

**ФЕДЕРАЦІЯ ПРОФСПЛОК УКРАЇНИ АКАДЕМІЯ ПРАЦІ,
СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН І ТУРИЗМУ**

Кафедра психології

**ПСИХОЛОГО-СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я
МОЛОДІ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
БАКАЛАВР
за освітньою програмою
«Психологія»
спеціальності 053 «Психологія»

ДЕНЄЖНІКОВОЇ АНАСТАСІЇ ОЛЕКСІЇВНІ

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
рішенням кафедри психології

Протокол №__ від «__» _____ 20__ р

.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор

Пріб Гліб Анатолійович

КИЇВ 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ.....	7
1.1. Наукові підходи до вивчення ментального здоров'я особистості та його психологічні характеристики.....	7
1.2. Батьківські стилі виховання: класифікація та особливості.....	20
1.3. Психолого-соціальні чинники формування ментального здоров'я молоді	32
1.4. Фактори ризику та ресурси підтримки ментального здоров'я молоді.....	43
ВИСНОВКИ ДО 1 РОЗДІЛУ.....	52
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ.....	54
2.1. Організація та методики дослідження.....	54
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	62
ВИСНОВКИ ДО 2 РОЗДІЛУ.....	72
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ШЛЯХИ ПІДТРИМКИ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ.....	74
3.1. Розвиток психологічних ресурсів як основа збереження ментального здоров'я молоді.....	74
3.2. Психологічні підходи до профілактики та подолання порушень ментального здоров'я серед молоді.....	83
ВИСНОВКИ ДО 3 РОЗДІЛУ.....	90
ВИСНОВКИ.....	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	Помилка! Закладку не визначено.
ДОДАТКИ.....	Помилка! Закладку не визначено.

ВСТУП

Проблема ментального здоров'я молоді набуває дедалі більшої наукової та суспільної уваги в умовах сучасних соціальних трансформацій, воєнного стану та змін у способі життя людини. Психологічне благополуччя підростаючих поколінь є не лише індивідуальною цінністю, а й стратегічним ресурсом суспільства загалом, оскільки саме молодь несе в собі потенціал соціального, культурного та інтелектуального розвитку країни. Разом із тим сучасна молодь перебуває під постійним тиском конкурентного середовища, інформаційного перевантаження, соціальної нестабільності та нерідко - браку якісної психологічної підтримки. За даними Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?», станом на початок 2024 року 77% українців переживали стрес або сильну знервованість, причому серед молоді у віці 18–35 років цей показник є ще вищим. Усе це визначає гостру актуальність вивчення чинників, що формують і порушують ментальне здоров'я у юнацькому та ранньому дорослому віці.

Актуальність теми. У сучасній психології поняття ментального здоров'я розглядається в широкому контексті: це не лише відсутність психічних розладів, а й наявність позитивного психологічного функціонування, здатності до самореалізації, збереження внутрішньої рівноваги та ефективної взаємодії зі соціальним середовищем. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає психічне здоров'я як стан добробуту, за якого людина здатна реалізовувати свій потенціал, справлятися зі стресами повсякденного життя, продуктивно працювати та робити внесок у розвиток суспільства. У більш вузькому психологічному розумінні ментальне здоров'я трактується як динамічний стан психіки, що характеризується здатністю людини до адаптації, продуктивної соціальної взаємодії, прийняття власної ідентичності та емоційної регуляції. Ці визначення свідчать про багатовимірність феномену, який потребує комплексного підходу до його вивчення.

Молодіжний вік - один із найбільш уразливих щодо порушень ментального здоров'я. Саме в цей період відбуваються кардинальні особистісні зміни: формується ідентичність, ускладнюється система соціальних відносин, підвищуються вимоги до академічної та професійної успішності. Особливої гостроти ці процеси набувають в умовах повномасштабної війни, яка спричинила масове вимушене переміщення молоді, руйнацію усталених соціальних зв'язків і хронічний психологічний стрес. Значну роль при цьому відіграють психолого-соціальні чинники - зовнішні та внутрішні умови, що опосередковують психологічне функціонування особистості. До них належать: рівень соціальної підтримки, якість міжособистісних стосунків, рівень тривожності як індикатор психологічного стресу, а також внутрішні ресурси самооцінка та стратегії емоційної регуляції.

Попри значну кількість зарубіжних досліджень у цій галузі, вітчизняна психологічна наука ще недостатньо систематично вивчає взаємодію цих чинників у специфічних умовах українського соціального контексту - в умовах воєнного часу, масового переміщення населення та трансформації системи освіти. Недостатньо дослідженим залишається питання про те, які саме психолого-соціальні чинники чинять найбільш значущий вплив на різні компоненти ментального здоров'я молоді, а також яким чином внутрішні ресурси особистості можуть пом'якшувати негативні зовнішні впливи. Ці прогалини в науковому знанні й зумовили вибір теми дослідження.

Об'єкт дослідження - ментальне здоров'я молоді як багатовимірне психологічне явище.

Предмет дослідження - психолого-соціальні чинники, що впливають на ментальне здоров'я молоді.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив психолого-соціальних чинників на стан ментального здоров'я молоді.

Відповідно до мети, об'єкта та предмета дослідження було визначено такі завдання:

1) Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення ментального здоров'я особистості.

2) Визначити основні психолого-соціальні чинники, що впливають на ментальне здоров'я молоді.

3) Емпірично дослідити особливості впливу цих чинників на стан ментального здоров'я.

4) Окреслити психологічні шляхи підтримки та збереження ментального здоров'я молоді.

Гіпотези дослідження. Загальна гіпотеза ґрунтується на припущенні, що ментальне здоров'я молоді визначається не якимось одним ізольованим чинником, а комплексом взаємопов'язаних психолого-соціальних умов. Зокрема, передбачається, що нижчий рівень соціальної підтримки пов'язаний із вищими показниками тривожності та емоційного виснаження; що високий рівень хронічного стресу та нестабільність соціального середовища знижують загальний рівень психологічного благополуччя; а також що наявність внутрішніх особистісних ресурсів - зокрема адекватної самооцінки та розвинених стратегій емоційної регуляції - пов'язана з кращими показниками ментального здоров'я та виступає як протективний чинник в умовах зовнішнього стресу.

