

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

навчально-науковий інститут післядипломної освіти

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

В.о.завідувача кафедри психології

_____ Володимир ШЕВЧЕНКО

«__» листопада 2025 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**АРТТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ
ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ
В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ**

Керівник:

викладач

Демченко Ганна Леонидівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології НУК ім.
адм. Макарова

Мухіна Людмила Михайлівна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала:

студентка VI курсу групи 665 Мз
Фарафонова Юлія Володимирівна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

С4 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПІ:

«Психологія»

Миколаїв – 2025 рік

“ ” 2025 року

(прізвище, ім'я, по батькові)

- ## 6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Демченко Г.Л.		
Розділ 1	Демченко Г.Л.		
Розділ 2	Демченко Г.Л.		
Розділ 3	Демченко Г.Л.		
Висновки	Демченко Г.Л.		

7. Дата видачі завдання 14.10.2025

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2025	
2.	Розділ 1. Теоретичні основи впровадження арттерапії як засобу психоемоційної підтримки осіб похилого віку в прифронтових громадах.	вересень 2025	
3.	Розділ 2. Емпіричне дослідження психоемоційних станів осіб похилого віку в прифронтових громадах.	вересень-жовтень 2025	
4.	Розділ 3. Формувальний експеримент: програма арттерапевтичних заходів з психосоціальної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах.	жовтень 2025	
5.	Висновки	листопад 2025	
6.	Передкваліфікаційна практика	06.10 – 18.10. 2025	
7.	Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків	листопад 2025	
8.	Попередній захист	27.11.2025	
9.	Рецензія на кваліфікаційну роботу	12.12.2025	
10.	Захист кваліфікаційної роботи	20.12 2025	

Студент

(підпис)

Фарафонова Ю.В.

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Демченко Г.Л.

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Фарафонова Ю.В. Арттерапія як засіб психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах. Кваліфікаційна робота на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю С4 «Психологія» – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2025.

У дослідженні здійснено аналіз особливостей психоемоційного стану людей похилого віку, у тому числі внаслідок впливу на них тривалого стресу. Досліджено роль літніх людей в суспільстві та підкреслена важливість психосоціальної підтримки даної категорії. Зазначено, що ці люди потребують підтримки, але не готові, внаслідок соціокультурних особливостей та вікової ригідності, до глибокої психологічної роботи. Виходом з цієї ситуації є застосування арттерапії як більш м'якого та ресурсного метода допомоги. Досліджено різні методи та техніки арттерапії та систематизовано їх з метою складання ефективної програми.

За результатами розробки та проведення емпіричного дослідження психоемоційного стану складена та проведена програма короткострокового втручання, яка максимально відповідає поточному стану та потребам аудиторії. Проведено дослідження після завершення програми, яке показало позитивний результат її впровадження.

Результати дослідження можуть бути використані з метою психосоціальної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах засобами арттерапії, а також для подальшої наукової розробки даної теми.

Ключові слова: люди похилого віку, психоемоційний стан, арттерапія, психоемоційна підтримка

ANNOTATION

Farafonova Y.V. Art therapy as a means of psycho-emotional support for the elderly in front-line communities. Qualification work for obtaining the second (master's) level of higher education in the specialty C4 "Psychology" – Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2025.

The study analyzed the features of the psycho-emotional state of the elderly, including the effects of prolonged stress on them. The role of the elderly in society was studied and the importance of psychosocial support for this category was emphasized. It was noted that these people need support, but are not ready, due to socio-cultural characteristics and age rigidity, for deep psychological work. The way out of this situation is the use of art therapy as a softer and resourceful method of assistance. Various methods and techniques of art therapy were studied and systematized in order to draw up an effective program.

Based on the results of the development and implementation of an empirical study of the psycho-emotional state, a short-term intervention program was developed and implemented, which maximally corresponds to the current state and needs of the audience. A study was conducted after the completion of the program, which showed a positive result of its implementation.

The results of the study can be used for the purpose of psychosocial support of elderly people in front-line communities by means of art therapy, as well as for further scientific development of this topic.

Keywords: elderly people, psycho-emotional state, art therapy, psycho-emotional support

ЗМІСТ

ВСТУП

Ошибка! Закладка не определена.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ АРТТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ	11
--	-----------

1.1. Психоемоційна підтримка та арттерапія, як її складова	11
1.2. Особливості психоемоційних станів у людей похилого віку	18
1.3. Арттерапевтичні прийоми у роботі з психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах	24

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ	33
--	-----------

2.1. Організація, вибірка та методи дослідження психоемоційних станів людей похилого віку в прифронтових громадах	33
2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту	44
Висновки до другого розділу	560

РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАЛЬНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ: ПРОГРАМА АРТТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ З ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ	60
---	-----------

3.1. Опис програми арттерапевтичних заходів з психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах	60
3.2. Аналіз результатів впровадження програми арттерапевтичних заходів з психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах	70
Висновки до третього розділу	7870

ВИСНОВКИ

813

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

846

ДОДАТКИ

85

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В умовах повномасштабного вторгнення в Україну багато населених пунктів, міст, селищ опинилися на лінії фронту та ще більше стали прифронтовими. І, хоча із початком війни кардинально змінилося життя всіх українців, в прифронтових громадах склалися особливі складні обставини, що не змогли не відбитися на психоемоційному стані їх жителів. Люди похилого віку є однією з найуразливіших категорій населення в умовах війни. Майже щодня ми дізнаємось нові сумні історії про страждання літніх осіб, покинутих на самоті в окупованих або прифронтових районах. Їхні діти, що вимушено переїхали до інших міст України чи за кордон, зазвичай підтримують батьків фінансово та спілкуються з ними дистанційно. Така допомога, хоч і важлива, але не здатна повністю заповнити емоційну порожнечу в душі, позбутися відчуття самотності, підтримати в тривозі, зменшити страхи, стишити емоційні спалахи, додати впевненості та врівноважити психоемоційний стан.

Військові конфлікти завдають шкоди психічному здоров'ю людей, незалежно від того, чи беруть вони участь у бойових діях, чи ні. До факторів, які сприяють цьому, належать: страх перед насильством, погіршення матеріального становища, тривалий стрес, відсутність доступу до медичної допомоги, вимушене переселення, погіршення побутових умов тощо. І ці фактори ти яскравіше виражені, чим ближче людина знаходиться до лінії фронту.

Згідно з оцінками Міністерства охорони здоров'я України, кожна п'ята людина, яка постраждала від воєнних дій, має підвищений ризик формування психічних розладів, що для України становить приблизно 8,5 млн людей. На психічне здоров'я людини негативно впливають відсутність ефективного лікування, страх смерті, втрата близьких, соціальна ізоляція,

перенавантаження інформацією, дезінформація,, невпевненість в майбутньому. Психоемоційна підтримка виступає важливим чинником стабілізації психоемоційного стану людини, особливо, коли вона надається в потрібний час, у ефективній формі, у форматі живого спілкування. Однак, не зважаючи на необхідність психосоціальної підтримки, у людей, особливо зрілого віку, існує певний супротив проти неї. В суспільстві немає культури та звички користування психологічними послугами, а вікова ригідність часто заважає цю культуру отримати. Тому виникає потреба в методах роботи, які дозволяють обійти цей бар'єр, не викликають спротиву і, при цьому, є дієвими для подолання стресу, депресивних станів, тривожності тощо.

Саме таким ефективним інструментом впливу на психоемоційний стан особистості є арттерапія – напрям практичної психології, що дозволяє через творчість активізувати внутрішні ресурси людини, зменшити рівень стресу та відновити відчуття цінності й сенсу життя.

Об'єкт дослідження – психоемоційна підтримка людей похилого віку.

Предмет дослідження – арттерапія як засіб психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні впливу арттерапевтичних засобів психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах.

Для досягнення мети були визначені наступні **завдання**:

- 1) на основі теоретичного аналізу наукової літератури обґрунтувати місце і роль арттерапії в структурі й змісті психоемоційної підтримки;
- 2) вивчити прийоми арттерапії для засосування в процесі психоемоційної підтримки людей похилого віку;
- 3) дослідити психоемоційні стани людей похилого віку в прифронтових громадах, які потребують психоемоційної підтримки;

4) розробити та апробувати програму арттерапевтичних заходів для людей похилого віку в прифронтових громадах;

5) дослідити вплив програми арттерапевтичних заходів на психоемоційний стан людей похилого віку в прифронтових громадах.

Методи дослідження: для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення; емпіричні методи: «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» (Ч. Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін); «Визначення нервово-психічної напруги» (Т. А. Немчин); «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В. В. Бойко); «Шкала депресії» (П. М. Балашова); методи математичної статистики (критерій Пірсона, t-критерій Стюдента та непараметричний критерій Вілкоксона,), пакет програм для комп'ютерної обробки результатів (програма SPSS).

Вибірка та база дослідження складає 58 осіб, серед них 46 жінок та 12 чоловіків; віковий інтервал досліджуваних від 64 до 82 років. На момент дослідження особи, які прийняли участь в експерименті проживали у прифронтових громадах Миколаївської та Херсонської області. Вимірювання здійснювалися протягом листопада 2024 – червня 2025 року.

Наукова новизна дослідження полягає у вивченні впливу арттерапевтичних методик у процесі психоемоційної підтримки на психоемоційний стан осіб похилого віку у прифронтових громадах. Це дозволяє розробити більш ефективні заходи психоемоційної підтримки осіб, які постраждали від війни.

Практична значущість полягає у розробці програми психоемоційної підтримки арттерапевтичного спрямування для осіб, які постраждали від війни, зокрема, осіб похилого віку. Програма, спираючись на результати дослідження, має враховувати особливості вікових відмінностей у осіб, що

проживають на прифронтових територіях та постраждали внаслідок війни.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження було представлено на XXII Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції «Простір арттерапії: вектори зцілення у часи війни» (21-23 березня 2025 року в м. Київ); XXVIII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання – 2025: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» (10-14 листопада 2025 року м. Миколаїв); XXII Міжнародній міждисциплінарної науково-практичної конференції (21-23 березня 2025 р. м. Київ).

Публікації. Основний зміст і результати дослідження висвітлено в 2 тезах:

1. Фарафонова Ю. Досвід проведення арттерапевтичних занять для осіб похилого віку в прифронтовій місцевості. // *Простір арттерапії: вектори зцілення у часи війни: матеріали XXII Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції* (21-23 березня 2025 р.). Київ: Талком, 2025 С. 113-116.

2. Фарафонова Ю.В., Демченко Г.Л. Вплив арттерапевтичних занять на психоемоційний стан людей похилого віку в прифронтових громадах. // *Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти: матеріали XXVIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Могилянські читання – 2025»* (10-14 листопада 2025 р.). Миколаїв: Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили С. 110-112.

Структура роботи: Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний текст роботи викладено на 75 сторінках, який містить 9 таблиць та 6 рисунків. Список використаних джерел включає 64 найменування.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ АРТТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ

1.1. Арттерапія як засіб психоемоційної підтримки та психологічної допомоги

Робота у сфері психосоціальної підтримки населення в умовах тривалих криз, особливо під час воєнних подій, підкреслює необхідність пошуку методів допомоги, які поєднують ефективність, доступність і гуманність. Одним із таких методів є арттерапія – напрям психологічної практики, що використовує творчість як інструмент відновлення емоційного балансу, саморегуляції та особистісного зростання [5]. Завдяки можливості виражати переживання невербально, через образ, колір і форму, арттерапія створює безпечний простір для внутрішнього самопізнання, зниження тривожності та гармонізації емоційного стану [12]. Її цінність полягає в тому, що вона сприяє не лише психоемоційному розвантаженню, а й зміцненню внутрішніх ресурсів і розвитку здатності долати стрес у складних життєвих умовах [36].

У роботах Еріка Еріксона по віковій періодизації в пізній дорослості посилюється прагнення осмислити прожите життя та знайти його глибинні смисли; водночас природні вікові зміни можуть ускладнювати емоційне реагування та соціальну адаптацію. В цьому контексті арттерапія розглядається як універсальний інструмент м'якої психоемоційної підтримки [15]. На відміну від суто вербальних форматів, які інколи викликають внутрішній опір у літніх людей через сталі стереотипи, творчі практики пропонують безпечний, прийнятний і недирективний шлях опрацювання переживань [7]. Мистецтво як особлива форма комунікації поєднує гуманістичну спрямованість і високу адаптивність, що дає змогу застосовувати його у роботі з різними віковими та клінічними групами.

Практичний досвід українських фахівців засвідчує, що в умовах різких суспільних змін необхідно застосовувати гнучкі психологічні підходи, а залучення людей старшого віку до творчої діяльності позитивно впливає на їхній емоційний стан, сприяє збереженню когнітивних функцій та підвищує рівень соціальної активності [21].

Арттерапія визначається як напрям психотерапевтичної допомоги, у межах якого творча художня діяльність використовується для внутрішнього самовираження, емоційної регуляції та особистісного зростання [5]. Ключова відмінність полягає в акценті на невербальних каналах – саме там, де словесний опис емоцій утруднений, з'являється можливість говорити мовою образів, кольорів, форм, жестів. Мета застосування мистецьких технік полягає в активізації внутрішніх ресурсів, зниженні рівня стресу та інтенсивності травматичних переживань, розширенні усвідомлення і формуванні більш цілісного образу «Я». Для осіб похилого віку додатковою цінністю є підтримка відчуття життєвого сенсу, підтвердження власної значущості та актуалізація творчого потенціалу, що зберігається незалежно від віку [12].

Ефективність арттерапії як методу психосоціальної підтримки визначається дотриманням низки базових принципів, основні з них подано у таблиці 1.1 [1].

Таблиця 1.1.

Принципи арттерапії у психосоціальній практиці

Принцип	Сутність принципу	Психологічне значення
Безоцінності	Зосередження уваги на процесі творчості, а не на художній якості результату. Оцінюється емоційний зміст і переживання, що проявляються під час роботи.	Дозволяє знизити внутрішню напругу, позбутися страху помилки, стимулює щирість і відкритість у самовираженні.
Самовираження	Надання кожному учаснику права обирати власну форму, інтенсивність і темп творчого висловлювання.	Сприяє розвитку автентичності, усвідомленню власних почуттів і потреб, формує

		відчуття контролю над життям.
--	--	----------------------------------

Продовження табл. 1.1.

Безпеки	Створення фізично, емоційно та соціально захищеного простору для самовираження.	Забезпечує довіру, знижує страх і тривожність, формує відчуття прийняття та підтримки.
Діалогічності (творчості як діалогу)	Розгляд творчості як форми спілкування з власним внутрішнім світом і з іншими людьми.	Поглиблює розуміння себе, сприяє розвитку емпатії та соціальної взаємодії.
Гуманістичної спрямованості	Визнання внутрішньої цінності кожної особистості, незалежно від її віку, стану здоров'я чи соціального статусу.	Відображає ідеї К. Роджерса про безумовне прийняття та підтримувальне середовище, що сприяє особистісному зростанню [22].

На основі аналізу таблиці можна зробити висновок, що дотримання цих принципів створює необхідні умови для ефективного терапевтичного процесу: забезпечує психологічну безпеку, сприяє відкритості, зниженню тривожності та розвитку внутрішніх ресурсів особистості [13]. Особливо це важливо у роботі з людьми похилого віку, для яких атмосфера прийняття й підтримки є ключовою у процесі емоційного відновлення [26].

Творча активність виступає важливим чинником психоемоційної рівноваги. Її дія виявляється багаторівнево – від нейрофізіологічних реакцій до процесів саморефлексії та переосмислення власного досвіду. На нейропсихологічному рівні творчий процес пов'язаний з активацією систем, що відповідають за емоційну регуляцію та відчуття задоволення, а також зі зниженням фізіологічних маркерів стресу [50]. На психологічному рівні відбувається переключення уваги з тривожних думок на структурований процес творення, що зменшує внутрішню напругу, підвищує відчуття контролю та підтримує самооцінку. Виріб як результат – це зовнішня проекція внутрішнього стану, яка дозволяє побачити власні переживання збоку, вербалізувати їх та поступово інтегрувати у життєвий досвід. Для людей старшого віку це має особливе значення, оскільки сприяє

переосмисленню власної ідентичності в змінених соціальних та життєвих обставинах [60].

Описані вище ефекти творчої діяльності мають глибокі теоретичні корені у психоаналітичній традиції, в якій мистецтво розглядається як засіб трансформації внутрішніх конфліктів і гармонізації емоційного стану [24]. Надалі розвиток арттерапії як самостійного напрямку психологічної допомоги відбувався під впливом психоаналітичних, гуманістичних та педагогічних концепцій, що поступово розширювали її межі – від інтуїтивного використання мистецтва у лікуванні до створення професійних об'єднань і впровадження у систему психосоціальної підтримки [5]. Основні етапи формування цього напрямку та внесок провідних дослідників узагальнено в таблиці 1.2. [65].

Таблиця 1.2.

Основні етапи становлення арттерапії

Етап розвитку	Період / представники	Ключові ідеї та внесок у розвиток арттерапії
Психоаналітичні витоки	З. Фройд (кінець XIX – поч. XX ст.)	Мистецтво розглядається як спосіб сублімації несвідомих потягів і трансформації емоційних конфліктів у творчість.
	К. Г. Юнг (1910–1950-ті рр.)	Концепція архетипів і колективного несвідомого; мандала як символ гармонії та інтеграції особистості.
	М. Кляйн (1930–1940-ві рр.)	Розробка проєктивних методів для дітей; малювання і гра як способи вираження несвідомих переживань.
Формування арттерапії як професійного напрямку	А. Гілл (1942 р.)	Уведення терміна « <i>art therapy</i> »; дослідження лікувальної ролі мистецтва у відновленні психічного стану пацієнтів.
	Е. Крамер (1950–1960-ті рр.)	Теорія « <i>art as therapy</i> » — сам процес творення має терапевтичний ефект; розвиток арттерапії в освітній практиці.

	М. Наумбург (1950–1970-ті рр.)	Концепція « <i>art in therapy</i> » — мистецтво як засіб проєкції несвідомого; інтеграція арттерапії у клінічну практику.
	Н. Роджерс (1980-ті рр.)	Розробка особистісно-центрованої експресивної арттерапії (<i>Creative Connection</i>); поєднання гуманістичних принципів із творчими практиками.

Продовження табл. 1.2.

Інституціоналізація та глобальне поширення	1940–1950-ті рр. (Велика Британія, США)	Створення перших професійних об'єднань (ВААТ, ААТА); застосування арттерапії в реабілітації ветеранів.
	1970–2000-ті рр. (Європа, США, Канада)	Включення арттерапії до освітніх, медичних і соціальних програм; розширення сфер застосування.
	2000–2020-ті рр. (глобальний контекст)	Використання арттерапії у гуманітарних місіях (ООН, ЮНІСЕФ, МКЧХ); інтеграція у системи психосоціальної підтримки, зокрема в Україні.

Отже, становлення арттерапії відображає поступове поєднання наукових підходів і практичних форм допомоги людині. Пройдений великий шлях від інтуїтивних спроб використання творчості для полегшення душевних станів до визнаної методології психосоціальної підтримки, що має чітку теоретичну основу та практичну ефективність [13]. Завдяки внеску дослідників, арттерапія набула міждисциплінарного характеру, поєднавши психоаналітичну інтерпретацію, гуманістичні цінності та педагогічні принципи [7]. Її сучасна універсальність полягає у здатності гармонізувати внутрішній світ людини, підтримувати емоційну рівновагу й сприяти адаптації в умовах життєвих криз.

Кризові події, зокрема воєнні конфлікти, формують умови, у яких арттерапія набуває особливого значення як засіб психосоціальної підтримки.

Вона вирізняється своєю гнучкістю, доступністю реалізації та можливістю проведення навіть за обмежених ресурсів [36]. Важливим є те, що арттерапевтична робота може здійснюватися в груповому форматі, що забезпечує додатковий ефект спільності, взаєморозуміння та емоційної взаємопідтримки [18].

Дослідження, проведені міжнародними фахівцями у зонах збройних конфліктів, доводять, що творчий процес сприяє трансформації деструктивних емоцій у продуктивну діяльність, допомагаючи людині віднайти нові сенси, зміцнити психічну стійкість і сформувати ресурсний стан [47]. Для людей похилого віку цей метод є особливо цінним, оскільки дозволяє відчувати себе активними учасниками соціального життя, долати самотність і відновлювати почуття власної гідності [43].

