. Знайомство та формування групового поля

- *Мета:* створити атмосферу безпеки, познайомити учасників.
- *Основні вправи:*

- “Коло знайомства” (арт-вступ через символ або предмет);
- “Емоційний крокодил” (ігрова вправа на розпізнавання емоцій);
- майндфулнес “Три вдихи тут і зараз”.
- *Психоедукація*: поняття емоційного виснаження, норми реакцій на стрес.

• *Домашнє завдання*: знайти “місце сили” у своєму побутовому просторі (куточок, де відчувається спокій).

Сесія 2. Тіло як компас: психосоматика стресу

- *Мета*: відновлення контакту з тілом.
- *Вправи*:
- “Тіло говорить” – малюнок тілесних відчуттів;
- дихальна техніка 4-7-8;
- ПМР (прогресивна м’язова релаксація) за Джейкобсоном.
- *Психоедукація*: як стрес впливає на тіло, як розпізнавати сигнали перенапруги.

• *Домашнє завдання*: практикувати коротку тілесну розтяжку чи усвідомлене дихання двічі на день.

Модуль II. УСВІДОМЛЕННЯ І ЗМІНА

Мета: розпізнавати автоматичні думки, змінювати неконструктивні установки, навчитися усвідомленій дії.

Сесія 3. Ключі у світ емоцій

- *Мета*: розпізнавати власні емоції.
- *Вправи*:
- “Ключ до емоції” (гра з метафоричними картками);
- арт-вправа “Де живе емоція в тілі”;
- майндфулнес “Сканування тіла”.
- *Психоедукація*: роль емоцій як сигналів потреб.
- *Домашнє завдання*: протягом тижня записувати 1 емоцію на день і ситуацію, яка її викликала.

Сесія 4. Когнітивні пастки і депресивне мислення

- *Мета:* розпізнавати негативні автоматичні думки (НАД).
- *Вправи:*
- “Переверни думку” (КПТ-гра на пошук альтернативних інтерпретацій);
- “Фільм про мене” – учасники аналізують героя, який долає труднощі;
- психоедукація: моделі “думка-емоція-поведінка”.
- *Домашнє завдання:* вести короткий щоденник думок і настроїв (АВС-схема КПТ).

Сесія 5. Робота з депресією

- *Мета:* нормалізувати досвід пригніченості, вчитися дії попри настрій.
- *Вправи:*
- “Мій день без енергії / мій день із енергією” (порівняльний колаж);
- техніка поведінкової активації (список маленьких дій, які приносять полегшення);
- коротка групова гра “5 причин, чому я важливий”.
- *Психоедукація:* пояснення циклу депресії, принцип “рух через дію”.
- *Домашнє завдання:* обрати одну маленьку дію з “активаційного списку” і виконати її.

Модуль III. ІНТЕГРАЦІЯ І РЕСУРС

Мета: закріпити навички, навчити шукати опори, інтегрувати пережите в нову ідентичність.

Сесія 6. Когнітивне злиття і прийняття

- *Мета:* вчитися спостерігати думки, не зливаючись із ними.
- *Вправи:*
- “Малюнок тіла і тіні” (арт-терапія);
- майндфулнес “Хмари думок” (спостереження без оцінки);

- вправа КПТ “Витягнись із думки”.
- *Домашнє завдання:* практикувати “зупинку думки” і фіксувати зміни у самопочутті.

Сесія 7. Сила роду і внутрішні опори

- *Мета:* усвідомити спадкоємність і власні ресурси.
- *Вправи:*
- мотання мотанки (як символ родової сили);
- “Дерево мого роду” (арт-вправа);
- дихальна техніка “вдих сили предків”.
- *Психоедукація:* опори як фактор стійкості (resilience).
- *Домашнє завдання:* описати три риси, які допомагають виживати, і три ситуації, коли вони проявлялись.

Сесія 8. Інтеграція досвіду і план майбутнього

- *Мета:* завершити цикл, сформулювати бачення подальших кроків.
- *Вправи:*
- “Мозаїка майбутнього” (колаж мрій);
- “Ланцюг вдячності” – коло підтримки;
- символічний ритуал “Залишаю в минулому” (малювання / спалення аркуша з негативним досвідом).
- *Психоедукація:* поняття посттравматичного зростання.
- *Домашнє завдання:* створити власний “ритуал заспокоєння” і практикувати його.

Особливості програми

- у кожній сесії присутній антидепресивний компонент (освітній, когнітивний або поведінковий);
- вправи адаптовані до реалій сільських громад, виконуються без спеціального обладнання;
- програма враховує молодіжну та чоловічу аудиторію, використовує ігрові та змагальні формати для залучення;

- усі техніки можна відтворювати самостійно після завершення групи;
- через повторювану структуру й ритуали формується звичка до самопостереження і стабілізації.