Теоретичну основу дослідження становлять: концепція психологічного благополуччя К. Ріфф (в адаптації Жуковської та Трошихіної), транзактна модель стресу Р. Лазаруса і С. Фолкман, теорія соціальної підтримки (Г. Сарасон, Carver, Scheier), а також вітчизняні дослідження у сфері психічного здоров'я молоді та психологічної резилентності (С. Д. Максименко, В. О. Климчук, Т. М. Титаренко, О. М. Кокун та ін.).

Методи та методики дослідження. У роботі використано теоретичні методи аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел - для побудови теоретичної частини дослідження. Для отримання емпіричних даних застосовано комплекс психодіагностичних методик: Шкалу психологічного благополуччя К. Ріфф в адаптації Жуковської та Трошихіної, Шкалу

реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI-SH), україномовну версію Опитувальника соціальної підтримки (ISEL-16), а також методику самооцінки і рівня домагань Дембо–Рубінштейн у модифікації Прихожан. Для статистичної обробки даних використано пакет SPSS Statistics 25 та MS Excel 2021; застосовано описову статистику, кореляційний аналіз за критерієм r Пірсона, t -критерій Стюдента, однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) та множинний регресійний аналіз.

Організація емпіричного дослідження. Емпіричне дослідження проводилося в лютому 2026 року в дистанційному форматі за допомогою Google Forms. Учасники отримували електронне посилання на анкету, ознайомлювалися з інформаційним листом та надавали згоду на участь перед заповненням методик. У дослідженні взяли участь 56 осіб молодого віку (18–25 років), серед яких 28 жінок (50,0%) та 28 чоловіків (50,0%). Вибірка є рівномірно збалансованою за статевою ознакою, що підвищує репрезентативність отриманих результатів при порівняльному гендерному аналізі.

Теоретична значущість роботи полягає у систематизації наявних підходів до вивчення ментального здоров'я молоді та виокремленні комплексу психолого-соціальних чинників, що чинять на нього найбільш значущий вплив в умовах соціальної нестабільності.

Практична значущість визначається можливістю використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, соціальних педагогів та фахівців у галузі психологічного консультування для розробки програм підтримки ментального здоров'я молоді.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

1.1. Наукові підходи до вивчення ментального здоров'я особистості та його психологічні характеристики

Ментальне здоров'я є одним із фундаментальних понять сучасної психологічної науки, яке охоплює широкий спектр явищ - від відсутності психічних розладів до позитивного психологічного функціонування особистості. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає ментальне здоров'я як стан благополуччя, при якому людина реалізує власні здібності, справляється зі звичайними життєвими стресами, продуктивно працює та вносить вклад у суспільство. Це визначення підкреслює позитивний, а не дефіцитарний характер концепції, розглядаючи здоров'я не просто як відсутність хвороби, а як активний стан психологічного благополуччя.

В історії психологічної науки склалося кілька принципово різних підходів до розуміння ментального здоров'я. Психоаналітична традиція, започаткована З. Фрейдом, розглядала психічне здоров'я крізь призму балансу між Ід, Его та Супер-Его, здатності до кохання та праці, а також ступеня вирішення основних психосексуальних конфліктів. А. Адлер збагатив цей підхід поняттям соціального інтересу як критерію психічного здоров'я, стверджуючи, що здорова особистість орієнтована на співпрацю та внесок у спільне благо. К. Юнг вніс у розуміння здоров'я поняття індивідуації - процесу інтеграції несвідомих змістів у свідоме «Я», досягнення психологічної цілісності.

Гуманістична психологія запропонувала принципово іншу оптику для розуміння ментального здоров'я. А. Маслоу пов'язував здоров'я з самоактуалізацією - повною реалізацією людського потенціалу, спонтанністю, прийняттям себе та інших, глибокими міжособистісними стосунками. К. Роджерс визначав психологічно здорову людину як «повноцінно функціонуючу особистість» - відкриту до досвіду, здатну жити в

теперішньому моменті, довіряти власному організмичному оцінювальному процесу. Ці підходи акцентували увагу на розвитку та зростанні особистості, а не лише на відновленні після порушень.

Когнітивно-поведінковий напрям розглядає ментальне здоров'я через призму адаптивних когнітивних схем, раціональних переконань та ефективних поведінкових стратегій. А. Бек описав дисфункціональні когнітивні схеми, що лежать в основі депресії та тривожних розладів, а їх відсутність або трансформація може розглядатися як ознака психологічного здоров'я. А. Елліс у рамках раціонально-емотивної терапії визначав ментальне здоров'я як здатність до раціонального мислення, прийняття себе та толерантності до фрустрації. Сучасні когнітивно-поведінкові концепції включають також поняття психологічної гнучкості (С. Хейс) як ключового компонента адаптивного функціонування.

Позитивна психологія, що оформилася як самостійний напрям на межі ХХ–ХХІ століть завдяки роботам М. Селігмана та М. Чіксентмігаї, зосередила увагу на вивченні факторів, що сприяють розквіту людини. У рамках PERMA-моделі Селігмана, ментальне здоров'я асоціюється з переживанням позитивних емоцій, залученістю, осмисленими стосунками, відчуттям сенсу та досягненнями. Поняття «флоу» - стану повного поглинення діяльністю - описує оптимальне психологічне переживання, яке свідчить про здоровий рівень психологічного функціонування.

Важливе теоретичне значення має двоконтинуумна модель ментального здоров'я С. Кіза, яка постулює незалежність двох вимірів: психічного захворювання та психологічного благополуччя. Згідно з цією моделлю, людина може одночасно мати психічний розлад та демонструвати «процвітання» - і навпаки, бути клінічно здоровою, але відчувати «занепад». Ця концепція суттєво ускладнює розуміння ментального здоров'я, вказуючи на необхідність оцінювати не лише патологічну симптоматику, а й позитивні показники благополуччя. Таким чином, повноцінне розуміння ментального здоров'я вимагає інтеграції різних теоретичних підходів та врахування як

захисних, так і ресурсних аспектів психологічного функціонування особистості.

Психологічні характеристики ментального здоров'я охоплюють декілька взаємопов'язаних вимірів. По-перше, це емоційний вимір, що включає здатність переживати та регулювати широкий діапазон емоцій, переважання позитивних афектів над негативними та задоволеність власним життям. По-друге, когнітивний вимір - реалістичне сприйняття себе та навколишнього світу, здатність до адаптивного мислення, розв'язання проблем та прийняття рішень. По-третє, соціальний вимір передбачає здатність будувати та підтримувати глибокі міжособистісні стосунки, відчуття належності та соціальної включеності. По-четверте, особистісний вимір включає почуття ідентичності, автономії, сенсу та особистісного зростання. Інтеграція всіх цих вимірів формує цілісний образ психологічно здорової особистості.