Арттерапія постає як універсальний і доказово доцільний метод психоемоційної підтримки людей похилого віку в умовах соціальних потрясінь [26]. Теоретична спадкоємність – від психоаналітичних засад до гуманістичних і інтегративних моделей – поєднується з практичною доступністю та культурною чутливістю. Через механізми винесення й символічної трансформації переживань творчість активізує внутрішні ресурси, сприяє саморегуляції, пом'якшує наслідки хронічного стресу і допомагає відновлювати життєві смисли [12]. Для прифронтових громад це не лише спосіб опрацювання травми, а й форма соціальної солідарності, що знижує самотність і підтримує відчуття приналежності [64]. Міжнародний і український досвід підтверджує: розширення арттерапевтичних практик є стратегічним завданням для фахівців із психічного здоров'я, соціальної роботи та громадського сектору. Поєднання науково вивірених підходів із гуманістичною етикою дає змогу проєктувати ефективні, емоційно безпечні та культурно релевантні програми, які відповідають реальним потребам людей похилого віку сьогодні [63].

1.2. Особливості психоемоційних станів у людей похилого віку

Психоемоційний стан людини у пізньому віці є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, які впливають на її здатність адаптуватися до змін життєвого середовища [15]. Старіння – це не лише фізіологічний процес, а й глибоке психологічне переживання, що пов'язане з переосмисленням життєвих цінностей, досвіду та власного місця у світі [32]. На цьому етапі життя відбувається перебудова емоційної сфери, яка може проявлятися як у підвищеній вразливості, так і у формуванні внутрішньої гармонії, притаманної емоційній зрілості [19].

Сучасна геронтопсихологія розглядає пізній вік не стільки як період зниження активності, скільки як якісно нову фазу розвитку особистості, у якій сфера ментальних процесів набувають особливої значущості [15]. Вона стає провідним чинником психологічного благополуччя, визначаючи ставлення до життя, до себе й до оточення. Емоції в цьому віці виконують адаптивну функцію – допомагають приймати неминучі зміни, зберігати позитивне бачення світу та підтримувати внутрішню рівновагу попри зовнішні труднощі [34].

Дослідження психологів свідчать, що в пізньому віці емоційна сфера характеризується своєрідним поєднанням стабільності та чутливості [19]. Так наприклад Ерік Еріксон у своїй теорії психосоціального розвитку описав останню стадію життя – «цілісність проти відчаю». На цьому етапі людина переосмислює життєвий шлях, інтегрує досвід і прагне до внутрішньої завершеності. Саме тому емоції стають глибшими, рефлексивнішими, пов'язаними з питаннями сенсу та самооцінки [34]. А Лаура Карстенсен, авторка теорії соціально-емоційної селективності, показала, що зі зростанням віку люди цілеспрямовано обирають емоційно значущі контакти й інформацію. Саме тому емоційне життя набуває більшої стабільності, а негативні переживання зменшуються або стають менш інтенсивними [48]. В

свою чергу представник геронтопсихології та теорії *life-span development*, Пауль Балтерс, довів, що старіння не є суцільним регресом. Емоційна мудрість, толерантність до невизначеності та здатність до регуляції емоцій підсилюються завдяки накопиченому досвіду та компенсаторним механізмам [35].

Загалом, емоційна сфера людини у пізньому віці перебуває у тісному взаємозв'язку з когнітивними процесами та соціальною активністю, формуючи цілісну систему психічного функціонування [6]. Вона не існує ізольовано, а постійно взаємодіє з мисленням, пам'яттю, увагою та здатністю до міжособистісної комунікації. Сучасні нейропсихологічні дослідження, проведені з використанням функціональної магнітно-резонансної томографії (МРТ), доводять, що у старшому віці відбувається посилення інтеграції між емоційними та когнітивними мережами мозку. Це свідчить про розвиток більш узгоджених і гнучких механізмів емоційної регуляції, які дозволяють людині усвідомлено контролювати свої почуття, підтримуючи внутрішню рівновагу навіть у складних або стресових обставинах [61].

Психоемоційна сфера у більш старшому віці також тісно переплітається із соціальним функціонуванням. Зміни у соціальному контексті – звуження кола спілкування, втрата близьких людей, погіршення здоров'я чи зниження мобільності – можуть безпосередньо впливати на рівень емоційного благополуччя [17]. Проте підтримка значущих стосунків, участь у спільнотах або творчих групах, зокрема у формах арттерапії, сприяють відновленню позитивного емоційного тону, зниженню відчуття самотності та зміцненню когнітивної активності [18].

У пізньому віці внутрішнє переживання емоцій зазвичай набуває складнішої структури, і тут помітно не лише зменшення інтенсивності окремих реакцій, а й зміна способів їх осмислення. Емоційна динаміка стає більш стриманою, людина частіше оцінює події крізь призму попереднього досвіду, а не моментального імпульсу. Варто звернути увагу на те, що ця

емоційна «повільність» не обов'язково свідчить про згасання. Такі зрушення формуються на перетині кількох чинників. Біологічне старіння змінює швидкість нервових процесів і чутливість до стресу, що задає певний емоційний «фон», який відрізняється від попередніх вікових періодів. Психологічні механізми адаптації водночас спрямовані на збереження внутрішньої стабільності: людина поступово навчається уникати надмірних емоційних витрат, більше покладається на прийняття та переосмислення [32].

Особливості прояву базових емоцій – радості, тривоги, смутку та страху – у цьому віковому періоді узагальнено в таблиці 1.3. [15].

Таблиця 1.3.

Особливості переживання різних емоцій у людей похилого віку

Емоція	Характеристика переживання у пізньому віці	Психологічне пояснення / теоретична основа	Адаптивна функція
Радість	Має глибший, спокійний характер; пов'язана із вдячністю, прийняттям життя, спогадами про значущі події. Зменшується інтенсивність активної радості через фізичні обмеження.	Згідно з теорією соціально-емоційної селективності (Л Карстенсен), з віком люди фокусуються на емоційно насичених і значущих подіях.	Підтримує позитивне самосприйняття, сприяє гармонії та відчуттю сенсу життя.
Тривога	Частіше пов'язана зі здоров'ям, втратою контролю, самотністю; але у багатьох знижується завдяки досвіду й сформованим стратегіям подолання.	Пояснюється розвитком адаптивних механізмів і толерантності до невизначеності	Сприяє мобілізації ресурсів і підвищенню пильності щодо власного стану.
Смук	Набуває глибокого, філософського змісту; пов'язаний із втратами, але водночас сприяє осмисленню життя та прийняттю смертності.	Відповідає стадії «цілісність vs відчай» (Е. Еріксон), переосмислення життєвого шляху й інтеграція досвіду.	Допомагає прийняти втрати, сприяє внутрішній гармонії та мудрості.

Страх	Пов'язаний із фізичною вразливістю, залежністю від інших, зниженням когнітивних функцій, а в умовах війни – із втратою безпеки.	Зумовлений як біологічними чинниками (зниження фізичних ресурсів), так і соціальною ізоляцією.	Сприяє формуванню поведінкової обережності, пошуку нових джерел опори (духовність, спільнота).
--------------	---	--	--

Емоційні переживання у пізньому віці відзначаються більшою глибиною, вибірковістю та зрілістю. Вони виконують адаптивну функцію – допомагають людині осмислити життєвий шлях, зберегти психологічну рівновагу та знайти внутрішні ресурси для подолання стресових подій. Емоції в цей період стають не лише реакцією, а й засобом підтримання цілісності особистості [34].

Психоемоційні стани людей похилого віку можуть мати як адаптивний, так і дезадаптивний характер, залежно від особистісних ресурсів, життєвого досвіду, стану здоров'я та соціального оточення [6].

До адаптивних належать: стани внутрішнього спокою, вдячності, прийняття, оптимізму, цікавості до життя й довіри до інших. Вони забезпечують емоційну рівновагу, сприяють підтриманню позитивних соціальних зв'язків та підвищують якість життя [17]. Люди, які зберігають такі стани, зазвичай демонструють гнучкість мислення, життєву мудрість і здатність знаходити сенс навіть у складних обставинах [32].

Натомість дезадаптивні психоемоційні стани проявляються у вигляді: тривоги, самотності, безпорадності, апатії, роздратування або відчуття втрати сенсу життя. Вони часто виникають через хронічний стрес, фізичні обмеження, втрату близьких, соціальну ізоляцію чи втрату колишнього соціального статусу. Такі емоційні переживання призводять до зниження життєвої активності, погіршення когнітивних функцій, підвищення ризику депресивних станів та соціального відчуження [27].

Особливої уваги серед цих станів заслуговує самотність, яка є однією з найпоширеніших і найсерйозніших психосоціальних проблем пізнього віку [22]. За результатами європейських досліджень, близько п'ятої частини людей старшого покоління живуть без сталого соціального оточення, а рівень суб'єктивного відчуття ізоляції є ще вищим. Це явище має не лише соціальну, а й глибоку психологічну природу, безпосередньо впливаючи на емоційний стан, якість життя, фізичне здоров'я та тривалість життя. Відчуття самотності посилює інші негативні емоційні стани – тривогу, апатію, безпорадність, – формуючи замкнене коло емоційного виснаження, що знижує здатність людини до соціальної активності та саморегуляції [20].

Психологи виокремлюють два ключові різновиди самотності, кожен із яких по-своєму впливає на психоемоційний стан людини. *Емоційна самотність* виникає тоді, коли порушується або втрачається значущий емоційний зв'язок – з партнером, близькими родичами чи друзями. Вона пов'язана не стільки з кількістю контактів, скільки з відсутністю глибокої, довірливої прив'язаності. *Соціальна самотність*, у свою чергу, стосується ширшого кола взаємодій: зменшення соціальної мережі, обмеження участі у спільнотах, зниження контактів через фізичні, економічні або безпекові фактори [17]. У пізньому віці ці два типи часто накладаються один на одного, створюючи комплексне переживання внутрішньої ізоляції, коли людині бракує і близького душевного зв'язку, і ширшої соціальної підтримки [60].

Наукові дані свідчать, що хронічна самотність має багатовимірний негативний вплив: вона порушує регуляцію стресових гормонів, знижує імунний захист, погіршує сон, прискорює когнітивний занепад і підвищує вразливість до хронічних захворювань [64]. Масштабні метааналізи підтверджують, що тривала суб'єктивна ізоляція може бути порівнянною за ризиком для здоров'я з хронічним палінням або ожирінням, збільшуючи ймовірність передчасної смертності на 25–30%. У психологічному вимірі самотність є одним із найсильніших індикаторів депресивних і тривожних

розладів, сприяє поглибленню апатії, втраті життєвої мотивації та відчуттю екзистенційної порожнечі [40]. Для людей похилого віку це явище має особливо високу актуальність, оскільки поєднується з віковими втратами, скороченням соціальних ролей та підвищеною вразливістю до стресу, що робить своєчасну психологічну підтримку критично необхідною [15].

Проблема втрати сенсу життя є також тісно пов'язаною з явищем самотності. Відповідно до логотерапевтичної концепції Віктора Франкла, людина потребує відчуття значущості свого існування, щоб зберігати психологічну рівновагу [34]. У людей старшого віку цей сенс часто був пов'язаний із професійною діяльністю, турботою про родину чи участю у суспільному житті. Втрата цих ролей може призвести до внутрішньої порожнечі, апатії та відчуття непотрібності, що, у свою чергу, спричиняє емоційне згасання й підвищує ризик депресивних розладів [33].

Вікові зміни впливають і на самооцінку, рівень тривожності та емоційну стабільність. Зниження фізичних можливостей, хронічні захворювання, а також прояви ейджизму (дискримінації за віком) – нерідко зумовлюють внутрішнє прийняття негативних соціальних стереотипів. Це може призводити до втрати впевненості у власній цінності, зниження когнітивної продуктивності та формування песимістичного ставлення до життя [25]. Водночас результати сучасних досліджень демонструють цікавий феномен: люди старшого віку виявляють вищу стійкість до стресу, ніж молодші. У контексті війни та тривалих криз вони демонструють нижчі рівні гострої тривожності та депресії, що пояснюється накопиченим життєвим досвідом, розвиненими механізмами саморегуляції та вмінням зберігати спокій перед труднощами [27]. Проте тривала дія стресових чинників, втрати та фізичне виснаження можуть поступово послаблювати емоційну стабільність [59].

Не менш важливим фактором емоційного стану є соціальна ізоляція та втрата професійних ролей. Вихід на пенсію часто супроводжується кризою

ідентичності, адже професійна діяльність тривалий час виступала джерелом самоповаги й соціальної реалізації. Втрата цієї ролі нерідко викликає почуття непотрібності, зниження самооцінки та відчуття втрати сенсу [22]. Цей напрям вивчала Тоні Клодетт Антонуччі яка запропонувала модель «соціального конвою», у співпраці з Робертом Каном, є однією з ключових концепцій сучасної психології розвитку та геронтопсихології, яка описує закономірності трансформації соціальних мереж протягом життя. Вона розглядає соціальні зв'язки як «конвой», що супроводжує людину від дитинства до старості, змінюючись за розміром, емоційною близькістю та інтенсивністю взаємодії: внутрішнє коло складають найближчі люди, зовнішні – менш значущі контакти. Антонуччі показала, що з віком соціальні мережі природно звужуються, але ядро найцінніших стосунків залишається стабільним, забезпечуючи максимальний емоційний ресурс; натомість периферійні зв'язки поступово зникають [35].

Таким чином, можна зробити висновок, що психоемоційні стани у пізньому віці мають багатовимірний характер, у якому переплітаються біологічні, психологічні та соціальні фактори. Емоційна сфера людини стає водночас глибшою й більш вразливою: з одного боку, літні люди часто демонструють мудрість і внутрішню врівноваженість, з іншого – підвищену чутливість до втрат і змін [14]. Збереження психоемоційного благополуччя на цьому етапі життя потребує створення умов для підтримки соціальної активності, емоційного контакту та можливостей творчого самовираження. Особливу роль у цьому процесі може відігравати арттерапія, яка сприяє відновленню почуття зв'язку з іншими, підвищенню самооцінки та поверненню сенсу й радості життя [9].

1.3. Арттерапевтичні прийоми у роботі з психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах

В умовах воєнного конфлікту психоемоційний стан людей похилого віку зазнає значного навантаження через поєднання вікових особливостей, соціальної ізоляції та травматичного впливу бойових дій [27]. Робота з людьми похилого віку у прифронтових громадах потребує особливої чутливості до їхніх емоційних і фізичних станів [22]. Традиційні вербально-орієнтовані методи психологічної підтримки не завжди є ефективними для цієї вікової категорії, оскільки вимагають значних когнітивних і емоційних ресурсів. Натомість арттерапевтична група створює безпечний простір для відновлення соціальних контактів. Спільна творча діяльність формує атмосферу взаємної підтримки, де учасники можуть ділитися не лише своїми роботами, але й переживаннями, не відчуваючи тиску необхідності "правильно" висловитися [38].

Невербальний характер комунікації через мистецтво знижує соціальну тривожність та дозволяє встановлювати контакт навіть тим, хто має труднощі з вербальним спілкуванням [5]. Важливим є відчуття спільності та нормалізації власних переживань. Дивлячись на те, що інші учасники групи також виражають тривогу, страх чи сум у своїх роботах, людина розуміє, що її реакції є природними і не є ознакою слабкості [36]. Це протидіє стигматизації психологічних проблем, яка часто зустрічається в менталітеті старшого покоління. Групова динаміка також стимулює активність та мотивацію: регулярність зустрічей структурує час, а очікування наступної сесії стає ресурсом у важкі дні [30].

Дослідники, які вивчали застосування арттерапії у різних вікових та клінічних групах, дійшли подібних висновків щодо її універсальності, ефективності та особливої ролі у підтримці людей із зниженою вербальною активністю або підвищеною емоційною вразливістю [57]. У роботах Джудіт Рубін наголошується, що груповий формат арттерапії створює безпечний простір для самовираження у випадках, коли слова виявляються недостатніми або недоступними. Дж. Рубін показала, що художні матеріали

та процес творення активізують проєктивні механізми, знижують тривогу й забезпечують можливість передавати глибинні переживання через візуальні символи, не стикаючись із тиском вербальної експресії [12].

У процесі групової арттерапії важливу роль відіграє добір конкретних технік, які відповідають емоційним, фізичним і когнітивним можливостям учасників [23]. Для людей похилого віку добре працюють прості прийоми, які не вимагають уміння малювати чи володіння складними техніками. Але вони все одно дають можливість висловити те, що важко передати словами, послабити внутрішнє напруження і поступово повертати відчуття опори на себе. Такі методи допомагають зосередитись, заспокоїтись і знайти той мінімальний простір, у якому можна пережити свої емоції без тиску ззовні. Часто цього достатньо, щоб людина відчула більше контролю, впорядкувала думки і зібрала сили, які в цьому віці інколи легко розсіюються через втому чи стрес.

У табл. 1.4. подано найпоширеніші арттерапевтичні методи, які використовуються у психоемоційній підтримці старших людей, зокрема в умовах прифронтових громад [9].

Таблиця 1.4.

Основні арттерапевтичні методи у роботі з людьми похилого віку

Метод	Короткий опис застосування	Психологічний ефект
Малювання та живопис	Робота з олівцями, фарбами чи пастеллю; створення мандал, карти ресурсів,	Вираження емоцій через колір і форму; зниження напруги, формування відчуття стабільності.
Колажування	використання вирізок із журналів, фотографій, кольорового паперу; створення «колажу мрій» або «колажу ресурсів».	Зняття страху помилитися; активація позитивних образів і майбутніх цілей.
Робота з глиною / пластиліном	Ліплення простих фігур, предметів,	Розвиток сенсорної чутливості,

	символічних форм. Вправи: “зліпи кулю”, ліплення посуду (робота з темою контейнерування).	концентрації; відчуття контролю й можливості змін, пропрацювання емоцій через напругу в м’язах.
Музикотерапія	Прослуховування музики, спів, гра на простих інструментах.	Катарсис, емоційне розвантаження, відновлення внутрішньої гармонії.
Казкотерапія / наративні техніки	Створення або переосмислення власних історій, робота з метафорою.	Безпечне опрацювання травматичних тем, пошук нових смислів і ресурсів, відновлення безперервності часу.

Застосування наведених арттерапевтичних прийомів дає змогу м’яко впливати на емоційну сферу людини, активізуючи її внутрішні ресурси та відчуття контролю над власним життям. Вони допомагають зменшити прояви тривожності, відновити відчуття зв’язку з іншими та підтримати психічну рівновагу [41].

При виборі тих чи інших методів необхідно враховувати фізичні, когнітивні та емоційні особливості цільової групи. Зниження гостроти зору потребує роботи з крупними формами та контрастними кольорами. Обмеження дрібної моторики через артрит чи інші захворювання роблять недоступними техніки, що вимагають точності, натомість підходять великі пензлі, пальцьове малювання, робота з м’якими матеріалами [10].

Когнітивні особливості вимагають простих, зрозумілих інструкцій та достатнього часу на виконання завдання. Техніки не повинні створювати відчуття невдачі – важливо підбирати такі, де будь-який результат є цінним та має терапевтичне значення. Ресурсно-орієнтований підхід передбачає фокусування на збережених здібностях та сильних сторонах особистості, а не на дефіцитах [31].

В умовах війни критично важливим є принцип безпеки. Техніки не повинні бути занадто активізуючими або провокуючими інтенсивні емоційні реакції на початкових етапах роботи [47]. Перевага надається:

- стабілізуючим;
- заспокійливим;
- ресурсним методам.

Робота з травматичним досвідом можлива лише після встановлення терапевтичного контакту та формування базового відчуття безпеки в групі [63].

Важливими є також організаційні аспекти:

- доступність матеріалів (в умовах обмежених ресурсів громад);
- можливість швидкого переміщення до укриття під час тривоги;
- адаптація до фізичних обмежень приміщень.

Техніки мають бути гнучкими та адаптивними до мінливих зовнішніх умов [58].

Забезпечення фізичної та психологічної безпеки є лише одним із компонентів ефективної арттерапевтичної роботи в кризових умовах. Водночас не менш важливою складовою успіху є професійна позиція самого фахівця. Саме особистість арттерапевта, його вміння утримувати безпечний простір і водночас підтримувати процес творчого самовираження, визначає якість і глибину терапевтичного ефекту [24].