Ментальне здоров'я особистості є складним багатовимірним феноменом, що охоплює широкий спектр психологічних, соціальних і біологічних характеристик людського існування. У науковому просторі це поняття не зводиться до простої відсутності психічних розладів, а передбачає наявність позитивних психологічних ресурсів, які забезпечують повноцінне функціонування людини в емоційному, когнітивному та соціальному вимірах. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає ментальне здоров'я як стан благополуччя, за якого людина реалізує свої здібності, долає звичайні життєві стреси, продуктивно працює та робить внесок у розвиток своєї спільноти. Таке розуміння є принципово важливим для формування комплексних підходів до психологічної підтримки молоді, оскільки відкриває простір для роботи не лише з патологією, а й із потенціалом особистісного зростання.

Наукові підходи до вивчення ментального здоров'я пройшли тривалий шлях концептуальної еволюції: від медичної парадигми, що ототожнювала психічне здоров'я з відсутністю розладів і нормальним функціонуванням центральної нервової системи, до інтегративних моделей, які поєднують клінічний, психологічний і соціальний виміри. Психодинамічний напрям

пов'язував здоров'я з досягненням рівноваги між свідомими та несвідомими процесами, успішним розв'язанням базових внутрішніх конфліктів і формуванням психологічно зрілої ідентичності. Гуманістична психологія змістила акцент на самоактуалізацію, автентичність і суб'єктивне відчуття смислу як фундаментальні умови психологічного благополуччя. Когнітивно-поведінковий підхід, у свою чергу, поставив у центр уваги якість когнітивних схем, характер внутрішнього діалогу та ефективність стратегій саморегуляції, які визначають здатність людини справлятися зі стресами і зберігати психологічну стійкість.

Системно-соціальний підхід, розвинений у працях У. Бронфенбреннера та представників вітчизняної психологічної школи, розглядає особистість як відкриту систему, що перебуває у постійній взаємодії з різними рівнями соціального середовища - від безпосереднього мікросоціуму до широкого макрокультурного контексту. Ментальне здоров'я у рамках цього підходу формується на перетині індивідуальних психологічних особливостей та зовнішніх умов розвитку - якості сімейних стосунків, освітнього середовища, соціально-економічного становища та культурних норм. Позитивна психологія, що набула стрімкого розвитку на початку XXI століття, запропонувала ресурсну модель ментального здоров'я, зосередившись на вивченні резильєнтності, оптимізму, психологічних сильних сторін та умов процвітання особистості. Усі зазначені підходи утворюють взаємодоповнювальну систему наукових знань, застосування якої дозволяє здійснювати комплексний аналіз ментального здоров'я молоді в сучасних умовах.

Ключовими психологічними характеристиками ментального здоров'я є емоційна регуляція, когнітивна гнучкість, сформована ідентичність, резильєнтність і здатність до встановлення стійких міжособистісних стосунків. Емоційна регуляція передбачає здатність усвідомлювати, диференціювати та конструктивно керувати власними афективними станами без руйнування внутрішньої рівноваги й соціальних зв'язків. Когнітивна

гнучкість забезпечує можливість переосмислювати ситуації, утримувати різні точки зору й адаптивно реагувати на умови, що змінюються, тоді як стійка ідентичність створює внутрішній стрижень, що дозволяє особистості зберігати цілісність у кризових обставинах. Резильєнтність, у свою чергу, є динамічним процесом, а не вродженою рисою, - вона формується в контексті досвіду подолання труднощів і визначає здатність людини відновлюватися після стресових і травматичних подій.

Калашнікова Л. В., Руденко Ю. Ю., Руденко С. А. визначають ментальне здоров'я як динамічну рівновагу між внутрішніми психічними станами людини та вимогами зовнішнього середовища, наголошуючи, що цей феномен не є статичною характеристикою, а постійно змінюється під впливом соціальних обставин, якості міжособистісних стосунків та індивідуального досвіду подолання труднощів [16, с. 74]. Дослідники обґрунтовують необхідність розмежування клінічного й функціонального вимірів ментального здоров'я: перший відображає відсутність діагностованих розладів, тоді як другий характеризує якість суб'єктивного переживання власного буття, здатність реалізовувати особистісний потенціал і підтримувати конструктивні соціальні зв'язки. Повноцінне ментальне здоров'я, на думку авторів, обов'язково включає розвиток рефлексивної здатності, навичок емоційної регуляції та вміння конструктивно вирішувати міжособистісні конфлікти. Таке комплексне розуміння принципово важливе для організації системної роботи з молоддю, яка переживає умови воєнного стану та хронічного соціального стресу.

Ткачишина О. Р., Столярчук О. А. розмежовують поняття психічного та психологічного здоров'я, доводячи, що психічне здоров'я відображає нормативний стан психічних функцій і є предметом клінічної психіатрії, тоді як психологічне здоров'я характеризує якість суб'єктивного переживання, характер ціннісно-смислових орієнтацій та особливості міжособистісної взаємодії [39, с. 79] (табл. 1.1).

Порівняльна характеристика наукових підходів до вивчення ментального здоров'я особистості

Науковий підхід	Ключові представники	Основні положення	Критерії ментального здоров'я
Біомедичний	В. Б. Менделевич, О. В. Романчук	Ментальне здоров'я як відсутність психопатологічних симптомів та збереження нейробіологічних функцій мозку	Відсутність діагнозів, нормальна нейрохімія, стабільність когнітивних процесів
Психодинамічний	З. Фройд, К. Г. Юнг, А. Адлер	Рівновага між свідомими та несвідомими процесами, успішне розв'язання внутрішніх конфліктів особистості	Психологічна зрілість, розвинена его-ідентичність, здатність до сублімації
Гуманістичний	А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл	Самоактуалізація, автентичність, пошук смислу та суб'єктивне благополуччя як основи психологічного здоров'я	Самоприйняття, смислова наповненість, автономія, особистісне зростання
Когнітивно-поведінковий	А. Бек, А. Елліс, Д. Мейхенбаум	Психологічне благополуччя визначається якістю когнітивних схем та стратегіями саморегуляції поведінки	Адаптивні когніції, гнучкість мислення, ефективна емоційна регуляція
Системно-соціальний	У. Бронфенбреннер, С. Д. Максименко	Ментальне здоров'я формується у системі взаємодій між особистістю, сім'єю, суспільством та культурним середовищем	Соціальна адаптація, міжособистісна компетентність, суб'єктність у соціумі
Позитивна психологія	М. Селігман, М. Чіксентміхаї	Акцент на ресурсах особистості: резильєнтності, оптимізмі, процвітанні та сильних сторонах характеру	PERMA: позитивні емоції, залученість, стосунки, смисл, досягнення

Авторки аргументують, що конструктивна поведінка особистості є одночасно і показником, і умовою збереження ментального здоров'я, оскільки

здатність людини до зваженого вибору стратегій поведінки у складних ситуаціях безпосередньо відображає рівень її психологічного функціонування. Порушення ментального здоров'я дослідниці пов'язують не лише з наявністю клінічних симптомів, а й із деструктивними патернами поведінки, відчуженістю від власних цінностей та нездатністю підтримувати задовільні соціальні стосунки. Такий погляд відкриває широкі можливості для психологічної діагностики і превентивної роботи ще до появи клінічних ознак психічних розладів.

Закон України «Про охорону психічного здоров'я» від 14.01.2021 № 1217-IX закріплює право кожного громадянина на отримання якісної психіатричної та психологічної допомоги й визначає засади державної політики у сфері охорони психічного здоров'я населення [1]. Нормативний акт розмежовує поняття психіатричної допомоги та профілактики психічних розладів, що відображає концептуальний перехід від суто медичної до комплексної моделі охорони ментального здоров'я в Україні. Законом передбачено необхідність створення умов для психосоціальної реабілітації та реінтеграції осіб, які пережили психічні розлади, а також розвиток інфраструктури психологічної підтримки в освітніх і соціальних установах. Ці положення формують правову основу для системної роботи з молоддю у сфері ментального здоров'я та визначають відповідальність держави за створення сприятливих умов для психологічного розвитку особистості.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27.12.2017 № 1018 визначає стратегічні пріоритети розбудови системи психологічної підтримки населення, орієнтованої на профілактику, ранню діагностику та реабілітацію психічних розладів [4]. Концепція передбачає деінституціоналізацію психіатричної допомоги та розбудову мережі амбулаторних служб підтримки ментального здоров'я, що наближає вітчизняну практику до міжнародних стандартів надання психологічної допомоги. Одним із пріоритетних напрямів Концепції є розвиток

психологічної компетентності педагогічних і соціальних працівників як ключових посередників між молоддю та системою психологічної підтримки. Реалізація положень Концепції набула особливого значення в умовах повномасштабної війни, коли потреба у кваліфікованій психологічній допомозі для молоді різко зросла.

Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII визначає збереження психічного здоров'я учасників освітнього процесу одним із ключових пріоритетів державної освітньої політики, зобов'язуючи заклади освіти забезпечувати безпечне психологічне середовище та гарантувати доступ до кваліфікованої психологічної допомоги [2]. Нормативний акт орієнтує освітні установи на впровадження заходів із формування культури психологічного благополуччя, розвитку навичок емоційної регуляції у здобувачів освіти та попередження психологічного насильства в освітньому середовищі. Таким чином, освітній простір нормативно визнається не лише інституцією передачі знань, а й середовищем, що безпосередньо формує ментальне здоров'я молоді через якість стосунків, характер педагогічної взаємодії та рівень психологічної безпеки. Це покладає на заклади освіти та психологічну службу особливу відповідальність за психологічний стан молодшої людини в найбільш уразливих періодах її розвитку.

Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» від 21.06.2001 № 2558-III визначає принципи та механізми соціальної підтримки молоді, серед яких чільне місце посідають забезпечення психологічного благополуччя, розвиток особистісного потенціалу й попередження соціальної дезадаптації [3]. Закон закріплює діяльність системи соціально-психологічних служб, спрямовану на раннє виявлення молодих людей з ознаками психологічного неблагополуччя та організацію комплексної міждисциплінарної підтримки. Нормативний акт відображає концептуальний перехід від реактивного до превентивного підходу в роботі з молоддю, акцентуючи увагу на формуванні психологічних ресурсів і захисних чинників ментального здоров'я. Такий підхід узгоджується із сучасними науковими

уявленнями про пріоритет профілактики над лікуванням у сфері збереження психологічного здоров'я молоді.

Резильєнтність є однією з центральних характеристик ментального здоров'я, що привертає дедалі більшу увагу науковців у контексті вивчення наслідків воєнних конфліктів та інших масштабних кризових подій для психологічного стану молоді людини [45; 46; 50]. Цей феномен не є вродженою якістю чи незмінною рисою особистості -резильєнтність є динамічним процесом, що формується в системі взаємодій між індивідуальними психологічними ресурсами і захисними чинниками соціального середовища [30]. Серед психологічних предикторів резильєнтності науковці виділяють внутрішній локус контролю, сформовані стратегії подолання труднощів, розвинений емоційний інтелект та здатність підтримувати якісні міжособистісні стосунки [20; 44]. Розуміння механізмів формування резильєнтності відкриває практичні можливості для розроблення цілеспрямованих програм підтримки ментального здоров'я молоді, зокрема в умовах воєнного стану [47; 48].

Саморегуляція є ще однією фундаментальною характеристикою ментального здоров'я, що забезпечує здатність особистості до усвідомленого управління власними думками, емоціями та поведінкою відповідно до поставлених цілей і соціальних норм [15]. Розвинена саморегуляція дозволяє людині зберігати психологічну рівновагу в умовах стресу, підтримувати продуктивну діяльність і зберігати відчуття суб'єктності навіть у ситуаціях невизначеності та обмеженого контролю над обставинами [15]. Порушення процесів саморегуляції є одним із провісників розвитку психологічної дисфункції -тривожності, депресії та поведінкових розладів, поширених серед молоді, що переживає хронічний соціальний стрес [21; 47]. Формування навичок саморегуляції у підлітковому та юнацькому віці розглядається дослідниками як пріоритетний напрям профілактики порушень ментального здоров'я і є одним із завдань психологічної роботи в освітньому середовищі [16; 23].