Арттерапевт у роботі з людьми, які пережили травматичний досвід, виконує низку професійних функцій які ми зазначили в табл. 1.5., спрямованих на створення безпечного простору, підтримку творчого процесу та збереження психологічної стабільності як учасників, так і власної [1].

Таблиця 1.5.

**Професійні функції арттерапевта у процесі психоемоційної
підтримки груп**

Функція арттерапевта	Основний зміст діяльності	Професійне значення
-------------------------	---------------------------	---------------------

Створення безпечного простору	Забезпечення фізичної та психологічної безпеки групи; встановлення меж, правил конфіденційності й взаємоповаги; формування атмосфери прийняття та довіри.	Сприяє виникненню відчуття захищеності, що є передумовою відкритості й терапевтичного процесу.
Супровід творчого процесу	Підбір відповідних технік і матеріалів, надання інструкцій, підтримка учасників під час виконання завдань, уникнення нав'язування інтерпретацій.	Забезпечує автономію клієнта у самовираженні, стимулює рефлексію й розвиток внутрішніх ресурсів.
Емоційне контейнування	Прийняття і витримування сильних емоцій учасників; допомога у регуляції емоційної інтенсивності; запобігання ретравматизації.	Дозволяє знизити рівень психологічної напруги й сформувавши досвід безпечного проживання емоцій.
Профілактика професійного вигорання	Усвідомлення ризику вторинної травматизації; робота з власними емоціями через супервізію й самоаналіз.	Підтримує професійну ефективність, зберігає психічне здоров'я фахівця, забезпечує етичність роботи.
Супервізійна підтримка	Регулярне обговорення складних випадків, отримання зворотного зв'язку, опрацювання контрпереносу, відновлення ресурсів.	Є невід'ємним елементом професійної практики, що гарантує стабільність і розвиток арттерапевта [2].

Роль арттерапевта у прифронтових громадах значно виходить за межі традиційного розуміння терапевтичної взаємодії. Він постає не лише як фахівець із творчого самовираження, а як провідник стабільності, психологічної безпеки та підтримки для спільноти, що переживає наслідки війни. Ефективність його діяльності визначається не лише володінням методами арттерапії, а й особистісною зрілістю, етичним ставленням до клієнтів та системною професійною підтримкою, зокрема через супервізію і колегіальне обговорення складних випадків [16].

Висновки до першого розділу

У першому розділі ми здійснили комплексний теоретико-емпіричний аналіз проблеми психоемоційних станів людей похилого віку в прифронтових громадах та визначили роль арттерапевтичних засобів у системі психосоціальної підтримки [27]. Проведене нами дослідження дозволило сформулювати низку висновків щодо специфіки емоційного функціонування осіб старшого віку в умовах воєнного стресу та потенціалу творчих методів у процесі відновлення психологічної рівноваги. Встановлено, що арттерапія як метод психосоціальної підтримки має глибоке теоретичне обґрунтування, що формувалося протягом XX століття під впливом психоаналітичних, гуманістичних та інтегративних підходів [5]. Від ранніх спроб застосування мистецтва в лікуванні психічних розладів до створення професійних асоціацій і стандартизованих методик – цей напрям набув чіткої наукової структури. Теоретичні ідеї З. Фрейда, К. Г. Юнга, М. Наумбург, Е. Крамер, К. Роджерса та інших дослідників створили концептуальний фундамент для розуміння того, як творчість впливає на емоційний стан, сприяє символізації переживань і забезпечує доступ до несвідомих змістів [24].

Доведено, що ключовою перевагою арттерапії є її невербальний характер, який дає змогу виражати емоції там, де словесна комунікація є утрудненою або викликає внутрішній опір [49]. Для людей похилого віку це набуває особливої значущості, оскільки творча діяльність підтримує відчуття власної цінності, сприяє збереженню життєвого сенсу та актуалізації внутрішнього потенціалу. Механізм терапевтичної дії проявляється на кількох рівнях: нейропсихологічному – через активацію систем емоційної регуляції та зниження фізіологічних маркерів стресу; психологічному – через переключення уваги з тривожних думок і посилення відчуття контролю; соціальному – через створення атмосфери взаємної підтримки у групі [64].

Також ми довели, що ефективність арттерапевтичної роботи ґрунтується на дотриманні базових принципів: безпечності, прийняття,

добровільності, конфіденційності та акценті на процесі, а не на результаті. Ці умови забезпечують психологічну захищеність учасників та знижують рівень емоційного напруження, що є критично важливим для людей старшого віку. В умовах воєнного конфлікту арттерапія демонструє додаткову функціональність завдяки своїй гнучкості, простоті реалізації й можливості проведення в обмежених ресурсах [58].

В дані роботі ми проаналізували специфіку психоемоційних станів людей похилого віку, що формуються під впливом біологічних, психологічних і соціальних факторів. Встановлено, що пізній вік є окремою фазою розвитку, у якій емоційна сфера стає глибшою, рефлексивнішою та водночас більш вразливою. Окреслено два полюси емоційних станів: адаптивні (вдячність, внутрішній спокій, оптимізм, прийняття) та дезадаптивні (тривога, апатія, самотність, втрата сенсу). Особливої уваги набуває проблема хронічної самотності, яка є одним із найпотужніших чинників психологічного виснаження й пов'язана зі збільшенням ризику депресивних і когнітивних розладів. У контексті війни ці ризики посилюються через соціальну ізоляцію, зниження мобільності, втрати та нестачу підтримки [59].

Систематизовано арттерапевтичні методи, що працюють з людьми старшого віку: малювання, живопис, колаж, ліплення, музикотерапію, наративні підходи та інші способи творчого вираження. Показано, що ці методи зменшують тривожність, активізують внутрішні ресурси й допомагають людині відчувати більший контроль над життям [19]. Вибір технік має враховувати фізичні та когнітивні можливості учасників, а також безпекові обмеження прифронтових територій. Доведено, що групова арттерапія підтримує відновлення соціальних контактів, полегшує переживання і зменшує відчуття ізоляції, що особливо важливо для літніх людей [16].

Обґрунтовано професійні функції арттерапевта: створення безпечного простору, фасилітація творчого процесу, емоційне утримання та профілактика вторинної травматизації. У прифронтових громадах арттерапевт виконує роль не лише фахівця з творчості, а й носія стабільності та психологічної підтримки, що підсилює значення супервізії та колегіальної взаємопідтримки [16].

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що арттерапія є доказово ефективним, концептуально вивіреном та культурно релевантним методом психоемоційної підтримки людей похилого віку в умовах війни. Її універсальність полягає в здатності поєднувати внутрішнє емоційне відновлення зі зміцненням соціальних зв'язків, протидіяти самотності, формувати ресурси та підтримувати психологічну стійкість. У прифронтових громадах арттерапія виступає не лише засобом індивідуального опрацювання переживань, а й механізмом соціальної солідарності, що сприяє відновленню відчуття приналежності й гідності. Отримані теоретичні положення створюють основу для подальшого емпіричного дослідження психоемоційних станів літніх людей та розробки практичних інтервенцій, адаптованих до потреб воєнного контексту [62].

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ

2.1. Організація, вибірка та методи дослідження

Дослідження має на меті глибоке вивчення особливостей психоемоційних станів людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах, а також визначення ефективності арттерапевтичних засобів як форми психосоціальної підтримки цієї категорії населення. Актуальність такого дослідження зумовлена тим, що саме літні люди є однією з найбільш уразливих груп у період воєнних дій, вони часто залишаються у власних домівках поблизу зони бойових дій, переживаючи постійний страх, самотність, невпевненість у майбутньому, що безпосередньо впливає на їхній емоційний стан, здоров'я та якість життя.

У межах дослідження була сформована репрезентативна вибірка, яка включала 58 осіб похилого віку віком від 64 до 82 років, серед яких 46 жінок і 12 чоловіків. Усі учасники постійно проживають на території прифронтових громад Миколаївської та Херсонської областей, тобто у регіонах, що систематично зазнають обстрілів, обмежень у доступі до медичних, соціальних та психологічних послуг. Вибірка була сформована з урахуванням добровільної участі, кожен учасник отримав детальне пояснення мети дослідження, принципів анонімності та конфіденційності, а також підписав згоду на участь. Такий підхід забезпечив дотримання етичних стандартів психологічного дослідження й підвищив рівень довіри між респондентами та дослідником.

Перший етап роботи був присвячений опрацюванню наукових джерел, які стосуються проблематики психоемоційного стану людей похилого віку та ефективності арттерапевтичних методів у системі психосоціальної підтримки. Це дозволило визначити теоретичну базу дослідження,

сформулювати мету, завдання, об'єкт і предмет, а також обґрунтувати вибір психодіагностичних інструментів. Аналіз літератури охоплював вітчизняні та зарубіжні праці, які висвітлюють проблеми емоційної регуляції, адаптації до стресу, подолання наслідків травматичного досвіду, а також застосування творчості як ресурсу психологічного відновлення.

Другий етап дослідження полягав у визначенні вибірки учасників та виборі експериментальної бази. Емпірична частина роботи проводилася серед бенефіціарів (отримувачів допомоги) гуманітарної організації, яка реалізує програми психосоціальної підтримки у прифронтових регіонах півдня України. Такий вибір обумовлений тим, що саме ця цільова група перебуває у стані тривалого емоційного та соціального напруження, спричиненого бойовими діями, втратою близьких, вимушеною ізоляцією та постійною загрозою безпеці.

Залучення учасників через гуманітарну організацію дало змогу забезпечити реалістичність і практичну значущість отриманих результатів, оскільки респонденти представляли саме ту категорію населення, яка є найбільш уразливою до впливу хронічного стресу. Це створило умови для об'єктивної оцінки їхнього психоемоційного стану та подальшої перевірки ефективності запропонованої арттерапевтичної програми.

Третій етап включав проведення психодіагностичного обстеження, аналіз і структуризацію отриманих даних. Для оцінки психоемоційного стану респондентів були застосовані валідизовані методики:

- «Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна;
- Методика «Визначення нервово-психічної напруги» Т. А. Немчина;
- «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» В. В. Бойка;

– Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової).

Четвертий етап включав детальну математичну обробку емпіричних даних. Перед здійсненням основних розрахунків було перевірено нормальність розподілу показників за критерієм Пірсона. З огляду на це статистична стратегія була диференційована: для методик із нормальним розподілом застосовано t-критерій Стюдента для залежних вибірок, тоді як для інструментів із відхиленнями від нормальності використано непараметричний критерій Вілкоксона. Такий підхід забезпечив коректність порівнянь і підвищив достовірність отриманих висновків. Усі обчислення виконано в програмному середовищі SPSS, що дало змогу точно перевірити статистичну значущість змін до та після впровадження арттерапевтичної програми.

П'ятий етап полягав у підготовці узагальнених висновків і формуванні рекомендацій щодо застосування арттерапевтичних засобів у системі психосоціальної підтримки людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах.

Тестування здійснювалося у змішаному форматі: частково очно під час групових занять, частково у дистанційній формі з використанням електронних опитувальників. Такий підхід забезпечив зручність участі, охоплення ширшої аудиторії та збереження безпечних умов для респондентів, зважаючи на воєнну ситуацію.

Опитувальник складався з трьох частин: вступної сторінки із поясненням мети дослідження, основного блоку з психодіагностичними методиками та заключної частини з подякою учасникам. Отримані результати стали підґрунтям для розроблення програми арттерапевтичної підтримки та подальшої перевірки її ефективності.

Вивчення емоційної сфери має певні труднощі, пов'язані з тим, що емоції є складними для об'єктивного вимірювання феноменами. Крім того,

через вікові особливості, фізичну втому або когнітивне уповільнення не всі учасники здатні проходити складні експериментальні процедури. Саме тому в роботі було зроблено акцент на суб'єктивних показниках, тобто на самооцінювальних і самоспостережувальних методах. Достовірність таких підходів підтверджується сучасними науковими даними: численні дослідження показують, що переживання, які людина описує як тривогу, страх або апатію, часто збігаються з відповідними фізіологічними реакціями та психічними змінами. Саме методи самозвіту й самооцінки є ключовими у вивченні суб'єктивних емоційних переживань, оскільки дозволяють глибше зрозуміти індивідуальне ставлення особистості до власного емоційного стану.

Під час проведення дослідження використовувався метод бесіди, який дає змогу уточнити, як самі учасники усвідомлюють свої емоції, як оцінюють рівень власного напруження та які способи саморегуляції застосовують у повсякденному житті. Такий підхід допомагає досліднику не лише кількісно зафіксувати дані, а й якісно зрозуміти природу цих станів, контекст їхнього виникнення та роль соціального середовища.

Методика «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера - Ханіна є одним із найпоширеніших інструментів у сучасній психологічній практиці для вимірювання тривожності як психологічного феномена [27]. Її створив американський дослідник Чарльз Д. Спілбергер, а пізніше адаптував для української вибірки Юрій Леонідович Ханін, забезпечивши культурну валідність і точність перекладу. Текст і ключі методики поданов додаку А.

Теоретичною основою методики є поділ тривожності на два рівні:

- ситуативна (реактивна) тривожність – короточасний емоційний стан, що виникає у відповідь на конкретні події, загрозу або стресову ситуацію;
- особистісна тривожність – відносно стабільна властивість

особистості, що визначає схильність сприймати різні обставини як потенційно небезпечні чи загрозливі [46].

Саме цей поділ дозволяє відрізнити тимчасові реакції на стрес від глибинних особистісних рис, що робить методику універсальною як у наукових, так і в прикладних дослідженнях.

Опитувальник складається з двох самостійних блоків по 20 тверджень у кожному: перший блок спрямований на оцінку ситуативної тривожності, другий – на оцінку особистісної тривожності.

Респондент оцінює кожне твердження за чотирибальною шкалою залежно від того, наскільки воно відповідає його емоційному стану:

- 1 – «зовсім ні» / «майже ніколи»;
- 2 – «дещо» / «іноді»;
- 3 – «помірно» / «часто»;
- 4 – «так» / «майже завжди».

Для кожного з 20 тверджень нараховуються бали від 1 до 4. Частина тверджень має зворотне кодування (тобто відповіді оцінюються у зворотному порядку). Після заповнення підсумовуються бали окремо за кожною шкалою. Мінімальний можливий результат – 20 балів, максимальний – 80 балів.

Рівні тривожності інтерпретуються таким чином:

- менше 30 балів – низький рівень тривожності;
- 31–45 балів – середній рівень тривожності;
- понад 45 балів – високий рівень тривожності.

Отримані результати порівнюються з нормативними показниками, що дозволяє виявити ступінь емоційної напруги, схильність до стресових реакцій або тенденцію до формування тривожних розладів.

Методика має високу надійність та валідність, підтверджену численними емпіричними дослідженнями в різних країнах. У межах роботи шкала Спілбергера–Ханіна була використана для визначення рівня тривожності у людей похилого віку, що проживають у прифронтових

громадах. Ця методика дозволила оцінити не лише їхні актуальні емоційні реакції на стрес, але й виявити глибинну схильність до тривожного сприйняття дійсності. Отримані дані стали основою для подальшого підбору арттерапевтичних інтервенцій, спрямованих на зниження рівня тривожності та відновлення емоційної стабільності.

Методика «Визначення нервово-психічної напруги» Тетяни Андріївни Немчин є одним із визнаних психодіагностичних інструментів для оцінки рівня нервово-психічної напруги (НПН) – інтегрального показника емоційної, вольової та фізіологічної реакції організму на стресові фактори [55]. Вона базується на уявленнях про єдність психічних і соматичних процесів, що забезпечують адаптацію людини до складних життєвих обставин. Застосування цієї методики дозволяє виявити не лише ступінь нервового виснаження, а й здатність особистості підтримувати внутрішню рівновагу у стресогенних умовах. Текст і ключі методики поданов додатку Б.

У сучасній практиці методика широко використовується для діагностики станів підвищеного емоційного напруження у працівників соціальної, педагогічної, медичної сфер, військовослужбовців, переселенців, а також людей, які зазнали впливу бойових дій. Її ефективність і валідність підтверджено українськими та зарубіжними дослідниками.

Методика представлена у вигляді опитувальника, який містить низку тверджень, що описують різні прояви нервово-психічної напруги: емоційні, поведінкові, соматичні. Респонденту пропонується оцінити ступінь згоди з кожним твердженням, орієнтуючись на свій стан за останній місяць. Відповіді фіксуються за бальною шкалою, що дозволяє кількісно визначити рівень напруження. Для людей похилого віку важливо забезпечити спокійну атмосферу, відсутність зовнішніх подразників та зрозуміле формулювання інструкцій.

Після заповнення опитувальника здійснюється підсумовування балів.

Загальний результат дозволяє визначити рівень нервово-психічної напруги за такими орієнтовними межами:

- 20–30 балів – низький рівень НПН: свідчить про добру адаптацію, стабільність емоційного стану, збереження працездатності та гармонійний баланс між збудженням і гальмуванням нервових процесів.
- 31–45 балів – середній рівень НПН: характеризується помірною напругою, схильністю до стресових реакцій у складних ситуаціях, однак без критичних порушень функціонування.
- понад 45 балів – високий рівень НПН: вказує на значне нервово виснаження, підвищену тривожність, дратівливість, соматичні скарги (головний біль, безсоння, серцебиття), що може свідчити про ризик формування невротичних розладів.

Методика є науково апробованою і демонструє високу чутливість до змін психофізіологічного стану. Вона дозволяє оцінити динаміку нервово-психічної напруги внаслідок психокорекційних або арттерапевтичних втручань. Її результати широко використовуються у дослідженнях воєнного та посттравматичного стресу та у програмах психосоціальної підтримки населення.

У межах даної роботи методика застосовувалася для визначення рівня нервово-психічного напруження у літніх осіб, які проживають у прифронтових громадах. Це дало можливість виявити ступінь емоційного виснаження, адаптаційні ресурси та потенціал до психологічного відновлення.

Методика «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» В. В. Бойка належить до експрес-інструментів психодіагностики емоційної сфери та спрямована на виявлення тенденції до немотивованої (безпричинної) тривожності. Її основна мета – оцінка схильності людини переживати тривогу у відсутності реальних зовнішніх загроз або конкретних причин. Ця особливість вважається одним із

предикторів емоційної нестабільності, психоемоційного виснаження та схильності до розвитку невротичних розладів. Текст і ключі методики поданов додатку В.

Методика широко застосовується у дослідженнях стресостійкості, психологічного благополуччя, а також у практиці кризової психологічної допомоги. Опитувальник містить набір тверджень, що відображають характерні емоційні реакції та внутрішні переживання, які можуть свідчити про наявність внутрішнього напруження, тривожних очікувань, відчуття небезпеки без видимих підстав. Респондент має обрати варіант відповіді, який найбільш точно відображає його поточний стан.

Методика особливо ефективна для швидкої первинної оцінки емоційного стану, коли необхідно визначити рівень тривожності в обмежений час, наприклад, під час гуманітарних або психосоціальних інтервенцій. Кожне запитання оцінюється певною кількістю балів (зазвичай 0–3). Після заповнення тесту підраховується сумарна кількість балів, що формує індекс немотивованої тривожності.

Результати інтерпретуються відповідно до таких орієнтовних рівнів:

- 0–10 балів – низький рівень, що свідчить про емоційну стійкість, врівноваженість і відсутність схильності до невиправданих страхів. Такі особи здатні адекватно оцінювати реальність і зберігати спокій навіть у стресових обставинах.
- 11–20 балів – середній рівень є ознакою адаптивного типу реагування — людина може відчувати тривогу у складних чи невизначених ситуаціях, однак здатна контролювати свій стан.
- 21 і більше балів – високий рівень сигналізує про наявність внутрішньої напруги, надмірної настороженості, тенденції до катастрофізації майбутніх подій. Такі результати свідчать про потребу у психологічному супроводі, особливо за умов війни чи соціальної нестабільності.

Методика має високу чутливість до змін емоційного стану та дозволяє

ефективно виявляти осіб із підвищеним рівнем тривожності. Її використання є доцільним у роботі з людьми, які пережили травматичні події, знаходяться у стані невизначеності.

У межах емпіричної частини даної роботи методика В. В. Бойка застосовувалась для діагностики схильності до немотивованої тривожності у людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах. Отримані результати дозволили визначити частоту проявів емоційної напруги та оцінити рівень психологічної стійкості.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової) належить до найпоширеніших інструментів скринінгової діагностики депресії у клінічній і соціальній психології [38] Її основна мета – виявлення рівня вираженості депресивних симптомів і диференціація легких, помірних і тяжких форм депресивних станів. Методика ґрунтується на багатовимірному підході до аналізу депресії, який включає емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні компоненти. Такий підхід дозволяє отримати цілісне уявлення про психоемоційний стан людини та його вплив на повсякденне функціонування. Текст і ключі методики поданов додатку Г.