Суб'єктивне благополуччя є інтегративним конструктом, що відображає ступінь задоволеності людини власним життям, переважання позитивних емоцій над негативними та наявність смислової наповненості існування [22]. Когнітивний компонент суб'єктивного благополуччя охоплює раціональні оцінки людиною різних сфер свого життя -здоров'я, стосунків, досягнень і перспектив, тоді як афективний компонент включає переживання радості, вдячності, задоволення й відчуття зв'язку з іншими [22; 41]. Дисбаланс між цими двома компонентами є надійним індикатором психологічного неблагополуччя й вимагає уваги з боку фахівців психологічної служби [26]. Збалансованість суб'єктивного благополуччя формується під впливом широкого кола чинників -від якості сімейних стосунків до соціально-економічних умов і особливостей освітнього середовища [40].

Емоційний інтелект -здатність розпізнавати, розуміти, ефективно використовувати та регулювати власні й чужі емоції -є одним із ключових психологічних ресурсів, що визначає якість соціального функціонування особистості й рівень її ментального здоров'я [12]. Дослідження переконливо свідчать, що молодь із розвиненим емоційним інтелектом демонструє вищі показники психологічного благополуччя, кращу соціальну адаптацію, вищу академічну успішність і нижчий рівень тривожності у стресових ситуаціях [8; 12]. Розвиток емоційного інтелекту у молодому віці пов'язаний зі здатністю формувати глибокі й стійкі стосунки, конструктивно вирішувати конфлікти й ефективно справлятися з власними емоційними труднощами [13]. Програми розвитку емоційного інтелекту розглядаються сучасними науковцями як важливий ресурс збереження ментального здоров'я молоді і дедалі активніше впроваджуються в освітній простір [23].

Ідентичність особистості -стійке відчуття власного «Я», своїх цінностей, ролей і місця в соціальному просторі -є фундаментальним чинником ментального здоров'я, що визначає характер самосприйняття та здатність долати кризи особистісного розвитку [42]. Становлення ідентичності відбувається передусім у підлітковому та юнацькому віці й може

супроводжуватися нормативними кризами, що за несприятливих умов переходять у стійкі порушення психологічного функціонування [34]. Кризи ідентичності, що супроводжуються відчуттям розгубленості, втрати смислу й дифузії соціальних ролей, особливо загострюються в умовах воєнного стану, коли звична система координат руйнується, а нові соціальні ролі ще не визначені [25; 27]. Підтримка процесу формування ідентичності молоді є одним із пріоритетних завдань психологічної роботи в сучасних освітніх і соціальних установах [23; 40].

Соціальні стосунки є потужним ресурсом ментального здоров'я молоді: якість міжособистісних зв'язків, наявність емоційної підтримки з боку близьких та відчуття соціальної належності безпосередньо корелюють із рівнем психологічного благополуччя [31]. Молоді люди, що мають стабільну мережу підтримуючих соціальних стосунків, демонструють вищу резильєнтність у стресових ситуаціях, нижчий рівень тривожності й депресії та вищу загальну задоволеність власним життям [20; 44]. Водночас соціальна ізоляція, дефіцит підтримуючих стосунків і переживання самотності є серйозними чинниками ризику для ментального здоров'я молоді, що потребують цілеспрямованої профілактичної роботи [7; 28]. Якість соціальних стосунків формується під впливом виховного досвіду в сім'ї та набутого в освітньому середовищі досвіду взаємодії з однолітками і значущими дорослими [5; 14].

Психологічна наука зробила значний внесок у розроблення методологічних засад вивчення ментального здоров'я молоді, запропонувавши широкий спектр як кількісних, так і якісних методів оцінки психологічного стану особистості [29]. Стандартизовані психодіагностичні методики дозволяють вимірювати рівень тривожності, депресивності, суб'єктивного благополуччя, резильєнтності та інших ключових показників ментального здоров'я, забезпечуючи можливість порівняльного аналізу даних у різних вибірках і культурних контекстах [16; 43]. Якісні методи -наративне інтерв'ю, аналіз випадків, феноменологічні дослідження -дають змогу заглибитися у

суб'єктивний досвід молодої людини, зрозуміти індивідуальний смисл переживань і виявити специфічні чинники ризику та захисту [37]. Поєднання обох підходів забезпечує найбільш повну картину ментального здоров'я молоді й відкриває шляхи для розроблення адресних психологічних інтервенцій [16; 29].

Культурний контекст і соціально-економічні умови виступають потужними детермінантами ментального здоров'я молоді, що нерідко недооцінюються у вузько психологічних концепціях [17]. Рівень матеріального добробуту сім'ї, доступ до якісної освіти й медичної допомоги, безпека місця проживання та характер суспільно-політичних процесів формують фундаментальні умови для психологічного розвитку молодої людини [1; 2]. Воєнні конфлікти, вимушене переселення, втрата близьких і майна, постійна загроза фізичній безпеці є надмірними стресовими навантаженнями, що можуть перевищувати адаптаційні ресурси навіть психологічно стійкої особистості [18; 46; 48]. Урахування цих зовнішніх детермінант є обов'язковою умовою для адекватної оцінки ментального здоров'я молоді і побудови ефективних моделей психологічної підтримки [4; 17].

Превентивний підхід до збереження ментального здоров'я молоді передбачає не лише раннє виявлення і корекцію психологічних розладів, а й цілеспрямоване формування психологічних ресурсів і захисних чинників, що підвищують стійкість особистості до стресу і сприяють повноцінному психологічному розвитку [16; 23]. У рамках цього підходу особлива увага приділяється розвитку навичок емоційної регуляції, формуванню конструктивних стратегій подолання труднощів, підтримці позитивної ідентичності та зміцненню соціальних зв'язків молоді [20; 43]. Освітні заклади, психологічна служба й соціальні інституції відіграють ключову роль у реалізації превентивних програм, оскільки мають системний доступ до молодої аудиторії в критичні періоди її розвитку [2; 23; 40]. Нормативне забезпечення такої роботи - закони, концепції та стандарти - створює необхідне

підґрунтя для системних і сталих змін у сфері ментального здоров'я молоді [1; 2; 3; 4].

Варій М. Й. стверджує: «Особистість є вищою інтегративною системою, що об'єднує біологічні, психологічні та соціальні складові в єдину цілісність, яка реалізує себе через активну взаємодію зі світом» [9, с. 47]. Дослідник підкреслює, що психологічно здорова особистість характеризується не відсутністю внутрішніх суперечностей, а здатністю їх конструктивно долати, утримуючи внутрішню цілісність у мінливих соціальних умовах [9]. Ментальне здоров'я, за цією концепцією, нерозривно пов'язане з наявністю стійкої ціннісно-смислової системи, яка виступає внутрішнім регулятором поведінки й визначає ставлення людини до себе, інших і світу загалом [9; 36]. Розуміння цього зв'язку є принциповим для побудови ефективних моделей психологічної підтримки молоді в умовах соціальної нестабільності [9; 39].

Максименко С. Д. наголошує: «Розвиток особистості є процесом постійного породження нею самою власних психологічних новоутворень, що здійснюється через розв'язання суперечностей між наявним рівнем розвитку та новими вимогами соціального середовища» [29, с. 118]. Науковець обґрунтовує, що кожна вікова криза відкриває нові можливості для особистісного зростання або, за несприятливих умов, стає джерелом стійкої психологічної дисфункції. Підтримуюче соціальне середовище сім'я, однолітки, освітні установи відіграє вирішальну роль у тому, яким шляхом піде розвиток особистості у кризові моменти, й тому є необхідною умовою збереження ментального здоров'я молоді. Розуміння цих закономірностей є ключовим для організації ефективної профілактичної та розвивальної роботи з молоддю в освітньому й соціальному просторі.

Таким чином, наукові підходи до вивчення ментального здоров'я особистості утворюють цілісну і взаємодоповнювальну систему знань, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні виміри цього феномену, а психологічні характеристики ментального здоров'я - резильєнтність, саморегуляція, емоційний інтелект, суб'єктивне благополуччя та сформована

ідентичність є нерозривно взаємопов'язаними складовими, що визначають якість функціонування молодшої людини в сучасному соціальному середовищі.

1.2. Батьківські стилі виховання: класифікація та особливості

Батьківський стиль виховання є одним із ключових чинників, що визначають психологічний розвиток дитини та формують підґрунтя її ментального здоров'я у довгостроковій перспективі [5; 14]. Під батьківським стилем розуміється стійка сукупність ставлень, переконань, емоційних реакцій та поведінкових стратегій, що батьки використовують у взаємодії з дітьми [6]. Це інтегроване поняття охоплює як конкретні виховні практики - дисциплінарні методи, способи заохочення, рівень контролю, -так і загальний емоційний клімат у сім'ї, що визначає характер дитячо-батьківських стосунків.

Класична класифікація батьківських стилів, запропонована Д. Баумрінд у 1960-х роках, виокремлює три основні типи: авторитарний, авторитетний та ліберальний (поблажливий). Авторитарний стиль характеризується суворим контролем, вимогливістю та нечутливістю до потреб дитини, застосуванням покарань та придушенням ініціативності. Авторитетний стиль поєднує високі вимоги з емоційною теплотою, відкритою комунікацією та повагою до автономії дитини. Ліберальний стиль відзначається слабким контролем та надмірною поступливістю при наявності емоційної теплоти. Пізніше Е. Маккобі та Дж. Мартін доповнили цю типологію четвертим типом -байдужим (незалученим) стилем, що поєднує низький контроль із низькою емоційною чуйністю [5; 6; 33].

Авторитетний стиль виховання традиційно розглядається в наукових дослідженнях як найбільш сприятливий для розвитку дитини [5; 33]. Батьки-авторитети встановлюють чіткі межі та правила, однак пояснюють їх сенс, прислухаються до думки дитини та враховують її вікові потреби [14]. Вони надають відчуття безпеки та передбачуваності, водночас заохочуючи самостійність та відповідальність. Діти, виховані в такому стилі,

демонструють вищу самооцінку, кращу соціальну компетентність, нижчий рівень тривожності та агресивності, а також більш успішно справляються з академічними завданнями та стресовими ситуаціями [8; 33].

Авторитарний стиль виховання, хоча й забезпечує певний порядок та слухняність, пов'язаний із цілою низкою негативних психологічних наслідків для дітей [5]. Суворий контроль, що супроводжується критикою та відсутністю поваги до думки дитини, формує переконання у власній безпорадності та недостатності [14]. Дослідження свідчать, що діти авторитарних батьків часто страждають від зниженої самооцінки, підвищеного рівня тривожності, труднощів у самовираженні та побудові близьких стосунків. Вони можуть демонструвати зовнішню слухняність, але внутрішньо відчувати гнів, страх або спустошеність. У підлітковому та дорослому віці такі особи нерідко мають проблеми з автономією та самовизначенням [34; 42].

Ліберальний та байдужий стилі виховання відрізняються між собою насамперед рівнем емоційної залученості батьків [5]. При ліберальному стилі батьки щиро люблять дитину, але уникають обмежень та чітких очікувань, нерідко сприймаючи будь-який контроль як посягання на свободу дитини. Діти в таких сім'ях можуть вирости імпульсивними, з труднощами у дотриманні правил та регуляції власних емоцій [8; 33]. Байдужий стиль є найбільш деструктивним: батьки не лише не встановлюють меж, а й не забезпечують емоційної підтримки та залученості [14]. Це призводить до глибокого порушення прив'язаності та стає фактором ризику серйозних психологічних проблем у майбутньому [11; 35].

Окрему увагу в науковій літературі приділено гіперопікаючому (вертолітному) стилю виховання, який набув особливого поширення в сучасному суспільстві [6]. Гіперопіка передбачає надмірний контроль над усіма аспектами життя дитини, захист від будь-яких труднощів та невдач, прийняття рішень замість дитини навіть тоді, коли вона вже цілком здатна робити це самостійно [5]. Попри наявність любові та турботи, такий стиль

підриває розвиток психологічної автономії, відчуття власної ефективності та здатності справлятися з труднощами [33]. Молоді люди, вихованні в умовах гіперопіки, демонструють вищий рівень тривожності, нижчу психологічну стійкість та труднощі з адаптацією до самостійного дорослого життя.