Опитувальник складається з 20 тверджень, кожне з яких відображає певний аспект депресивного стану: втрату інтересу до діяльності, емоційну пригніченість, зниження працездатності, порушення сну, відчуття самотності чи безнадії. Респондент оцінює, наскільки кожне твердження відповідає його стану, за чотирибальною шкалою: 1 – рідко або ніколи; 2 – іноді; 3 – часто; 4 – майже завжди.

Після заповнення опитувальника підраховується загальна кількість балів, що відображає сумарну вираженість депресивної симптоматики. Якщо респондент набирає від 20 до 50 балів, це свідчить про відсутність депресії та збережений емоційний баланс. Особи з такими результатами демонструють стабільний настрій, адекватну реакцію на стрес і позитивне сприйняття

життєвих подій.

Показники від 51 до 59 балів відповідають легкій ситуативній або стресовій депресії, яка зазвичай має тимчасовий характер і пов'язана з впливом зовнішніх подій. У цьому випадку можливі короточасні емоційні коливання, втома чи зниження мотивації, однак стан не потребує клінічного втручання.

Рівень від 60 до 69 балів характеризується як субдепресивний – стійке зниження настрою, песимістичне мислення, втрата інтересу до діяльності, підвищена тривожність. Особи з такими результатами потребують психологічної підтримки та участі у корекційних програмах.

Найвищі показники, від 70 до 80 балів свідчать про виражений депресивний стан. Для таких респондентів характерна емоційна спустошеність, почуття безнадії, апатія, порушення сну та соматичні симптоми. Такий рівень депресії потребує глибшої клінічної діагностики та фахової психотерапевтичної допомоги.

Індекс може бути проаналізований також за групами симптомів: емоційних, когнітивних, поведінкових і соматичних, для більш глибокого розуміння структури депресивного стану конкретного респондента. Низькі показники (до 50 балів) – свідчать про відсутність ознак депресії, задовільний психоемоційний стан, стійкість до стресів і збережену соціальну активність. Помірні показники (51–69 балів) – відображають легкі або субдепресивні стани, які часто пов'язані зі стресом, втратою сенсу або хронічною втомою. Високі показники (70 і більше балів) – вказують на клінічно значущу депресію, що супроводжується емоційною пригніченістю, втратою інтересу до життя, соматичними скаргами та потребує психотерапевтичного чи медикаментозного лікування.

Методика має високу надійність і психометричну валідність, підтверджену численними емпіричними дослідженнями. Вона активно використовується в Україні. В межах емпіричної частини роботи дана

методика застосовувалася для оцінки рівня депресивності у людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах. Отримані результати дозволили виявити осіб із високим ризиком емоційного виснаження та обґрунтувати необхідність впровадження арттерапевтичних засобів для покращення їхнього психоемоційного стану.

Метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стьюдента). При математичній обробці отриманих результатів використовувався метод варіаційного аналізу. Для перевірки вірогідності різниці середніх при аналізі кількісних даних в експериментальних групах ми використовували метод t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, що відносять до параметричних методів. Для аналізу вірогідності отриманих результатів ми застосували формулу:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$
, де M_1 – середня першої вибірки, M_2 – середня другої вибірки; m_1 – виправлення до середньої величини для першої вибірки; m_2 – виправлення до середньої величини для другої вибірки.

Метод математичної статистики реалізовано за допомогою комп'ютерної обробки результатів дослідження (програма SPSS).

Отже, на основі теоретичного аналізу літератури показано, що проблема емоцій та емоційних проявів особистості належить до найскладніших та найактуальніших у психології. В сучасних наукових її дослідженнях спостерігається диференційний підхід до вивчення емоційної сфери особистості, що простежується в розробках різних напрямків. Саме тому, з одного боку, спостерігається деяке термінологічне різноманіття, концептуальні розходження, з іншого – збільшується кількість, у тому числі в Україні, різнопланових як теоретичних, так і експериментальних досліджень.

Обґрунтовано, що для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані теоретичні методи: системно-структурний метод; метод теоретичного аналізу й узагальнення

наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу та узагальнення даних; емпіричні методи: метод наукового спостереження; метод психодіагностичного обстеження; метод констатуючого експерименту; метод математичної статистики (метод варіаційного аналізу, вірогідність визначалася за t-критерієм Стюдента).

2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту

Для первинного етапу дослідження було проведено діагностику рівнів ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності за методикою «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна у вибірці з 58 осіб старшого віку (46 жінок і 12 чоловіків), які проживають у прифронтових громадах Миколаївської та Херсонської областей. Отримані результати дали змогу оцінити емоційний фон учасників до впровадження арттерапевтичної програми, а також визначити загальний рівень емоційної напруги. Результати представлено на рис. 2.1.

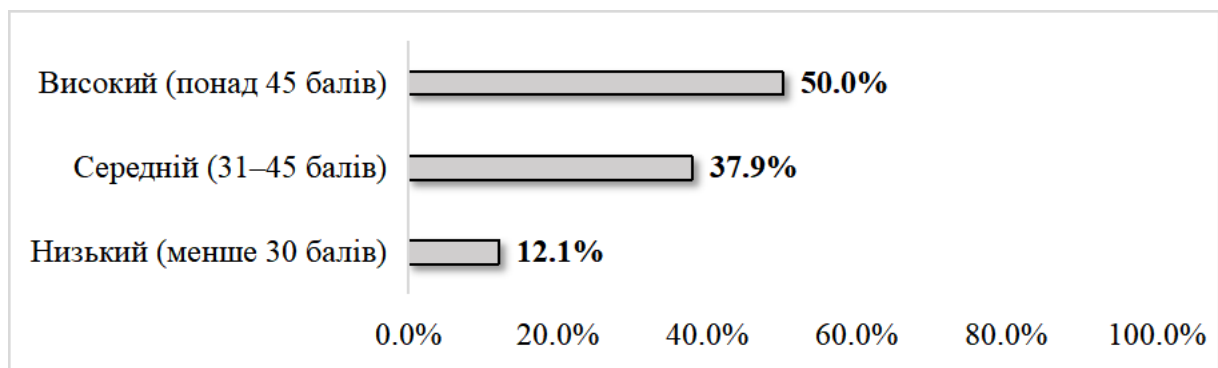


Рис. 2.1. Рівні ситуативної (реактивної) тривожності у вибірці

Більшість респондентів перебувають у стані підвищеної емоційної напруги, оскільки відзначають високий рівень ситуативної тривожності. Для цієї групи характерні часті прояви тривожних думок, відчуття безпорадності перед обставинами, порушення сну, підвищена настороженість і труднощі у концентрації уваги. Такі емоційні реакції є типовими для людей, які тривалий час перебувають у стані невизначеності, стикаються з раптовими стресовими

подіями або інформаційним перевантаженням, пов'язаним із воєнною ситуацією. Значна частина респондентів із високим рівнем ситуативної тривожності також відзначала почуття постійної втоми, дратівливості, внутрішнього напруження, що свідчить про емоційне виснаження та зниження психологічної стійкості. Для таких осіб характерне переважання негативних емоцій, песимістичне сприйняття майбутнього, а будь-які невизначені події або зміни викликають різке підвищення тривожності.

Середній рівень тривожності, який виявлено у 37,9% респондентів, свідчить про помірну емоційну чутливість та відносну здатність до самоконтролю. Особи цієї групи відчують занепокоєння переважно у конкретних стресових ситуаціях, але здатні регулювати свій стан за допомогою звичних копінг-стратегій: спілкування, побутової активності, гумору або духовних практик. Для них характерна реалістична оцінка подій, хоча в умовах тривалої напруги рівень тривожності може зростати. Такі учасники демонструють достатній адаптаційний потенціал, однак перебувають у зоні ризику емоційного виснаження у разі продовження воєнних загроз чи соціальної ізоляції. Помірна тривожність може виконувати адаптивну функцію, допомагаючи залишатися пильними, проте за надмірного навантаження вона перетворюється на деструктивний фактор, що підриває емоційний баланс.

Низький рівень ситуативної тривожності (12,1%) спостерігається у невеликої частини вибірки – це особи, які, ймовірно, уже пристосувалися до хронічного стресу або мають сформовані внутрішні ресурси для його подолання. Вони характеризуються спокоєм, емоційною стабільністю, більшою впевненістю у власних силах і довірою до оточення. Такі респонденти зазвичай проявляють високий рівень психологічної зрілості, використовують раціональні способи реагування на труднощі та не схильні драматизувати ситуації. Ймовірно, у цій групі переважають особи, які мають стабільні соціальні зв'язки, підтримку з боку родини або громади, а також ті,

хто бере участь у соціальних активностях, що допомагає підтримувати відчуття корисності та контролю над життям.

Загалом така структура результатів демонструє, що емоційна сфера респондентів перебуває у стані напруженої адаптації. Високі показники ситуативної тривожності свідчать про глибокий вплив воєнних обставин на психоемоційне благополуччя людей похилого віку. Переважання середнього рівня тривожності у значної частини вибірки вказує на наявність потенціалу до відновлення, який може бути активізований через психологічну підтримку, зокрема арттерапевтичні заходи, спрямовані на зниження емоційного напруження, відновлення внутрішнього спокою та зміцнення почуття безпеки. Це природно пояснюється умовами життя у прифронтових регіонах, де люди щоденно стикаються з факторами невизначеності, небезпеки та дефіциту безпеки.

Показники особистісної тривожності, тобто стійкої схильності сприймати навколишній світ як загрозливий, представлено на рис. 2.2.

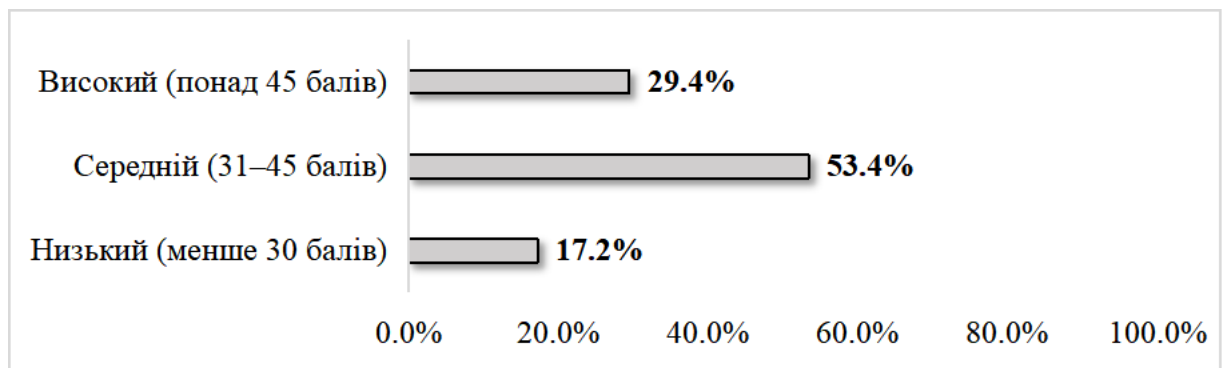


Рис. 2.2. Рівні особистісної тривожності у вибірці

Особистісна тривожність у вибірці людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах, виявилася помірною, хоча в окремих випадках мала тенденцію до підвищення. Близько третини опитаних (29,4%) мають високий рівень особистісної тривожності, що вказує на схильність сприймати навколишній світ як небезпечний і потенційно загрозливий навіть за відсутності реальних підстав. Такі учасники відзначають підвищену внутрішню напруженість, схильність до частого занепокоєння, надмірну

увагу до власного здоров'я та безпеки близьких. У поведінці це може проявлятися у зниженій активності, уникненні соціальних контактів, ізоляції або, навпаки, у підвищеній дратівливості та тривожних розмовах про можливі небезпеки. Для багатьох із них характерне тривожне очікування майбутнього, зокрема страх повторення обстрілів, втрати дому або близьких. У деяких респондентів відзначається зниження самооцінки, зневіра у власних силах і почуття безпорадності перед зовнішніми обставинами. Такі риси формують стійкий емоційний фон напруження, який потребує тривалої психологічної підтримки.

Більшість респондентів (53,4%) мають середній рівень особистісної тривожності, що відображає нормальну емоційну чутливість і водночас здатність до адаптації. Такі учасники здатні переживати тривогу у складних обставинах, але не дозволяють їй домінувати над їхньою поведінкою. Вони, як правило, усвідомлюють свої переживання, мають певні механізми самозаспокоєння: спілкування з близькими, участь у житті громади, заняття хатніми справами або творчими видами діяльності. Їхня тривожність виконує адаптивну функцію, допомагаючи зберігати обережність і контроль у непередбачуваних умовах життя біля фронту. Разом із тим, тривалий вплив стресових факторів може призводити до поступового зростання цього рівня, тому саме ця група є найбільш перспективною для профілактичної арттерапевтичної роботи, спрямованої на стабілізацію емоційного стану.

У 17,2% учасників виявлено низький рівень особистісної тривожності, що може свідчити про сформовану емоційну стабільність і високий рівень самоконтролю. Такі респонденти характеризуються внутрішнім спокоєм, умінням зберігати рівновагу навіть у критичних ситуаціях, раціональним підходом до проблем і відносною впевненістю у власних силах. У більшості випадків це люди з активною життєвою позицією, які мають підтримку родини або беруть участь у громадській діяльності. Вони демонструють високий рівень адаптивності, що дозволяє їм ефективно долати труднощі та

допомагати іншим. Проте навіть серед цієї групи простежується певна емоційна обережність, як реакція на досвід пережитих небезпечних ситуацій.

Загалом результати свідчать, що особистісна тривожність у вибірці має помірно підвищений характер, але не переходить у патологічну форму. Це означає, що більшість людей похилого віку зберігають здатність до емоційної саморегуляції, хоча постійна напруга і страх перед майбутнім поступово виснажують їхній ресурс. Високий рівень тривожності у майже третини респондентів потребує системної психосоціальної підтримки, спрямованої на зниження почуття небезпеки, відновлення відчуття контролю над життям і формування внутрішнього спокою.

Таким чином, отримані результати підтверджують, що емоційна сфера людей похилого віку у прифронтових громадах залишається вразливою, а застосування арттерапевтичних засобів має високий потенціал для зниження рівня як ситуативної, так і особистісної тривожності через розвиток почуття безпеки, самоприйняття та позитивного емоційного самовираження.

Також було проведено діагностику за методикою Т. А. Немчина, яка дозволила встановити не лише рівень напруги, але й загальну динаміку емоційного стану, включаючи прояви втоми, дратівливості, тривожності, порушень сну, труднощів у концентрації уваги та інших ознак нервово-психічного перенавантаження. Результати представлено на рис. 2.3.

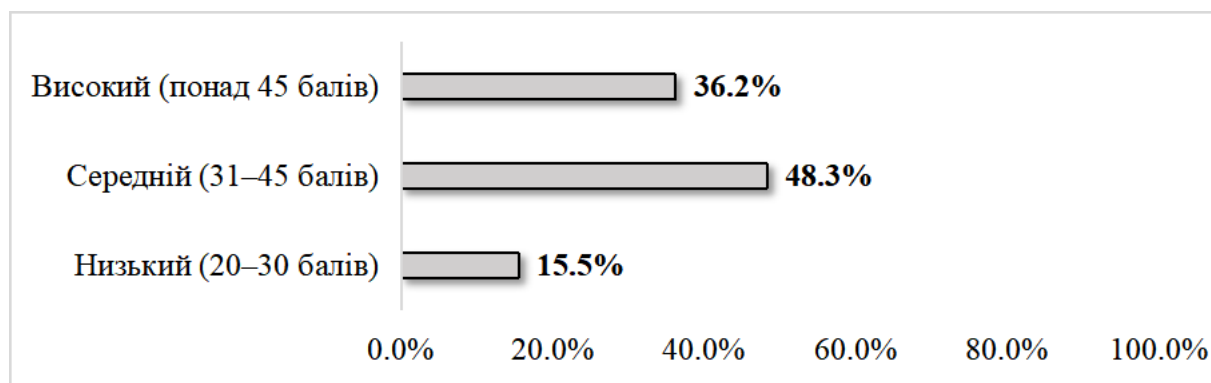


Рис. 2.3. Рівні нервово-психічної напруги у вибірці

Результати засвідчили, що переважна частина респондентів (48,3%) має середній рівень нервово-психічної напруги. Це свідчить про наявність помірного емоційного напруження, яке є природною реакцією на постійне перебування в умовах воєнної небезпеки. Для цієї групи характерні епізодичні прояви тривоги, роздратованості, швидкої втомлюваності, а також легкі порушення сну. Проте у більшості випадків ці прояви не носять патологічного характеру, а відображають адаптивну мобілізацію організму у складних обставинах. Такі учасники демонструють відносно стабільний психоемоційний стан, зберігають базову здатність до саморегуляції та відновлення після стресових епізодів.

У 36,2% респондентів виявлено високий рівень нервово-психічної напруги, що є показником глибокого виснаження емоційних і фізичних ресурсів. Для цієї групи характерні постійна тривожність, внутрішня напруга, відчуття безпорадності, часті головні болі, дратівливість, апатія або перепади настрою. Особи з такими результатами часто зазначали, що їм складно зосередитися, важко планувати навіть прості дії, а будь-які різкі звуки або спалахи новин викликають посилене занепокоєння. У багатьох із них простежується симптоматика хронічного стресу – фізична втома, психічна нестабільність, часте відчуття напруження в тілі. Такий рівень є передкризовим станом, що потребує психологічної допомоги та системного втручання для запобігання розвитку психосоматичних розладів.

Натомість у 15,5% опитаних зафіксовано низький рівень нервово-психічної напруги, що свідчить про добру адаптацію, внутрішню рівноваженість і здатність до емоційного відновлення. Ця категорія респондентів зазвичай характеризується високим рівнем стресостійкості, активною життєвою позицією, а також сформованими копінг-стратегіями: умінням переключатися, зберігати оптимізм, звертатися по підтримку до близьких або брати активну участь у житті громади. Ймовірно, у цій групі представлені особи, які мають сильні соціальні зв'язки або досвід подолання

попередніх криз, що сформував у них психологічну гнучкість і впевненість у власних силах.

Загалом результати свідчать, що понад дві третини учасників (84,5%) мають середній або високий рівень нервово-психічної напруги, що вказує на значне емоційне навантаження та дефіцит ресурсів для повноцінного відновлення. Це можна пояснити тривалим перебуванням у ситуації невизначеності, загрозою обстрілів, відсутністю стабільного почуття безпеки, соціальною ізоляцією та обмеженим доступом до медичної й психологічної допомоги.

Для більш глибокого визначення особливостей емоційного стану людей похилого віку у прифронтових громадах було проведено тестування за методикою В. В. Бойка «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності». Цей тест дозволяє оцінити не лише частоту проявів тривожних переживань, але й глибину внутрішньої напруги, яка може бути прихованою або неусвідомлюваною самими респондентами. У контексті війни така діагностика є надзвичайно важливою, оскільки навіть за відсутності безпосередньої загрози життю люди можуть залишатися у стані постійної емоційної готовності до небезпеки, що поступово призводить до виснаження психіки. Результати представлено на рис. 2.4.