Важливо зазначити, що вплив батьківського стилю на розвиток дитини опосередковується цілою низкою додаткових факторів [14]. Культурний контекст суттєво впливає на те, як той чи інший стиль сприймається дітьми та яким є його психологічний ефект [6]. Наприклад, дослідження показують, що в деяких культурних контекстах авторитарний стиль може не мати настільки виражених негативних наслідків, як у країнах із сильними традиціями індивідуалізму [5]. Крім того, важливу роль відіграє темперамент дитини - одна й та сама виховна практика може по-різному впливати на дітей з різними індивідуальними особливостями [11]. Таким чином, розуміння батьківських стилів потребує врахування складної взаємодії між характеристиками батьків, дитини та соціокультурного середовища.

Батьківський стиль виховання є стійкою системою прийомів, методів і форм взаємодії батьків із дітьми, що відображає характер емоційного ставлення, рівень контролю й специфіку комунікації у сімейному середовищі [5; 6]. Саме батьківський стиль визначає той соціально-психологічний клімат, в якому відбувається формування особистості дитини, її ціннісних орієнтацій, моделей поведінки та базового ставлення до себе й оточуючих [14; 42]. Науковий інтерес до цієї проблематики обумовлений тим, що якість батьківсько-дитячих стосунків є одним із найбільш потужних предикторів ментального здоров'я молодшої людини - як у підлітковому, так і в дорослому віці [33; 49]. Дослідження переконливо засвідчують, що характер виховного впливу батьків закладає психологічні структури, що визначають спосіб переживання стресу, характер міжособистісних стосунків і рівень суб'єктивного благополуччя впродовж усього подальшого життя людини.

Класична типологія батьківських стилів виховання була розроблена американською дослідницею Д. Баумрінд у 1960–1970-х роках і ґрунтується

на двох ключових вимірах батьківської поведінки -рівні вимогливості та рівні чуйності [5]. На основі поєднання цих двох параметрів Д. Баумрінд виділила 3 базові стилі: авторитетний, авторитарний і ліберальний, до яких пізніше Е. Маккобі та Дж. Мартін додали четвертий -байдужий, або знехтувальний стиль [5; 6; 33]. Авторитетний стиль поєднує високу вимогливість із теплом і відкритістю до діалогу, тоді як авторитарний стиль передбачає жорстке нав'язування правил без урахування потреб дитини [14]. Ліберальний стиль характеризується мінімальним контролем і надмірним потуранням, байдужий -емоційною відстороненістю і повним ігноруванням потреб дитини.

У вітчизняній психологічній науці класифікація батьківських стилів виховання суттєво збагатилася за рахунок врахування культурного контексту, специфіки сімейної системи та індивідуально-психологічних особливостей батьків і дітей [6; 35]. Дослідники виокремлюють такі додаткові параметри батьківської поведінки, як ступінь автономії, що надається дитині, характер застосування дисципліни, послідовність або непослідовність виховних впливів, а також характер емоційної комунікації у сім'ї [14]. Особливої уваги заслуговує феномен непослідовного батьківства, за якого стиль взаємодії з дитиною змінюється залежно від настрою батьків, ситуативних обставин або рівня стресу в сімейній системі [5; 11]. Непослідовність виховних впливів дезорієнтує дитину, перешкоджає формуванню стійкої ідентичності й є потужним чинником ризику для ментального здоров'я.

Сімейне виховання реалізується в контексті ширшої соціальної системи, що включає культурні норми щодо ролі батьків, соціально-економічні умови, рівень психологічної компетентності дорослих і характер соціальної підтримки, яку отримує сім'я [35; 49]. У сучасних умовах трансформації інститут сім'ї зазнає суттєвих змін: зростає частка неповних і реконструйованих сімей, ускладнюються рольові очікування щодо батьківства, посилюється вплив цифрового середовища на характер взаємодії між батьками і дітьми. Воєнний стан в Україні вніс додаткові чинники тиску на сімейну систему -вимушене переселення, розлучення сімей, психологічні

травми батьків, що неминуче позначається на якості батьківсько-дитячих стосунків і характері виховного впливу [18; 24; 25]. Врахування цих контекстуальних чинників є обов'язковою умовою для адекватного розуміння батьківських стилів виховання і їх наслідків для ментального здоров'я молоді в сучасній Україні.

У науковій літературі виокремлюють такі основні стилі батьківського виховання:

1. авторитетний (демократичний) - поєднує чіткі вимоги з теплом, повагою та відкритим діалогом; є найбільш сприятливим для формування ментального здоров'я дитини [14; 33];
2. авторитарний - ґрунтується на жорсткому контролі, беззаперечному підкоренні й низькому рівні емоційної підтримки; формує тривожність, залежність і занижену самооцінку [6; 34];
3. ліберальний (потуральний) - передбачає мінімальний контроль, відсутність меж і надмірне задоволення потреб дитини; ускладнює розвиток саморегуляції та стійкої ідентичності [11; 35];
4. байдужий (знехтувальний) - поєднує відсутність контролю з емоційною холодністю; є найбільш руйнівним для ментального здоров'я, спричиняє депресію й соціальну дезадаптацію [49].

Алексєєнко Т. Ф. розкриває батьківсько-дитячі стосунки як динамічну систему взаємодій, що безперервно трансформується відповідно до вікових потреб дитини та змін у сімейному середовищі, наголошуючи, що ефективне батьківство передбачає здатність гнучко коригувати стиль виховного впливу, зберігаючи при цьому стабільне емоційне ставлення до дитини [6, с. 47]. Дослідниця встановила, що найбільш сприятливою для розвитку ментального здоров'я дитини є модель виховання, яка поєднує структуру й передбачуваність - через чіткі правила та наслідки - з теплом, повагою до особистості дитини та готовністю до відкритого діалогу. Порушення цього балансу у будь-який бік - надмірний контроль або безмежне потурання призводить до розвитку специфічних психологічних труднощів, що

проявляються у тривожності, проблемах із саморегуляцією або порушеннях ідентичності. Таким чином, якість батьківського виховання є не лише педагогічною, а й глибоко психологічною проблемою, що потребує системного вивчення і цілеспрямованої підтримки з боку психологічної служби.

Душка А. Л. обґрунтовує, що дитячо-батьківські відносини є визначальним чинником успішного психологічного розвитку дитини, оскільки саме через призму цих відносин формується базова довіра до світу, первинний образ «Я» та перші моделі побудови міжособистісних стосунків [14, с. 264]. Дослідниця підкреслює, що діти, які зростали в умовах авторитарного виховання, частіше демонструють занижену самооцінку, схильність до підпорядкування авторитету та труднощі із самостійним прийняттям рішень у дорослому житті. Водночас надмірно ліберальне виховання, хоча й не несе в собі загрози фізичного чи емоційного насильства, позбавляє дитину необхідного досвіду подолання обмежень і розвитку навичок саморегуляції, що є базовою характеристикою ментального здоров'я. Ці висновки підкреслюють необхідність психологічної просвіти батьків і розробки програм підтримки відповідального батьківства як стратегічного напрямку збереження ментального здоров'я підростаючого покоління.