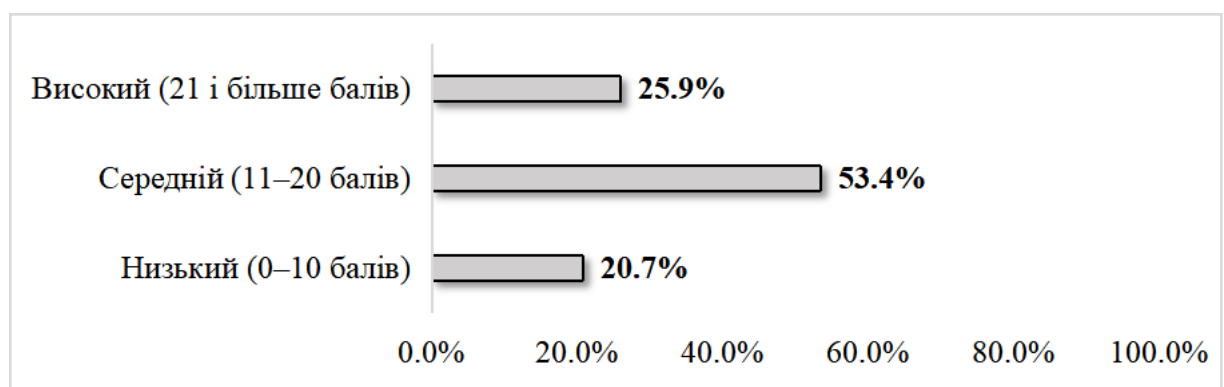


Рис. 2.4. Рівні немотивованої тривожності у вибірці

Результати дослідження засвідчили, що більшість учасників – 53,4% мають середній рівень немотивованої тривожності, що вказує на помірну емоційну напругу, яка не переходить у патологічну форму. Для цієї групи

характерне відчуття занепокоєння у ситуаціях невизначеності, очікування можливих негативних подій, однак при цьому зберігається здатність до раціонального мислення й емоційного контролю. Особи з такими результатами демонструють адаптивну тривогу, яка допомагає мобілізувати сили в критичних ситуаціях, але у разі тривалого впливу стресу може поступово посилюватися.

Чверть опитаних (25,9%) показали високий рівень немотивованої тривожності, що свідчить про глибоке внутрішнє напруження, підвищену вразливість і схильність до переживання тривоги без об'єктивних причин. Такі респонденти часто повідомляли про відчуття невизначеності, страху перед майбутнім, роздратування, швидку зміну настрою, труднощі з концентрацією уваги або засинанням. Для цієї групи типовим є хронічне очікування небезпеки, навіть у відносно спокійних умовах. Це може бути наслідком тривалого емоційного виснаження, ізоляції, втрати соціальних контактів або повторюваних травматичних подій. У деяких учасників простежувалися соматичні прояви – головний біль, безсоння, систематичне підвищення тиску не пов'язане з віком тощо.

Найменша частка учасників (20,7%) мала низький рівень немотивованої тривожності, тобто схильність зберігати спокій навіть у складних обставинах. Ці особи зазвичай виявляють високу емоційну зрілість, внутрішню врівноваженість та вміння контролювати власні емоційні реакції. Для них характерні стабільність у поведінці, реалістичне сприйняття ситуації та відсутність схильності до катастрофічних прогнозів. Найчастіше до цієї групи належать респонденти, які мають досвід адаптації до кризових ситуацій або отримують регулярну підтримку від родини, соціальних служб чи громадських організацій.

Загалом результати показали, що понад 79% опитаних (середній і високий рівні) мають помітну схильність до тривожних переживань, навіть без очевидних зовнішніх причин. Це свідчить про підвищену емоційну

напруженість, властиву людям, які живуть у прифронтових умовах, де постійно присутні елементи непередбачуваності, страху та інформаційного стресу. Слід зазначити, що підвищений рівень немотивованої тривожності у літніх осіб є не лише наслідком воєнних подій, а й результатом вікових змін у психоемоційній сфері – зниження стресостійкості, звуження соціальних контактів, посилення залежності від зовнішніх обставин.

Таким чином, результати методики В. В. Бойка свідчать, що емоційний стан людей похилого віку у прифронтових громадах характеризується високим рівнем емоційної вразливості та тривожного очікування, що підтверджує потребу у впровадженні програм психологічної підтримки з використанням арттерапевтичних засобів, спрямованих на зменшення внутрішнього напруження, розвиток емоційної стійкості та покращення якості життя.

Заключним етапом констатувального експерименту стало визначення рівня депресивних проявів у людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах, за допомогою методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга, адаптованої Т. І. Балашовою. Основною метою було виявити ступінь емоційної пригніченості, апатії, втрати інтересу до життя та інших проявів депресивного спектру, що часто супроводжують людей, які тривалий час перебувають у стані хронічного стресу. Результати наведено на рис. 2.5.

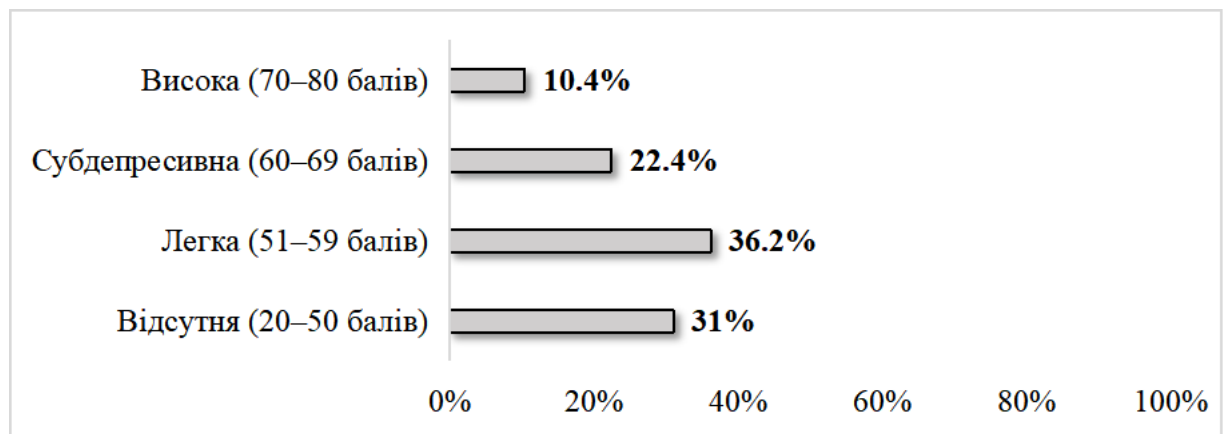


Рис. 2.5. Рівні депресивності за шкалою В. Зунга

Отримані результати показали, що найбільша частина опитаних – 36,2% має легку ситуативну або стресову депресію. Такі респонденти відчують періодичні коливання настрою, втому, зниження мотивації, труднощі у концентрації уваги та порушення сну. Їхній емоційний стан пов'язаний переважно із зовнішніми обставинами: воєнними подіями, нестачею спілкування, погіршенням житлових і соціально-побутових умов. Цей рівень депресії має зворотний характер і може бути скоригований завдяки психологічній підтримці, соціальній активності та арттерапевтичним практикам, спрямованим на відновлення відчуття життєвого сенсу.

22,4% респондентів перебувають у стані субдепресії – стійкого емоційного пригнічення, яке поєднується з відчуттям безсилля, втратою інтересу до повсякденних занять, відчуттям самотності й апатії. Для цієї групи характерна тривала відсутність радості, небажання взаємодіяти з іншими, схильність до самозаглиблення і песимістичне сприйняття майбутнього. Деякі респонденти цієї категорії відзначали, що навіть звичні справи викликають втому або байдужість. Цей стан потребує цілеспрямованої психологічної корекції, адже за відсутності підтримки субдепресія може трансформуватися у глибшу форму депресивного розладу.

Високий рівень депресії зафіксовано у 10,4% учасників. Для цієї групи характерні такі виражені емоційні стани: почуття безнадії, провини, внутрішньої спустошеності, а також порушення сну, апетиту й зниження активності. Такі особи часто втрачають інтерес до соціальної взаємодії, мають труднощі у спілкуванні та схильні до самоізоляції. Деякі респонденти повідомляли про відчуття «втрати сенсу життя» або небажання планувати майбутнє. Для цієї категорії учасників необхідна індивідуальна допомога, спрямована на зниження депресивної симптоматики й відновлення внутрішнього ресурсу.

Найменша частка – 31,0% опитаних, продемонструвала відсутність депресивних симптомів. Ці люди зберігають емоційну стабільність,

позитивне сприйняття життя, активну позицію та здатність долати труднощі. Вони демонструють високий рівень адаптації, зокрема завдяки підтримці близьких, участі у соціальних заходах або вірі у власні сили. Проте навіть у цій групі окремі учасники зазначали, що емоційний фон стає менш стабільним у періоди загострення бойових дій чи інформаційного напруження.

Узагальнюючи результати, можна зазначити, що понад дві третини респондентів (69,0%) мають ознаки депресивних проявів різного ступеня, від легкого ситуативного до субдепресивного або клінічно вираженого рівня. Це свідчить про значний вплив тривалого стресу на емоційну сферу людей похилого віку, які живуть у прифронтових громадах. Постійна загроза, соціальна ізоляція, дефіцит позитивних емоцій та обмежені можливості для самореалізації формують хронічний стан пригнічення, що негативно позначається на психічному і соматичному здоров'ї.

Такі результати узгоджуються з висновками інших сучасних досліджень, згідно з якими депресивні симптоми у літніх людей, які проживають у зоні бойових дій, виявляються у 60–70% випадків. Це підкреслює нагальну потребу у впровадженні системи психосоціальної підтримки, яка включає як індивідуальні, так і групові форми терапії.

Арттерапевтичні засоби у цьому контексті мають особливе значення, оскільки дають змогу виражати складні почуття через творчість, відновлювати почуття внутрішнього контролю, знижувати рівень апатії й відчуженості. Вони допомагають учасникам повернутися до активної життєвої позиції, сформувати нові смисли та відчутти себе частиною спільноти.

Для перевірки характеру розподілу отриманих результатів було використано критерій Пірсона, який дозволяє визначити, чи підпорядковується вибірка закону нормального розподілу. Даний етап є

необхідним для вибору подальших методів статистичного аналізу: параметричних або непараметричних.

Розрахунок здійснювався за формулою:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_e - f_t)^2}{f_t}$$

Де f_e – емпірична частота (спостережувана), f_t – теоретична частота (очікувана при нормальному розподілі).

Рівень значущості прийнято $\alpha = 0,05$. Критичне значення $\chi^2_{кр}$ для 5 ступенів вільності становить 11,07. Якщо емпіричне χ^2 менше від критичного, розподіл вважається нормальним.

Таблиця 2.6.

Перевірка нормальності розподілу результатів за критерієм Пірсона

Методика	$\chi^2_{емпіричне}$	$\chi^2_{критичне}$ ($p = 0,05$)	Рівень значущості p	Висновок про розподіл
Шкала реактивної та особистісної тривожності	6,82	11,07	$p = 0,43$	Нормальний
Визначення нервово-психічної напруги	9,46	11,07	$p = 0,24$	Нормальний
Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності	13,52	11,07	$p = 0,08$	Є відмінності
Методика диференціальної діагностики депресивних станів	7,94	11,07	$p = 0,34$	Нормальний

Як показано у таблиці 2.6, для більшості психодіагностичних методик (зокрема, шкали тривожності, методики визначення нервово-психічної напруги та шкали депресії) емпіричні значення χ^2 виявилися нижчими за критичні при рівні значущості $p = 0,05$, що вказує на нормальний або близький до нормального характер розподілу даних. Це означає, що результати отриманих вимірювань є однорідними, без суттєвих викидів або асиметрії, а тому допускають використання параметричних статистичних критеріїв, таких як t-критерій Стюдента для подальшого аналізу змін.

Лише за методикою В. В. Бойка («Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності») виявлено невелике відхилення від нормального розподілу ($\chi^2 = 13,52$ при $\chi^2_{кр} = 11,07$; $p = 0,08$). Це свідчить про наявність незначної асиметрії у даних, що зумовлено підвищеною чутливістю літніх учасників до зовнішніх стресорів. У цьому випадку для підвищення точності результатів може бути використано непараметричний критерій Вілкоксона. Результати перевірки підтверджують, що вибірка є статистично однорідною, а отримані дані валідними для подальшого кількісного аналізу, що забезпечує достовірність наступних етапів емпіричного дослідження.

Загалом, отримані дані свідчать про необхідність системної психосоціальної підтримки, орієнтованої на зниження рівня емоційної напруги та відновлення внутрішніх ресурсів. Використання арттерапевтичних методів у цьому контексті є перспективним, адже творчість сприяє емоційному розрядженню, підвищенню відчуття внутрішнього контролю та формуванню більш стабільного психофізіологічного стану у людей похилого віку, які проживають у зоні підвищеного ризику.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження психоемоційного стану людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах, дозволило комплексно оцінити рівень емоційного напруження, тривожності, а також визначити основні проблемні зони, що потребують психологічної підтримки. У процесі дослідження було використано чотири взаємодоповнювальні методики: шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, методика визначення нервово-психічної напруги Т. А. Немчина, експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності В. В. Бойка та шкала депресії В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової).

Отримані результати підтвердили, що емоційна сфера людей похилого віку у прифронтових громадах перебуває у стані підвищеного напруження. Для більшості учасників характерна реактивна емоційна нестабільність, підвищена чутливість до зовнішніх стресорів, відчуття невпевненості та тривожного очікування. Такі показники можна розглядати як природну реакцію організму на тривалий вплив травматичних подій, відсутність стабільності та постійну загрозу безпеці.

Результати за методикою Спілбергера – Ханіна свідчать, що понад половина опитаних (50,0%) має високий рівень ситуативної тривожності, що вказує на емоційне напруження, страх і невизначеність, спричинені умовами життя у зоні бойових дій. Особистісна тривожність виявилась помірною: більшість респондентів (53,4%) демонструють середній рівень цього показника, що засвідчує наявність адаптивних механізмів емоційної саморегуляції, попри високий рівень зовнішніх стресорів.

За методикою Т. А. Немчина встановлено, що 48,3% учасників мають середній рівень нервово-психічної напруги, тоді як 36,2% – високий рівень, що свідчить про значне емоційне та фізіологічне виснаження. Такий стан є наслідком тривалої адаптації до хронічного стресу, постійного очікування небезпеки, втрати соціальних зв'язків і дефіциту позитивних вражень.

Результати за методикою В. В. Бойка показали, що у більшості респондентів (53,4%) наявна середня схильність до немотивованої тривожності, а ще у 25,9% – висока. Це свідчить про глибоке внутрішнє напруження, коли тривога виникає не стільки через конкретні події, скільки через постійне відчуття небезпеки й невизначеності. Для людей цієї категорії характерне хронічне очікування загрози, труднощі у розслабленні та відновленні внутрішнього спокою.

За результатами шкали депресії В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової) більшість респондентів (68,9%) мають ознаки депресивних проявів різного ступеня, від легкої ситуативної до субдепресивної. Для 10,3% опитаних

виявлено високий рівень депресії, що супроводжується емоційною спустошеністю, відчуттям безнадії, зниженням активності та інтересу до життя. Такі показники відображають емоційне виснаження, спричинене втратою звичних життєвих орієнтирів, соціальною ізоляцією та браком позитивних емоційних стимулів.

Результати перевірки нормальності розподілу показників за критерієм Пірсона (χ^2) підтвердили, що емпіричні дані відповідають нормальному або близькому до нормального розподілу. Це свідчить про однорідність вибірки та достовірність отриманих результатів, що дозволяє використовувати параметричні методи аналізу, зокрема t-критерій Стюдента, на наступному етапі дослідження для перевірки ефективності арттерапевтичної програми.

Узагальнення емпіричних результатів дозволяє виділити кілька ключових закономірностей:

1. Емоційна сфера людей похилого віку у прифронтових громадах характеризується підвищеним рівнем тривожності та напруги, що є наслідком тривалого перебування у ситуації небезпеки.

2. Більшість учасників демонструють середній рівень адаптаційних можливостей, однак тривалий вплив стресових факторів підвищує ризик переходу реактивної тривоги у стійкі тривожні або депресивні стани.

3. Високі показники нервово-психічної напруги й депресивності свідчать про зниження емоційного ресурсу та потребу у психосоціальних заходах підтримки.

4. Наявні емоційні стани мають переважно зовнішнє походження та є зворотними за умови належної терапевтичної роботи, що робить актуальним застосування арттерапевтичних методів як засобу стабілізації емоційного стану.

Таким чином, констатувальний етап дослідження показав, що психоемоційний стан людей похилого віку у прифронтових громадах перебуває в зоні ризику, що обумовлює необхідність впровадження

системної психологічної підтримки, орієнтованої на зниження тривожності, відновлення емоційного балансу та підвищення адаптаційних ресурсів. Арттерапевтична програма, розроблена у межах подальшого етапу роботи, має потенціал стати дієвим інструментом психоемоційної стабілізації та покращення якості життя даної категорії населення.

РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАЛЬНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ: ПРОГРАМА АРТТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ З ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАДАХ

3.1. Опис програми арттерапевтичних заходів з психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах

У сучасному світі питання психологічної підтримки людей похилого віку набуває особливої ваги, адже саме ця вікова група найчастіше стикається із самотністю, втратою близьких, соціальною ізоляцією та психологічним виснаженням. Ще з 60-х років XX століття у світі почав розвиватися рух, спрямований на покращення якості життя літніх людей – університети третього віку, які стали осередками самоосвіти, розвитку та соціальної активності старшого покоління. У прифронтових містах України саме подібні ініціативи нині відіграють важливу роль, адже поєднують навчання, спілкування та психологічну підтримку для тих, хто щодня живе під впливом війни.

Значну роль у цьому процесі відіграють міжнародні та українські благодійні організації, які реалізують програми психосоціальної підтримки для людей старшого віку. Така допомога надається у різних формах:

- регулярна підтримка – через постійні зустрічі, майстер-класи, творчі студії, лекції та заняття з психологами на базі територіальних центрів, бібліотек, університетів третього віку;
- епізодична підтримка – у форматі виїзних заходів та одноразових сесій, які організовують мобільні бригади гуманітарних організацій у віддалених або постраждалих громадах;
- непряма підтримка – через розвиток взаємодопомоги між мешканцями, що передають здобуті знання про психоемоційну стійкість іншим членам громади.

Попри обмежені можливості, саме у таких формах відбувається формування нової культури турботи про психічне здоров'я у громадах, які зазнали руйнувань, окупації чи втрати ресурсів. Люди похилого віку починають усвідомлювати цінність психологічної допомоги, довіряти спеціалістам, долаючи стереотипи й вікову ригідність.

Однією з найефективніших і водночас найделікатніших форм такої допомоги є арттерапія. На відміну від традиційних психологічних консультацій, вона не викликає внутрішнього опору – участь у творчих заняттях сприймається природно, з інтересом і навіть із радістю. Через образ, колір, рух руки чи символ людина може виразити те, що складно озвучити словами: страх, біль, втрату або, навпаки, надію. Арттерапія допомагає відновити зв'язок між тілом, емоцією та сенсом, повертаючи людину до стану внутрішньої рівноваги.

Як зазначав Е. Еріксон, зрілий вік характеризується протиставленням цілісності та відчаю, саме у цей період людині важливо осмислити свій життєвий шлях і знайти у ньому сенс. Арттерапевтична діяльність створює безпечний простір для цього процесу: у ній поєднуються пам'ять, досвід, творчість і прийняття, що дає змогу подолати емоційну закритість та ізоляцію.

Психосоціальні спостереження, здійснені під час роботи з людьми похилого віку в Миколаївській та Херсонській областях протягом 2023–2024 років, підтверджують ефективність цього підходу. Авторкою програми проведено понад сто групових арттерапевтичних занять, зокрема п'ять повних циклів по сім зустрічей кожний. Заняття проводилися у форматі творчих воркшопів, тренінгів емоційної стабілізації, занять із виготовлення ляльок-мотанок, створення мандал, малювання, колажів, ліплення з глини.

Спостереження показали кілька закономірностей, які варто враховувати під час планування програм психосоціальної підтримки:

- найбільш активними учасниками стають ті, хто відчуває користь і результат уже після перших занять (зниження напруги, покращення настрою, зростання інтересу до спілкування);
- матеріальний компонент (подарунки, сувеніри, спільні вироби) має важливе символічне значення – він створює відчуття турботи й стабільності;
- емоційний контакт із фасилітатором є вирішальним чинником залученості: після встановлення довіри люди охоче беруть участь навіть у глибших рефлексивних сесіях;
- нестандартні техніки (робота з тканиною, глиною, природними матеріалами, дудлінг) викликають більшу цікавість, ніж класичне малювання, що свідчить про потребу у новизні та самовираженні.

Досвід показав, що навіть короткотривала участь у таких заняттях позитивно впливає на психоемоційний стан літніх людей: вони стають більш відкритими, спокійними, усміхненими, частіше прагнуть до взаємодії з іншими. Творчість повертає їм почуття сенсу, впевненості у власній цінності та здатності впливати на власне життя.

У сучасних умовах війни арттерапія стає не лише формою дозвілля, а й інструментом психологічного відновлення. Вона сприяє зниженню рівня тривожності та депресивності, формує емоційну витривалість, підтримує когнітивну активність і створює середовище прийняття та підтримки. Саме на цих засадах побудовано програму психосоціальної підтримки людей похилого віку у прифронтових громадах. Її головною метою є стабілізація емоційного стану, відновлення внутрішньої гармонії та формування ресурсного середовища для продовження повноцінного життя навіть у складних умовах воєнної реальності.

Розроблена програма арттерапевтичних занять спрямована на стабілізацію психоемоційного стану, зниження рівня тривожності та депресивних проявів, а також розвиток внутрішніх ресурсів і відчуття

соціальної включеності серед людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах. Її концепція базується на гуманістичному підході, де центральним елементом є людина з її унікальним життєвим досвідом, емоційним світом та потребою у самовираженні.

Програма має практичну спрямованість і реалізується у форматі п'яти послідовних зустрічей, кожна з яких має власну тему, психологічну мету, арттерапевтичну техніку та очікувані результати. Тривалість однієї сесії становить 60–90 хвилин. 58 осіб похилого віку було розподілено на *п'ять груп*: три групи по 12 учасників і дві групи по 11 осіб. Такий розподіл забезпечив комфортну кількість учасників для ефективної групової динаміки, емоційної підтримки та реалізації арттерапевтичних методик. Заняття проводилися у безпечному просторі гуманітарного хабу або бібліотеки громади.

Основою програми стали гуманістичні принципи К. Роджерса та елементи арттерапевтичних підходів Н. Роджерс, Е. Крамер і В. Лоуенфельда, що підкреслюють вираження внутрішнього досвіду через творчість як шлях до емоційного відновлення. Кожне заняття поєднувало психоедукаційний компонент (інформаційні міні-лекції та обговорення) і практичну частину, що включала арттерапевтичні вправи. Структуру програми представлено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

Структура програми арттерапевтичних заходів і самодопомоги для людей похилого віку в прифронтових громадах

№	Мета	Арттерапевтичні техніки / ключові кроки (план)	Очікувані результати
1	Створити атмосферу довіри й безпеки; усвідомити власний стан; навчити використанню базових технік заспокоєння	1) Привітання, асоціація зі «спокоєм». 2) Дихальна вправа «Хвиля спокою». 3) Гратаж «Я сьогодні» (процарапування крізь чорну пастель). 4) Обговорення образів і кольорів. 5)	Зниження напруження; відчуття стабільності й безпеки; усвідомлення стану «тут і зараз»

		Заземлення « 5-4-3-2-1 »	
--	--	---------------------------------	--

Продовження табл. 3.1.

2	Відновити контакт із позитивними спогадами; активізувати ресурсні почуття та вдячність	1) Емоційна розминка «Один теплий момент». 2) Монотипія «Мої добрі спогади» (відбитки фарби між аркушами). 3) Колаж «Три приємні моменти тижня». 4) Обговорення. 5) Мікрровправа «Через усмішку»	Зменшення тривожності; підвищення настрою; емоційна стабілізація; посилення внутрішнього ресурсу
3	Актуалізувати внутрішні ресурси; сформувати відчуття сили та здатності долати труднощі	1) Коло «Що мене підтримує». 2) Теселяція «Рукавичка стійкості» (мозаїчний візерунок + вправа «5 ресурсів» на кожен «пальчик»). 3) Міні-рефлексія про символи сили. 4) Коло вдячності	Зміцнення внутрішньої стійкості; актуалізація опор; формування особистого оберегу
4	Зменшити тілесну й емоційну напругу; навчити технік релаксації та саморегуляції	1) Налаштування «Чотири стихії» (земля-вода-повітря-світло). 2) Ліплення «Мій спокій» (чаша/серце/куля). 3) Обговорення відчуттів. 4) «Музей спокою» (перегляд робіт)	Розслаблення м'язів; зниження соматичних проявів стресу; гармонізація внутрішнього стану
5	Підсумувати досвід участі; закріпити позитивні зміни; сформувати відчуття єдності, надії та внутрішньої сили	1) Коло рефлексії про зміни. 2) Вправа «Спільна мандала»: кожен учасник додає символ власного ресурсу. 3) Обговорення символів. 4) Техніка самодопомоги «Свідоме дихання перед сном». 5) Коло завершення «Що беру із собою»	Відчуття завершеності та єдності; підсилення віри у власні сили; готовність застосовувати техніки саморегуляції у побуті

Заняття 1. «Повернення до себе»

Мета: створити атмосферу довіри й безпеки, допомогти учасникам усвідомити свій емоційний стан, відчувати опору в собі та навчитися простим технікам заспокоєння.

Час проведення: 70–75 хвилин.

Матеріали: аркуші формату А4 або А3, воскові крейди, чорна пастель, дерев'яні палички (для процарапування), лампа або свічка, спокійна музика.

План заняття:

1. Привітання і знайомство у колі. Кожен називає ім'я та одну асоціацію зі словом «спокій».
2. Дихальна вправа «Хвиля спокою». Повільні вдихи та видихи під музику для стабілізації дихання і заземлення.
3. Арттерапевтична вправа «Я сьогодні» у техніці “ґратаж”. Учасники наносять кольорову основу олівцями, покривають її шаром чорної масляної пастелі та процарапують зображення, що передає їхній стан у даний момент.
4. Обговорення. Кожен, хто бажає, ділиться своїми враженнями: які кольори чи лінії асоціюються з його станом.
5. Техніка «5-4-3-2-1». Коротка вправа заземлення для фокусування на теперішньому моменті.

Очікувані результати: зниження емоційного напруження, формування відчуття стабільності, безпеки й довіри в групі, усвідомлення власного стану «тут і зараз».

Заняття 2. «Тепло спогадів»

Мета: відновити контакт із позитивними спогадами, активізувати ресурсні почуття, зміцнити почуття вдячності життю.

Час проведення: 70 хвилин.

Матеріали: аркуші, фарби, ножиці, клей, журнали, кольоровий папір, серветки, спокійна музика.

План заняття:

1. Емоційна розминка «Один теплий момент». Кожен пригадує подію, яка викликала посмішку чи вдячність.
2. Арттерапевтична вправа «Мої добрі спогади» у техніці монотипії. Учасники створюють відбитки фарб між двома аркушами, отримуючи м'які

образи спогадів. Потім додають деталі й підписи, перетворюючи абстрактні форми на символи пам'яті.

3. Обговорення робіт. Учасники діляться, що вони відчували під час створення, які спогади повернулися.

4. Вправа «Через усмішку». М'яке розслаблення обличчя і дихання через усмішку для завершення заняття.

Очікувані результати: зменшення тривожності, підвищення настрою, емоційна стабілізація, посилення внутрішнього ресурсу та вдячності.

Заняття 3. «Сили, що живуть у мені»

Мета: актуалізувати внутрішні ресурси, сформулювати відчуття власної сили та здатності долати труднощі.

Час проведення: 75 хвилин.

Матеріали: кольоровий картон, ножиці, клей, фарби, природні матеріали (камінці, листя, гілки, шишки), лак або прозора плівка.

План заняття:

1. Коло «Що мене підтримує». Учасники називають одну річ або людину, яка допомагає їм залишатися сильними.

2. Арттерапевтична вправа «Рукавичка стійкості» у техніці теселяції. На основі шаблону рукавички учасники створюють візерунок з кольорових шматочків тканини, перетворюючи їх на особистий оберіг (поєднано з правою на 5 ресурсів, по одному на кожен «пальчик»).

3. Міні-рефлексія. Обговорення символів, що з'явилися на роботах: що для кожного означає сила і стійкість.

4. Коло вдячності. Кожен висловлює подяку чомусь або комусь, хто допоміг сьогодні.

Очікувані результати: зміцнення почуття внутрішньої стійкості, віри у власні сили, актуалізація ресурсних станів, формування особистого символу опори.

Заняття 4. «Стихія спокою»

Мета: зменшити тілесну й емоційну напругу, навчити простим технікам розслаблення й саморегуляції.

Час проведення: 70 хвилин.

Матеріали: глина або солоне тісто, миски з водою, рушники, ефірні олії (за бажанням), природні фактурні об'єкти (листя, тканина, кора дерев), спокійна музика.

План заняття:

1. Вправа «Чотири стихії». Налаштування через відчуття: земля (дотик), вода (рухи), повітря (дихання), світло (уявлення).
2. Ліплення з глини або тіста. Створення символу спокою: чаші, серця чи кулі.
3. Обговорення відчуттів. Учасники діляться тим, як змінився стан тіла та емоцій після роботи з матеріалом.
4. Музей спокою. Роботи розміщуються на столі, учасники діляться власними враженнями.

Очікувані результати: зменшення соматичних проявів стресу, розслаблення, покращення настрою, гармонізація внутрішнього стану.

Заняття 5. «Мій шлях далі»

Мета: підсумувати досвід участі в програмі, закріпити позитивні зміни, сформувані відчуття єдності, надії та внутрішньої сили.

Час проведення: 75 хвилин.

Матеріали: ватман, кольоровий папір, тканина, нитки, серветки, природні матеріали, клей, ножиці, фломастери.

План заняття:

1. Коло рефлексії. Кожен ділиться, які зміни помітив у собі за час участі в програмі.
2. Вправа “Спільна мандала”: кожен учасник додає символ власного ресурсу.

3. Обговорення символів. Учасники розповідають, який сенс має їхній внесок у спільну роботу.

4. Техніка самодопомоги «Свідоме дихання перед сном». Відпрацювання короткої практики для самостійного використання.

5. Коло завершення «Що беру із собою». Підбиття підсумків і прощання з побажаннями одне одному.

Очікувані результати: відчуття завершеності, єдності, впевненості у власних силах, готовність використовувати набуті навички саморегуляції у повсякденному житті.

У процесі реалізації програми арттерапевтичних занять з елементами спостерігалася поступова позитивна динаміка психоемоційного стану учасників. Уже під час перших зустрічей, незважаючи на початкову стриманість, більшість людей почали активніше включатися у спільну діяльність, виявляти зацікавлення до творчих завдань і взаємодії з групою. З часом зменшувався рівень емоційного напруження, з'являлися прояви довіри, усмішки, прагнення підтримати одне одного.

Важливим спостереженням стало те, що учасники, які на початку демонстрували високий рівень замкненості, починали відкриватися саме під час творчих вправ. Арттерапевтична форма дозволила їм без слів виражати складні почуття: через кольори, символи або роботу з матеріалами. Уже після третього заняття у висловлюваннях з'являлися фрази про відчуття полегшення, спокою, очікування наступної зустрічі.

На завершальних етапах програми посилювалося відчуття групової єдності: учасники почали підтримувати одне одного словами, жартами, спільними спогадами. Багато хто відзначав, що заняття стали «островом спокою» серед тривожної реальності. Стало очевидним, що арттерапія не лише знижує рівень емоційного напруження, а й повертає людям відчуття гідності, цінності власного досвіду, віри у свої сили.

Узагальнюючи результати спостережень, можна зазначити, що програму вдалося побудувати таким чином, що вона поступово створила умови для самовираження, прийняття та розвитку навичок самодопомоги, які учасники зможуть використовувати у повсякденному житті.

3.2. Аналіз результатів впровадження програми арттерапевтичних заходів з психосоціальної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах

Реалізація програми арттерапевтичних заходів була спрямована на покращення психоемоційного стану осіб похилого віку, які проживають у прифронтових громадах. Після завершення циклу занять було проведено повторне діагностичне обстеження за тими самими методиками, що використовувалися на констатувальному етапі. Мета повторного вимірювання – виявити, які саме зміни відбулися у рівнях тривожності, нервово-психічної напруги, немотивованої тривожності та депресивності під впливом програми, і чи є ці зміни статистично достовірними.

Отримані дані узагальнено у таблиці 3.2, яка відображає розподіл учасників за рівнями вираженості психоемоційних показників у відсотковому співвідношенні до та після впровадження арттерапевтичної програми.

Таблиця 3.2.

Результати порівняльного аналізу психоемоційних показників до і після програми

Методика	Рівень	До впровадження програми (%)	Після впровадження програми (%)
Шкала реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна)	Високий	50,0	36,2
	Середній	37,9	46,5
	Низький	12,1	17,3

Визначення нервово-психічної напруги (Т. А. Немчин)	Високий	44,8	34,5
	Середній	41,4	46,6
	Низький	13,8	18,9
Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності (В. В. Бойко)	Високий	36,2	29,3
	Середній	48,3	50,0
	Низький	15,5	20,7

Продовження табл. 3.2.

Шкала депресії (В. Зунг, адаптація Т. І. Балашової)	Високий	27,6	22,4
	Субдепресивний	39,7	43,1
	Легкий/відсутній	32,7	34,5

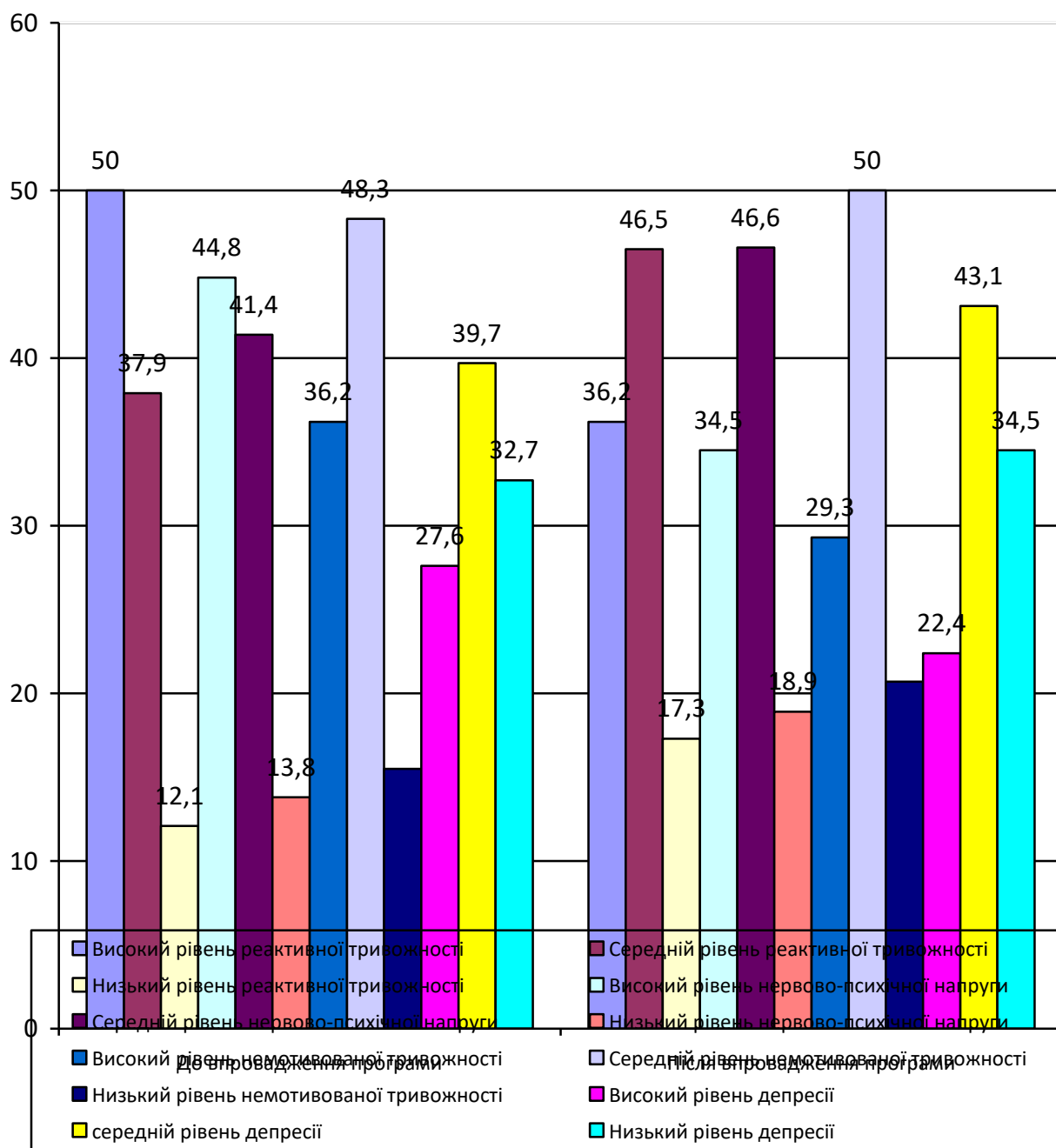


Рис. 3.1. Результати порівняльного аналізу психоемоційних показників до і після програми

Порівняння результатів першого (констатувального) та другого (контрольного) етапів дослідження свідчить про виражену тенденцію до покращення психоемоційного стану людей похилого віку, які взяли участь у програмі арттерапевтичних заходів. Загалом у більшості учасників відзначається зниження показників тривожності, напруги та депресивності, а також позитивні зміни у сприйнятті власного емоційного досвіду.

Найбільш помітні зміни спостерігалися у рівнях ситуативної тривожності, що є очікуваним, адже саме цей показник найчутливіший до короточасних психотерапевтичних втручань. Частка осіб із високим рівнем реактивної тривожності знизилася з 50,0% до 36,2%. Більшість учасників після програми повідомляли, що стали «спокійніше реагувати на новини» або «менше лякаються звуків тривоги чи обстрілів». Це свідчить, що арттерапевтичні техніки, зокрема вправи на саморегуляцію та роботу з асоціативними образами, допомогли стабілізувати емоційні реакції на зовнішні подразники. Під час перших занять учасники часто демонстрували напруженість у позі, схрещені руки, замкненість у спілкуванні. Натомість на останніх зустрічах спостерігалася більша відкритість, посмішки, охоче включення у спільну діяльність.

Зміни за показником особистісної тривожності були менш різкими, що відповідає її стабільній природі як особистісної риси. Кількість осіб із високим рівнем зменшилася приблизно на 7–8%. Це означає, що у частини респондентів знизилося базове відчуття загрози, з'явилося більше впевненості у власних силах та можливості впливати на ситуацію.

Рівень нервово-психічної напруги (за методикою Т. Немчина) знизився незначно, але стабільно. Кількість учасників із високими показниками зменшилась із 44,8% до 34,5%, натомість середній рівень зріс майже на 5%. Це свідчить про перехід частини респондентів із критичної до компенсованої зони напруги.

Показники за методикою В. Бойка також демонструють позитивну динаміку, хоча менш виражену. Високий рівень тривожності знизився на 6,9%, однак кількість осіб із середнім рівнем залишилася практично незмінною. Це можна пояснити тим, що немотивована тривога має глибші екзистенційні корені, пов'язані не лише зі стресом війни, а й з віковими особливостями, самотністю, втратою соціальної активності. Разом із тим, під час фінальних зустрічей багато учасників говорили про зниження відчуття внутрішньої напруги: «раніше весь час ніби щось стискало всередині», «тепер менше думаю про погане». Тобто, навіть за відсутності статистично значущих змін, простежується тенденція до зменшення емоційної напруженості та покращення суб'єктивного самопочуття.

За шкалою Зунга (у адаптації Т. І. Балашової) середні показники депресивності знизились із 58,9 до 51,4 бала. Це свідчить про помірне зменшення симптомів апатії, безнадійності та емоційного виснаження. Зменшилася кількість учасників із високим рівнем депресії, натомість збільшилася частка осіб із легким або субдепресивним станом.

Під час заключних занять респонденти відзначали покращення настрою, зростання зацікавленості до щоденних справ: «почала знову вишивати, бо стало спокійніше». Це свідчить, що творчий компонент програми активізував життєву енергію, сприяв формуванню почуття змісту та внутрішнього ресурсу. Загалом, результати контрольного етапу дослідження вказують на реалістичні, але позитивні зміни у психоемоційному стані учасників. Найчутливішими до впливу програми виявилися змінні, пов'язані з поточними емоційними реакціями (ситуативна тривожність, нервово-психічна напруга), тоді як стабільні особистісні характеристики (особистісна тривожність, схильність до немотивованої тривоги) демонстрували більш поступові зрушення. У підсумку, впровадження програми сприяло тому, що більшість учасників змогли зменшити відчуття безпорадності, тривожності й ізольованості, водночас

посиливши відчуття спокою, приналежності до групи й упевненості у власних силах. Це підтверджує ефективність використання арттерапевтичних засобів як форми психосоціальної підтримки в умовах хронічного стресу війни.

Перед початком повторної обробки даних було перевірено нормальність розподілу показників за критерієм Пірсона. Отримані результати засвідчили, що для більшості методик (Спілбергера – Ханіна та Зунга) розподіл є нормальним, тоді як для методик Немчина та Бойка зафіксовано незначні відхилення від нормальності.

Відповідно, для методик із нормальним розподілом було використано t-критерій Стюдента для залежних вибірок, а для інших – непараметричний критерій Вілкоксона, що дозволило забезпечити коректність статистичних висновків і уникнути похибок, пов'язаних із формою розподілу. Результати представлено у табл. 3.3. та 3.4.

Таблиця 3.3.

**Перевірка достовірності змін
(t-критерій Стюдента для залежних вибірок)**

Методика	Середнє значення до (M_1)	Середнє значення після (M_2)	t-емпіричне	Рівень значущості p	Інтерпретація
Шкала реактивної тривожності	49,7	41,5	3,42	p < 0,01	Різниця статистично достовірна
Шкала особистісної тривожності	44,1	38,8	2,63	p < 0,05	Достовірне покращення показників
Шкала депресії (В. Зунг)	58,9	51,4	2,47	p < 0,05	Помірне, але достовірне зниження рівня депресії

Таблиця 3.4.

Перевірка достовірності змін (непараметричний критерій Вілкоксона)

Методика	Рангов а сума до (R_1)	Рангов а сума після (R_2)	W- емпір ичне	Рівень значущос ті p	Інтерпретаці я
Визначення нервово- психічної напруги (Т. Немчин)	1172	890	142	$p < 0,05$	Різниця достовірна, напруга знизилась
Експрес- діагностика схильності до немотивованої тривожності (В. Бойко)	1310	1214	158	$p > 0,05$	Різниця статистично незначуща

У результаті проведеного математико-статистичного аналізу було підтверджено, що арттерапевтична програма сприяла реальному, хоч і помірному покращенню психоемоційного стану учасників, які проживають у прифронтових громадах. Позитивна динаміка простежується за більшістю досліджуваних показників, що свідчить про ефективність використання творчих і тілесно-орієнтованих методів у роботі з людьми похилого віку, котрі тривалий час перебувають у стані напруження та невизначеності.

Найбільш виражені позитивні зміни виявлено за ситуативною (реактивною) тривожністю та нервово-психічною напругою. Ці показники виявилися найбільш чутливими до психотерапевтичного впливу, адже відображають поточний емоційний стан і реакції на зовнішні подразники. Зниження рівня ситуативної тривожності свідчить про те, що учасники навчилися краще контролювати власні емоції, використовувати запропоновані техніки самодопомоги: дихальні вправи, візуалізацію, роботу з кольором і символом.

Показник нервово-психічної напруги зменшився у середньому на десять пунктів, що вказує на зниження рівня емоційного виснаження. Це підтверджує, що арттерапевтичні вправи у поєднанні з релаксаційними техніками сприяли відновленню внутрішньої рівноваги.

Також має місце тенденція зменшення рівня депресивності, хоча зрушення були менш інтенсивними. Така динаміка є цілком закономірною для людей похилого віку, адже депресивні прояви у цій групі часто мають комплексну природу: поєднання психологічних, соматичних та соціальних чинників. Зниження показників депресивності після проходження програми свідчить про поступове відновлення мотиваційної сфери, посилення відчуття сенсу життя та віри у власні сили. Учасники висловлювали думки про «потребу дбати про себе», «відчуття вдячності», «цікавість до нових занять», що є свідченням покращення емоційного тону й рівня життєвої енергії.

За методикою В. Бойка, яка визначає схильність до немотивованої тривожності, статистично достовірних відмінностей не виявлено. Проте спостерігається помітна тенденція до стабілізації емоційного стану, зменшення внутрішньої напруги та тривожного очікування. Це означає, що короткотермінової програми (п'ять занять) було недостатньо для істотного впливу на глибинні установки тривожного сприйняття, однак отриманий ефект може посилюватися за умови регулярної участі у подібних активностях.

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що запропонована програма продемонструвала реалістичний, але стабільно позитивний ефект. Зниження рівня тривожності та напруги супроводжувалося поліпшенням настрою, підвищенням відчуття внутрішнього контролю та активізацією адаптивних ресурсів. Отримані зміни не носять радикального характеру, однак вони свідчать про високу ефективність м'яких психотерапевтичних впливів, які не вимагають глибокої вербалізації переживань і водночас активують механізми саморегуляції.

Перевагою програми стала її гуманістична та доступна форма, що дозволяє літнім людям долати емоційну ізоляцію, відчувати підтримку групи та відновлювати зв'язок із власними внутрішніми ресурсами. Поєднання творчих методів створило умови для безпечного самовираження, емоційного розвантаження та поступового відновлення психічного балансу.

У підсумку можна стверджувати, що програма арттерапевтичних занять є ефективним інструментом психосоціальної підтримки людей похилого віку в умовах війни, оскільки сприяє формуванню стійкості, оптимізму та навичок емоційної саморегуляції, необхідних для подолання наслідків хронічного стресу.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі було представлено формувальний етап дослідження, спрямований на перевірку ефективності розробленої програми арттерапевтичних заходів з психосоціальної підтримки людей похилого віку, які проживають у прифронтових громадах. Зміст програми було побудовано з урахуванням особливостей цільової групи.

Запропонована програма складалася з п'яти послідовних занять, що поєднували елементи арттерапії та техніки самопомоги. Основними завданнями кожного заняття було створення безпечного простору, розвиток навичок саморегуляції, актуалізація внутрішніх ресурсів, зниження тривожності та формування почуття групової підтримки. Використання таких технік, як асоціативне малювання, створення колажів, робота з глиною, дихальні вправи та методи усвідомлення тіла, дозволили учасникам у м'якій формі опрацьовувати власні емоції та відновлювати психологічну рівновагу.

Під час реалізації програми спостерігалися сталі позитивні зміни у груповій динаміці: з кожним заняттям зростала активність учасників, посилювалося відчуття взаємної довіри, відкритості й підтримки. Особливо

помітним стало зменшення проявів тривожності, покращення настрою, підвищення життєвого тону та інтересу до повсякденних справ. Учасники зазначали, що зустрічі допомагали їм відчувати себе корисними, потрібними та частиною спільноти, що є надзвичайно важливим для людей старшого віку в умовах соціальної нестабільності.

Результати повторного психодіагностичного обстеження підтвердили ефективність програми. Було зафіксовано зниження показників ситуативної тривожності та нервово-психічної напруги, помірне зменшення рівня депресивності й тенденцію до стабілізації емоційного фону. Хоча не всі зміни виявилися статистично достовірними, загальна динаміка свідчить про покращення психоемоційного стану учасників. Найчутливішими до впливу арттерапії виявилися змінні, що відображають поточний емоційний стан: ситуативна тривожність і психічна напруга, тоді як стабільні риси особистості (особистісна тривожність, схильність до немотивованої тривоги) змінювалися поступово, потребуючи тривалішого втручання.

Використані методи математичної статистики (t-критерій Стюдента та критерій Вілкоксона) підтвердили достовірність зниження показників тривожності, напруги й депресивності. Найбільший ефект зафіксовано за шкалами Спілбергера – Ханіна та Немчина, що свідчить про високу чутливість цих показників до емоційно-релаксаційних і творчих впливів. Методика Бойка показала лише тенденцію до покращення, проте навіть ця динаміка вказує на поступове зміцнення внутрішньої стійкості учасників.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що запропонована арттерапевтична програма є ефективною формою психосоціальної підтримки людей похилого віку, особливо в умовах воєнних дій. Вона сприяє не лише зниженню рівня емоційного напруження, а й формуванню навичок самодопомоги, розвитку здатності до саморегуляції, відновленню відчуття гідності й внутрішньої сили.

Практичне значення програми полягає у можливості її впровадження в роботі мобільних психологічних команд, територіальних центрів, громадських організацій і просторів активного довголіття. Її гнучкість, доступність і гуманістичний підхід дозволяють використовувати цю модель для підтримки не лише людей похилого віку, а й інших категорій населення, які переживають наслідки війни чи хронічного стресу.

Узагальнюючи результати формувального етапу, можна стверджувати, що арттерапія виступає дієвим інструментом психологічного відновлення вразливих груп населення, сприяє емоційній стабілізації, зміцненню соціальних зв'язків та підвищенню якості життя навіть за умов складного соціального контексту.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження, відповідно поставлених завдань зроблено наступні висновки:

1. У першому розділі, відповідно до першого завдання, на основі теоретичного аналізу наукової літератури обґрунтовано місце і роль арттерапії в структурі і змісті психоемоційної; визначено арттерапевтичні прийоми, які доцільно включати в процес психоемоційної підтримки людей похилого віку в прифронтових громадах. Арттерапія, концептуально сформована в межах психоаналітичних, гуманістичних та інтегративних підходів, постає як метод, здатний пом'якшувати негативні психоемоційні стани завдяки своїй невербальності, гнучкості й доступності.

2. Відповідно до другого завдання проведена систематизація творчих технік – малювання, живопису, колажу, ліплення, музикотерапії та наративних методів. Показано їхній потенціал у зниженні тривожності, зміцненні відчуття контролю та відновленні соціальних зв'язків. Підкреслено, що ефективність втручань залежить від урахування фізичних і когнітивних можливостей учасників, безпекових обмежень прифронтових територій та професійного виконання функцій арттерапевта, який створює безпечність процесу і запобігає вторинній травматизації. Арттерапія в цьому контексті набуває значення не лише засобу індивідуальної емоційної регуляції, а й механізму соціальної солідарності, що створює підґрунтя для подальших емпіричних досліджень і практичних інтервенцій, адаптованих до потреб літніх людей у воєнному середовищі.

3. Відповідно до третього завдання визначено психоемоційні стани осіб похилого віку в умовах війни. Показано, що пізній вік супроводжується поєднанням підвищеної рефлексивності та емоційної вразливості, що поглиблюється під впливом воєнного стресу, ізоляції та втрат. Визначено два полюси емоційних станів – від адаптивних до дезадаптивних, причому хронічна самотність постає найбільш критичним чинником дестабілізації.

Емпіричне дослідження, проведене серед 58 осіб віком від 64 до 82 років, засвідчило наявність у значної частини вибірки високого рівня ситуативної тривожності (50,0%) і підвищеної нервово-психічної напруги (48,3%). Це свідчить про хронічний стресовий вплив умов життя в прифронтових громадах. Водночас у більшості респондентів простежувалась тенденція до адаптації та помірної особистісної тривожності, що вказує на наявність внутрішніх компенсаторних механізмів і потенціалу для відновлення. Аналіз рівнів депресивності (за методикою В. Зунга) виявив переважання легких і субдепресивних проявів, що узгоджується з результатами сучасних досліджень літніх людей у стані тривалої соціальної невизначеності. Цей показник свідчить про потребу у підтримці не стільки клінічного, скільки психоемоційного та соціального характеру.

4. Відповідно до четвертого завдання розроблена й апробована програма арттерапевтичних заходів для людей похилого віку в прифронтових громадах. Програма виявила свою ефективність як інструмент м'якої психосоціальної підтримки. П'ятиденний цикл занять («Повернення до себе», «Тепло спогадів», «Сили, що живуть у мені», «Стихія спокою», «Мій шлях далі») поєднував різні арттерапевтичні техніки: гратаж, монотипію, теселяцію, ліплення, декупаж, із вправами самодопомоги, дихальними та тілесно-орієнтованими практиками. Це забезпечило поступове зниження рівня тривожності, напруги та покращення загального самопочуття.

5. Відповідно до п'ятого завдання проведено повторне діагностування після впровадження програми, яке показало позитивну динаміку у зниженні показників ситуативної тривожності, нервово-психічної напруги та депресивності. Зміни, хоча й помірні, виявилися статистично достовірними для двох із чотирьох застосованих методик. Це підтверджує, що навіть короткотривалі, але системні арттерапевтичні інтервенції можуть мати помітний відновлювальний ефект для емоційного стану людей похилого віку. Математико-статистичний аналіз засвідчив нормальний розподіл частини

вибірки й наявність статистично значущих відмінностей у рівнях ситуативної тривожності та нервово-психічної напруги після програми. Це дозволяє стверджувати, що запропонована форма психосоціальної роботи має реальний вплив на покращення емоційної стабільності літніх осіб.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості використання розробленої програми як моделі короткотривалої психосоціальної підтримки у роботі психологів, соціальних працівників і волонтерів гуманітарних організацій. Заняття можуть проводитись як у стаціонарних просторах (університети третього віку, бібліотеки, територіальні центри), так і в мобільному форматі у громадах, що зазнають наслідків війни.

Подальші перспективи дослідження полягають у розширенні вибірки, включенні контрольних груп, а також у довгостроковому моніторингу ефективності арттерапевтичних програм із різною інтенсивністю та тривалістю. Важливим напрямом є інтеграція арттерапії з іншими психосоціальними підходами – наприклад, програмами самодопомоги, групової підтримки, майндфулнес-практиками.

Отже, проведене дослідження підтвердило, що арттерапія є ефективним засобом психоемоційної стабілізації та реабілітації літніх людей у прифронтових громадах. Її перевага полягає в безпечності, доступності, відсутності потреби у спеціальній підготовці учасників та глибокому гуманістичному потенціалі. Арттерапевтичні методи допомагають не лише знизити тривогу й напругу, а й повернути відчуття власної гідності, внутрішньої сили та цінності життя навіть у складних умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрейчин С. Р. Система впровадження арт-методів у роботу практичного психолога. *Практична психологія та соціальна робота*. 2009. № 5. С. 13–19.
2. Астремська І. В. Супервізія у практиці соціальної роботи та підготовці соціальних працівників. *Теорія і практика сучасної психології*. 2012. Т. 5. С. 55–59. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tpcp_2012_5_11.
3. Астремська І.В., Митрофанова О.М. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у українців, які під час воєнного стану перебувають в Україні та поза її межами. *Габітус*. 2024. №61. С.149-152. URL: <http://habitus.od.ua/61-2024>
<http://habitus.od.ua/journals/2024/61-2024/28.pdf>
4. Астремська І., Фомін А. Теоретичний розгляд тривожних станів в осіб, які постраждали внаслідок військового конфлікту в Україні. *Психологічні студії*. №4. 2023. С.5-10. URL:<http://journals.vnu.volyn.ua/index.php/psychology/article/view/1455/1354>
5. Бабій І. В. Теорія і практика арт-терапії : навч.-метод. комплекс. Умань : Алмі, 2014. 75 с.
6. Березіна О. О. Дослідження психологічних особливостей осіб літнього й похилого віку. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України* / ред. С. Д. Максименко. К., 2011. Т. 1. С. 49–58.
7. Біда О. Різні підходи до визначення арт-терапії. *Педагогічний часопис Волині*. 2018. № 4. С. 14–19.
8. Богдан Т. В. Особливості пізнавальних процесів у людей похилого віку. *Науковий вісник ужгородського національного університету*.

серія: психологія. 2022. № 4. С. 33–36. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.6> (дата звернення: 15.10.2025).

9. Бондар К. М., Чарієва О. А. Вплив арт-терапії на психоемоційний стан осіб поважного віку. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія «Психологічні науки»*. 2023. Т. 1, № 2. С. 15–19. URL: <https://doi.org/10.31812/123456789/7247>.

10. Борисюк О. М., Перун А. М. Теоретичні аспекти вивчення особистісної зрілості та її компонентного наповнення. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2022. № 1. С. 3–9.

11. Боришевський М. Психологічні механізми розвитку особистості. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2001. Т. 1. С. 26–33.

12. Вознесенська О. Л. Арт-терапія як засіб психосоціального відновлення особистості. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. Т. 3, № 29. С. 40–47.

13. Вознесенська О. Простір арт-терапії. *Збірник наукових праць*. 2015. № 2(18).

14. Гершанов О. Основи роботи з травмою. URL: <https://rm.coe.int/osnovu-raboty-z-travmoi-ukr/1680a035d8>.

15. Горецька О. Геронтопсихологія : навчальний посібник для студентів спеціальності 053 – Психологія. Харків : Вид-во Іванченка І.С., 2017. 210 с.

16. Горлова О. О. Соціальна реабілітація засуджених осіб засобами арт-терапії : thesis. 2019. URL: <http://ir.stu.cn.ua/123456789/19101> (дата звернення: 14.11.2025).

17. Грибко О. В. Потреби людей похилого віку та можливості їх реалізації в сучасних умовах. *Вісник Національного технічного університету*

"ХІІІ". Сер. : актуальні проблеми розвитку українського суспільства. 2023. № 1. С. 46–55.

18. Демченко І., Осадченко І., Ольховецький С. Соціальна інклюзія людей похилого віку засобами арт-терапії: психосоціальні аспекти та практичні підходи. *Наукові інновації та передові технології*. 2025. № 3(43). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-3\(43\)-1030_1044](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-3(43)-1030_1044) (дата звернення: 15.10.2025).

19. Долинська Л., Співак Л. Геронтопсихологія : практикум, хрестоматія : навч. посіб. для студентів ВНЗ. Київ : Каравела, 2016. 239 с.

20. Жінчин М. Внутрішньо переміщені особи похилого віку: приклади організаційної підтримки. *Humanitas*. 2025. № 1. С. 56–63. URL: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2025.1.9> (дата звернення: 15.10.2025).

21. Замелюк М. І., Магдисюк Л. І., Ольхова Н. В. Арт-терапія як засіб творчої самореалізації особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2019. № 10. С. 51–58. URL: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi10.93 (дата звернення: 15.10.2025).

22. Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми похилого віку : навч. посіб. К. : УН-т «Україна», 2023.

23. Калька Н. М., Ковальчук З. Я. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посіб. Ч. 1. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.

24. Карпенко Є. В. Методи сучасної психотерапії. Дрогобич : Посвіт, 2015.

25. Клименюк Н. В. Відношення до старості в різних культурних традиціях: історичний аспект. *Наукові праці [чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «києво-могилянська академія»]. сер. : педагогіка*. 2010. Т. 123, № 110. С. 53–58. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npchduped_8.

26. Клочок О. Арт-терапія як засіб соціальної підтримки людей похилого віку. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2024. № 7(25).

URL: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-7\(25\)-685-697](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-7(25)-685-697) (дата звернення: 15.11.2025).

27. Лях Т. Л., Кузнецов М. Л. Потреби людей похилого віку в умовах воєнного часу. *Збірник наукових праць кам'янець-подільського національного університету імені івана огієнка. серія «соціально-педагогічна»*. 2024. № 39. С. 94–98. URL: <https://zb-socped.kpnu.edu.ua>.

28. Марценюк М. О. Терапевтичні можливості бібліотерапії як сучасного методу психологічної допомоги. *Вчені записки ТНУ імені В.І. вернадського. серія: психологія*. 2020. Т. 31, № 70. С. 218–223. URL: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.4/34>.

29. Мельник Ю., Стаднік А. Індекс загального психологічного благополуччя: метод. посіб. (укр. версія). Харків : ХОГОКЗ, 2023. 12 с. URL: <https://doi.org/10.26697/sri.krpoch/melnyk.stadnik.2.2023>.

30. Мерзлякова О. Ціннісно-мотиваційна спрямованість українців у воєнних умовах цифрового суспільства. *Research and educational studies*. 2023. С. 222–237.

31. Мітченко К. Характеристика психологічної зрілості як soft-skill сучасної особистості. *Alfred nobel university journal of pedagogy and psychology*. 2024. Т. 27, № 1. С. 58–65.

32. Міщиха Л. Психологічні особливості розвитку особистості в період геронтогенезу. *Прикарпатський нац. ун-т ім. В. стефаника. серія «філософія, соціологія, психологія»*. зб. наук. пр. 2009. Т. 14, № 2. С. 17–27.

33. Новик Т. П. Організація творчої діяльності людей похилого віку як засіб підтримки соціальної активності : магістерська робота. 2020. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/1878> (дата звернення: 14.11.2025).

34. Павелків Р. В. Вікова психологія: підручник. К. : Кондор, 2015. 469 с.

35. Робак В. Є. Проблематика старіння в інтердисциплінарному контексті: понятійно-термінологічний апарат дослідження. *Вісник Черкаського університету. Серія «Педагогічні науки»*. 2011. Т. 203, III. С. 90–98.
36. Сеник А. Арт-методи у психосоціальній реабілітації: ресурси і можливості. *Психологія і суспільство*. 2024. Т. 1, № 2024. С. 203–208. URL: <https://doi.org/10.35774/pis2024.01.203> (дата звернення: 03.09.2025).
37. Тимошенко Н. Є., Романова Н. Ф. «Лабораторія успіху» в роботі з людьми похилого віку: практичні рекомендації. Київ : Вид-во ТОВ РПА «51 Паралель», 2023. 114 с.
38. Шишканова А. О. Арт-терапевтичні прийоми творчого самовираження людей похилого віку. *Вісник студентського наукового товариства: збірник наукових праць студентів, магістрантів і аспірантів /* ред. О. В. Мельничук. Т. 24. С. 409–413.
39. Яворська-Ветрова І. Вивчення особистісної зрілості суб'єктів професійної діяльності у сучасних психологічних розвідках. *Grail of science*. 2024. № 36. С. 435–440. URL: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.16.02.2024.075> (дата звернення: 15.10.2025).
40. Яланська С. Психологічні ресурси арт-терапії у роботі з дітьми дошкільного віку. *Арт-терапія для відновлення та розвитку дітей дошкільного віку, які переживають травму війни*. Полтава, Україна, 2025. URL: <https://doi.org/10.33989/pnpu.886.c3651> (дата звернення: 13.11.2025).
41. Almeida O. P., Almeida S. A. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International journal of geriatric psychiatry*. 1999. Vol. 14, no. 10. P. 858–865. URL: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10%3C858::AID-GPS938%3E3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10%3C858::AID-GPS938%3E3.0.CO;2-0).

42. Art therapies and cognitive function in elderly with subjective cognitive decline: a protocol for a network meta-analysis / Q. Liu et al. *BMJ open*. 2024. Vol. 14, no. 4. P. e079146. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079146> (date of access: 15.10.2025).
43. Art Therapy in Ukraine – DTCare. *DTCare*. URL: https://www.dtcare.org/art-therapy-intro?utm_source=chatgpt.com (date of access: 14.10.2025).
44. Boersma P., van der Ploeg T., Gobbens R. J. J. The added value of art for the well-being of older people with chronic psychiatric illnesses and dementia living in long-term care facilities, and on the collaboration between their caregivers and artists. *Healthcare*. 2021. Vol. 9, no. 11. P. 1489. URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare9111489> (date of access: 14.10.2025).
45. CB-Art interventions implemented with mental health professionals working in a shared war reality: transforming negative images and enhancing coping resources / D. Segal-Engelchin et al. *International journal of environmental research and public health*. 2020. Vol. 17, no. 7. P. 2287. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072287> (date of access: 14.10.2025).
46. Crafting life stories in photocollage: an online creative art-based intervention for older adults / S. Keisari et al. *Behavioral sciences*. 2021. Vol. 12, no. 1. P. 1. URL: <https://doi.org/10.3390/bs12010001> (date of access: 15.10.2025).
47. Cultural adaptation of Hap-pas-Hapi, an internet and mobile-based intervention for the treatment of psychological distress among Albanian migrants in Switzerland and Germany / M. Shala et al. *Internet interventions*. 2020. Vol. 21. P. 100339. URL: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100339> (date of access: 15.10.2025).
48. Fernández-Cao M. L., Camilli-Trujillo C., Fernández-Escudero L. PROJECTA: an art-based tool in trauma treatment. *Frontiers in psychology*. 2020. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.568948> (date of access: 15.10.2025).

49. Grossi E., Compare A. Psychological General Well-Being Index (PGWB). *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* / ed. by A. C. Michalos. 2014. P. 5152–5156. URL: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2309.
50. Guzman L. Essential art therapy exercises: effective techniques to manage anxiety, depression, and PTSD. Callisto, 2020.
51. How art changes your brain: differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity / A. Bolwerk et al. *Journal of neural transmission*. 2014. Vol. 121, no. 10. P. 1097–1109. URL: <https://doi.org/10.1007/s11682-014-9307-7>.
52. Jeon H. J. Improving cognitive decline for persons living with dementia: a rct art therapy based on the etc framework. *Innovation in aging*. 2023. Vol. 7, Supplement_1. P. 1167. URL: <https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.3743> (date of access: 28.09.2025).
53. Kahn R. L., Antonucci T. C. Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. *Life span development and behavior* / ed. by P. B. Baltes, O. G. Grim. New York, 1980. Vol. 3. P. 253–286.
54. Kim S.-Y., Lee J. S., Choi H. The Effects of Art Therapy on Anxiety and Distress for Korean--Ukrainian Refugee: Quasi-Experimental Design Study. 2025.
55. Magsamen S., Ross Y. Your brain on art: how the arts transform us. Random House, 2023.
56. Mantilla M. Exploring the Potential of Expressive Arts Therapy in Crisis Intervention: Lesley University Expressive Therapies Capstone Theses Graduate School of Arts and Social Sciences (GSASS). 2021.
57. Mind–body and art therapies impact on emotional regulation in patients with chronic diseases: a pragmatic mixed-methods randomized controlled trial / A. Le Rhun et al. *BMC complementary medicine and therapies*. 2023.

Vol. 23, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04173-8> (date of access: 13.09.2025).

58. Psycho-Emotional burnout of the personality in the conditions of war / H. A. Prib et al. *Journal of intellectual disability - diagnosis and treatment*. 2023. Vol. 11, no. 1. P. 36–46. URL: <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2023.11.01.5> (date of access: 14.11.2025).

59. Regev D., Cohen-Yatziv L. Effectiveness of Art Therapy With Adult Clients in 2018—What Progress Has Been Made?. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01531> (date of access: 13.09.2025).

60. Robson C. Art Therapy: Clinical Psychological Support. Expanding Art Therapy Resources for Trauma in Ukraine. 2025.

61. Serious psychological distress and disability among older persons living in conflict affected areas in eastern Ukraine: a cluster-randomized cross-sectional household survey / A. Summers et al. *Conflict and Health*. 2019. Vol. 13, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0194-0> (date of access: 14.09.2025).

62. Sleep disturbance in pediatric PTSD: current findings and future directions / B. Kovachy et al. *Journal of clinical sleep medicine*. 2013. Vol. 09, no. 05. P. 501–510. URL: <https://doi.org/10.5664/jcsm.2678> (date of access: 13.11.2025).

63. Souza L. B. R. d., Gomes Y. C., Moraes M. G. G. d. The impacts of visual Art Therapy for elderly with Neurocognitive disorder: a systematic review. *Dementia & neuropsychologia*. 2022. Vol. 16, no. 1. P. 8–18. URL: <https://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2021-0042> (date of access: 06.10.2025).

64. The Art of Remediating Age-Related Cognitive Decline: Art Therapy Enhances Cognition and Increases Cortical Thickness in Mild Cognitive Impairment / J. Yu et al. *Journal of the International Neuropsychological Society*.

2020. P. 1–10. URL: <https://doi.org/10.1017/s1355617720000697> (date of access: 15.10.2025).

65. Trauma-informed and family-centered paediatric resuscitation: defining domains and practices / N. Kassam-Adams et al. *Resuscitation plus*. 2023. Vol. 14. P. 100374. URL: <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100374> (date of access: 13.11.2025).

66. Ukrainian Red Cross. Mental health and psychosocial support. <https://redcross.org.ua/mhpss/mental-health/>. URL: <https://redcross.org.ua/mhpss/mental-health/> (date of access: 14.10.2025).

67. Using art to support ukrainians' mental health. *International Medical Corps*. URL: <https://internationalmedicalcorps.org/story/using-art-to-support-ukrainians-mental-health/> (date of access: 14.11.2025).

68. Visible Voices: Expressive arts with isolated seniors using trained volunteers / F. Wilkinson et al. *Arts & Health*. 2013. Vol. 5, no. 3. P. 230–237. URL: <https://doi.org/10.1080/17533015.2013.817447> (date of access: 28.09.2025).

69. Waller D. Becoming a profession (psychology revivals): The history of art therapy in Britain 1940--82. Goldsmiths University of London, 2013. URL: https://www.researchgate.net/publication/333042639_Becoming_a_profession_on_psychology_revivals_The_history_of_art_therapy_in_Britain_1940-82 (date of access: 01.11.2025).

70. Wang J., Tang K. The association of calligraphy activities with peace of mind, stress self-management, and perceived health status in older adults. *Frontiers in psychology*. 2024. Vol. 15. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1455720> (date of access: 06.10.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

«Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності

Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна або (Тест Спілбергера–Ханіна)»

Тест Спілбергера–Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Що розуміє Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: «Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи». Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976).

Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Хід роботи:

Обстежуваному пропонується – «Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану». Проводиться тестування з використанням опитувального бланка.

**Опитувальний бланк ситуативної тривожності
(Спілбергера–Ханіна)**

№з/п	Ситуація	Ні, це не так	Напевно, що так	Вірно	Дійсно вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3.	Я відчуваю себе напружено	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я розчарований	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я стурбований	1	2	3	4
10.	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я заклопотаний	1	2	3	4
18.	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4

19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Показник ситуативної (реактивної) тривожності розраховується за формулою:

$$PT = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

де $\sum 1$ – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\sum 2$ – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31–45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока.

Дуже висока тривожність (>46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, ареагтивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

Результати записати у зошиті і сформулювати висновок про рівень реактивної тривожності обстеженої особи.

Додаток Б**Методика «Визначення нервово–психічної напруги» (Т.А. Немчин)**

Інструкція. Уважно читайте твердження і поруч з ними позначайте знаком «+», якщо ви згодні, і знаком «–», якщо не згодні.

1. Наявність фізичного дискомфорту:

- А) повна відсутність яких–небудь неприємних фізичних відчуттів;
- Б) мають місце незначні неприємні відчуття, що не заважають роботі;
- В) наявність великої кількості неприємних фізичних відчуттів, що серйозно заважають роботі.

2. Наявність болісних відчуттів:

- А) повна відсутність яких–небудь болів;
- Б) болісні відчуття періодично з'являються, але швидко зникають і не заважають роботі;
- В) мають місце постійні болісні відчуття, що істотно заважають роботі.

3. Температурні відчуття:

- А) відсутність яких–небудь змін у відчутті температури тіла;
- Б) відчуття тепла, підвищення температури тіла;
- В) відчуття похолодання тіла, кінцівок, почуття ознобу.

4. Стан м'язового тону:

- А) звичайний м'язовий тонус;
- Б) помірне підвищення м'язового тону, почуття певної м'язової напруги;
- В) значна м'язова напруга, посмикування окремих м'язів обличчя, шиї, рук (тики, тремор).

5. Координація рухів:

- А) звичайна координація рухів;

Б) підвищення точності, легкості, координованості рухів під час писання, іншої роботи;

В) зниження точності рухів, порушення координації, погіршення почерку, утруднення при виконанні дрібних рухів, що вимагають високої точності.

6. Стан рухової активності загалом:

А) звичайна рухова активність;

Б) підвищення рухової активності, збільшення швидкості й енергійності рухів;

В) різке посилення рухової активності, неможливість усидіти на одному місці, метушливість, прагнення ходити, змінювати положення тіла.

7. Відчуття збоку серцево–судинної системи:

А) відсутність яких–небудь неприємних відчуттів з боку серця;

Б) відчуття посилення серцевої діяльності, що не заважає роботі;

В) наявність неприємних відчуттів з боку серця – частішання серцебиття, почуття тиску в ділянці серця, поколювання, болі в серці.

8. Прояви збоку шлунково–кишкового тракту:

А) відсутність яких–небудь неприємних відчуттів у животі;

Б) одиничні, швидко минулі і такі, що не заважають роботі, відчуття в животі. Почуття легкого голоду, періодичне «гурчання»;

В) виражені неприємні відчуття в животі – біль, зниження апетиту, нудота, відчуття спраги.

9. Прояви з боку органів дихання:

А) відсутність яких–небудь відчуттів;

Б) збільшення глибини і частішання дихання, що не заважає роботі;

В) значна зміна дихання – задишка, почуття недостатності вдиху, «комочок у горлі».

10. Прояви з боку видільної системи:

А) відсутність яких–небудь змін;

Б) помірна активізація видільної функції – більш часте бажання скористатися туалетом при повному збереженні здатності утриматися (терпіти);

В) різке частішання бажання скористатися туалетом, чи труднощі, навіть неможливість терпіти.

11. Стан потовиділення:

А) звичайне потовиділення без яких–небудь змін;

Б) помірне посилення потовиділення;

В) поява рясного «холодного» поту.

12. Стан слизової оболонки порожнини рота:

А) звичайний стан без яких–небудь змін;

Б) помірне збільшення слиновиділення;

В) відчуття сухості в роті.

13. Колір шкірних покривів:

А) звичайний колір шкіри обличчя, шиї, рук;

Б) почервоніння шкіри обличчя, шиї, рук;

В) блідний колір шкіри обличчя, шиї, поява на шкірі кистей рук «мармурового» (плямистого) відтінку.

14. Сприйнятливість, чутливість до зовнішніх подразників:

А) відсутність яких–небудь змін, звичайна чутливість;

Б) помірне підвищення сприйнятливості до зовнішніх подразників, що не заважає роботі;

В) різке загострення чутливості, відволікання, фіксація на сторонніх подразниках.

15. Почуття впевненості в собі, у власних силах:

А) звичайне почуття впевненості у власних силах, здібностях;

Б) підвищене почуття впевненості в собі, віра в успіх;

В) почуття непевності в собі, очікування невдачі, провалу.

16. Настрій:

- А) звичайний настрій;
- Б) піднесений, підвищений настрій, відчуття підйому, приємного задоволення роботою чи іншою діяльністю;
- В) зниження настрою, пригніченість.

17. Особливості сну:

- А) нормальний, звичайний сон;
- Б) гарний, міцний, освіжаючий сон напередодні;
- В) неспокійний, з частими пробудженнями і сновидіннями сон упродовж кількох попередніх ночей, зокрема, напередодні.

18. Особливості емоційного стану загалом:

- А) відсутність яких–небудь змін у сфері емоцій і почуттів;
- Б) почуття заклопотаності, відповідальності за роботу, що виконується, «азарт», активне бажання діяти;
- В) почуття страху, паніки, розпачу.

19. Перешкодостійкість:

- А) звичайний стан, без яких–небудь змін;
- Б) підвищення перешкодостійкості в роботі/здатність працювати в умовах шуму й інших перешкод;
- В) значне зниження перешкодостійкості, нездатність працювати при відволікаючих подразниках.

20. Особливості мови:

- А) звичайна мова;
- Б) підвищення мовної активності, збільшення гучності голосу, прискорення мови без погіршення її якості (логічності, грамотності тощо);
- В) порушення мови – поява тривалих пауз, запинок, збільшення кількості особистих слів, заїкуватість, занадто тихий голос.

21. Загальна оцінка психічного стану:

- А) звичайний стан;

Б) стан зібраності, підвищена готовність до роботи, змобілізованість, високий психічний тонус;

В) почуття втоми, незібраності, неуважності, апатії, зниження психічного тону.

22. Особливості пам'яті:

А) звичайна пам'ять;

Б) поліпшення пам'яті – легко пригадується те, що потрібно;

В) погіршення пам'яті.

23. Особливості уваги:

А) звичайна увага без яких-небудь змін;

Б) поліпшення здатності до зосередження, відволікання від сторонніх справ;

В) погіршення уваги, нездатність зосередитися на справі, відволікання.

24. Кмітливість:

А) звичайна кмітливість;

Б) підвищення кмітливості, гарна спритність;

В) зниження кмітливості, розгубленість.

25. Розумова працездатність:

А) звичайна розумова працездатність;

Б) підвищення розумової працездатності;

В) значне зниження розумової працездатності, швидка розумова стомлюваність.

26. Явище психічного дискомфорту:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів і переживань з боку психіки загалом;

Б) почуття психічного дискомфорту, підйому психічної діяльності або одиничні, слабо виражені, які швидко минають і не заважають роботі, явища;

В) різко виражені, різноманітні і численні, які серйозно заважають роботі порушення з боку психіки.

27. Ступінь поширеності (генералізованості) ознак напруги:

А) одиничні, слабо виражені ознаки, на які не звертається увага;

Б) чітко виражені ознаки напруги, не лише такі, що н заважають діяльності, але, навпроти, що сприяють її продуктивності;

В) невелика кількість різноманітних неприємних ознак напруги, що заважають роботі різних органів і систем організм

28. Частота виникнення стану напруги:

А) відчуття напруги не розвивається практично ніколи;

Б) деякі ознаки напруги розвиваються лише за наявності реально важких ситуацій;

В) ознаки напруги розвиваються дуже часто і нерідко без достатніх на те причин.

29. Тривалість стану напруги:

А) дуже короткочасний, не більше кількох хвилин, швидко зникає ще до того, як минула складна ситуація;

Б) продовжується практично впродовж усього часу перебування в умовах складної ситуації і виконання необхідної роботи, припиняється невдовзі після її закінчення;

В) дуже велика тривалість стану напруги. Напруга не припиняється впродовж тривалого часу після складної ситуації.

30. Загальний ступінь виразності напруги:

А) повна відсутність чи дуже слабкий ступінь виразності;

Б) помірковано виражені, виразні ознаки напруги;

В) різко виражена, надмірна напруга.

Обробка та інтерпретація. За оцінку «+», поставлену напроти пункту «А» нараховується 1 бал, напроти пункту «Б» – 2 бали, навпроти «В» – 3 бали. Min – 30 балів, Max – 90 балів.

- 30–50 балів – слабка нервово–психічна напруга;
- 51–70 балів – помірна нервово–психічна напруга;
- 71–90 балів – надмірна нервово–психічна напруга.

**Методика «Експрес–діагностика схильності
до немотивованої тривожності» (В.В. Бойко)**

Інструкція до тесту. Прочитавши наведені нижче твердження, підтвердіть (відповідь «так») або заперечте (відповідь «ні») кожне із цих висловлювань.

Тестовий матеріал

1. Ви були сором'язливою, лякливою дитиною.
2. У дитинстві Ви боялися залишатися вдома на самоті (можливо, боїтеся і досі).
3. Вам іноді не дає спокою думка, що Вас може спіткати щось страшне.
4. Вам страшно під час грози або коли назустріч біжить незнайомий собака (лякалися в дитинстві).
5. Ви часто відчуваєте внутрішній неспокій, передчуваєте можливу біду, неприємності.
6. Ви боїтеся спускатися в темний підвал.
7. Вам часто сняться страшні сни.
8. Вас звичайно obsідають неприємні думки, коли близькі затримуються з невідомих причин.
9. Ви часто тривожитеся, аби чого не сталося.
10. Ви дуже переживаєте, коли близькі від'їжджають у відрядження, за кордон.
11. Ви боїтеся подорожувати літаком (чи поїздом).

Обробка та інтерпретація результатів тесту

Чим більше ствердних відповідей дав респондент, тим більш яскраво виражений у нього такий дисфункціональний стереотип емоційної поведінки як тривожність:

- 10–11 балів – безпричинна тривожність проявляється яскраво і стала невід’ємною рисою поведінки;
- 5–9 балів – спостерігається деяка схильність до тривожності;
- 4 бали і менше – схильності до тривожності немає.

Додаток Г

Методика «Шкала депресії» (П.М. Балашова)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень (див. бланк для відповідей) і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як **Ви** почуваетесь останнім часом. Над запитаннями довго не задумуйтеся, тільки правильних чи неправильних відповідей немає.

№	Твердження	Відповіді			
		Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
1	Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я відчуваюся найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди плачу чи майже сліз	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж звичайно	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, перебувати поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене непокоять запори	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10	Я втомлююся без певних причин	1	2	3	4
11	Я думаю так само чітко, як завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13	Відчуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий (–а), ніж звичайно	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний(а) і необхідний(а)	1	2	3	4
18	Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20	Мене зараз радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація результатів

Рівень депресії (РД) визначається сумою «прямого» і «зворотного» підрахунку.

Приклад зворотного підрахунку: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо 4 бали; у твердженні № 5 закреслена відповідь 2 – ставимо 3 бали; у № 6 – відповідь 3 – ставимо 2 бали; у № 11 – відповідь 4 – ставимо 1 бал тощо.

«Прямий» підрахунок – твердження 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.

«Зворотний» підрахунок – твердження 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

У сумі одержуємо рівень депресії, що коливається в діапазоні 20–80 балів:

- 20–50 балів – депресія відсутня;
- 50–59 балів – легка ситуативна чи стресова депресія;
- 60–69 балів – субдепресивний стан;
- 70–80 балів – високий рівень депресії.