Яблонська Т. М. зазначає: «Батьківсько-дитячі взаємини є тим первинним соціальним полем, у якому народжується ідентичність дитини - її здатність відповісти на питання «хто я є?» у відповідь на питання «ким ти є для мене?», що ставлять батьки своєю поведінкою, словами та емоційними реакціями» [42, с. 591]. Дослідниця переконливо доводить, що характер батьківського ставлення закладає базові психологічні структури самосприйняття дитини, які визначають не лише її самооцінку, а й ширше - ставлення до власного «Я» як цінного або, навпаки, недостатньо гідного любові й поваги. Спотворені моделі батьківського ставлення - відкидання, надмірний контроль, непослідовність - формують дезадаптивні когнітивні схеми, що стають психологічним підґрунтям для розвитку тривожних,

депресивних і особистісних розладів у підлітковому та дорослому віці. Таким чином, якість батьківсько-дитячих стосунків є одним із найважливіших чинників профілактики порушень ментального здоров'я молоді.

Пінчук Н. І. підкреслює: «Стиль сімейного виховання виступає одним із провідних предикторів резильєнтності підлітків, оскільки саме в сімейному середовищі формуються первинні стратегії подолання труднощів, досвід успішного вирішення проблем і базова впевненість у власній здатності справлятися з викликами» [33]. Дослідниця встановила пряму залежність між авторитетним стилем батьківства і високим рівнем резильєнтності підлітків: діти, батьки яких поєднували чіткі вимоги з емоційною підтримкою і готовністю до діалогу, демонстрували суттєво вищу здатність справлятися зі стресом і відновлюватися після травматичних переживань. Авторитарний і байдужий стилі виховання, навпаки, суттєво знижують рівень резильєнтності, формуючи у дітей пасивні та уникаючі стратегії поведінки у ситуаціях труднощів. Ці дані є особливо актуальними в контексті воєнного часу, коли резильєнтність молоді стає критично важливим ресурсом збереження ментального здоров'я.

Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» від 21.06.2001 № 2558-III закріплює обов'язок держави сприяти зміцненню сімейних стосунків, підвищенню педагогічної компетентності батьків і захисту прав дитини на сприятливе середовище розвитку [3]. Нормативний акт визначає систему соціально-психологічних служб, що здійснюють просвітницьку та корекційну роботу з батьками, схильними до деструктивних стилів виховання, й надають підтримку сім'ям у кризових ситуаціях. Закон також передбачає заходи щодо профілактики жорстокого поводження з дітьми та психологічного насильства у сімейному середовищі як форм авторитарного батьківства, що несуть найбільшу загрозу для ментального здоров'я дитини. Правове забезпечення захисту прав дітей на здорове середовище розвитку є необхідною умовою для ефективної профілактичної роботи у сфері батьківсько-дитячих стосунків.

Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII визначає взаємодію закладів освіти з сім'єю як один із ключових принципів освітньої діяльності, зобов'язуючи педагогічних працівників і психологічну службу здійснювати просвітницьку роботу з батьками щодо психологічно здорових методів виховання [2]. Нормативний акт передбачає залучення батьків до участі в освітньому процесі й формування партнерських стосунків між сім'єю та школою як умови забезпечення цілісного розвитку дитини. Психологічна служба закладів освіти визначається законом як структура, що здійснює діагностику сімейних стосунків, надає психологічну підтримку батькам і консультує педагогів щодо роботи з дітьми, які зазнають несприятливого виховного впливу. Таким чином, освітній простір виступає важливим майданчиком для корекції деструктивних батьківських стилів і формування психологічно здорового виховного середовища.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27.12.2017 № 1018 серед пріоритетів державної політики визначає зміцнення сімейного середовища як чинника профілактики психічних розладів, акцентуючи на необхідності розвитку програм підтримки батьківства та психологічної просвіти сімей [4]. Концепція передбачає розбудову системи раннього виявлення дисфункційних сімейних стосунків і надання своєчасної психологічної допомоги, орієнтуючись на принцип максимально раннього втручання. Програми підтримки батьківства, що реалізуються в рамках Концепції, спрямовані на формування в батьків навичок ефективної комунікації з дітьми, конструктивного вирішення конфліктів і створення психологічно безпечного сімейного середовища. Ці заходи є стратегічно важливими для довгострокового збереження ментального здоров'я молоді.

Авторитетний стиль виховання, що поєднує високий рівень вимогливості з емоційною теплотою і повагою до особистості дитини, визнається більшістю дослідників як найбільш психологічно сприятливий для формування ментального здоров'я молодої людини [6, с. 48]. Діти, вихована в

умовах авторитетного батьківства, демонструють вищий рівень резильєнтності, краще розвинені навички саморегуляції, вищу соціальну компетентність і більш стабільну ідентичність порівняно з однолітками, вихованими в умовах інших стилів. Ключовою умовою авторитетного батьківства є здатність батьків пояснювати дитині мотиви власних вимог, визнавати й поважати її емоційні переживання та надавати відповідну до віку автономію у прийнятті рішень. Цей стиль виховання формує у дитини внутрішній локус контролю - переконання у власній здатності впливати на своє життя, - що є одним із найважливіших психологічних ресурсів ментального здоров'я.

Авторитарний стиль виховання характеризується домінуванням батьківської влади над потребами дитини, жорсткою системою заборон і покарань, придушенням ініціативи та емоційного вираження дитини [14, с. 265]. Діти, що зростали в умовах авторитарного батьківства, схильні до розвитку підвищеної тривожності, невпевненості у собі, страху помилки і залежності від зовнішньої оцінки. У підлітковому віці наслідки авторитарного виховання можуть проявлятися у протестній поведінці, ризикованих вчинках або, навпаки, у надмірній підкорюваності й нездатності до самостійного мислення. Цей стиль виховання формує зовнішній локус контролю та дезадаптивні когнітивні схеми, пов'язані з відчуттям власної безпорадності, що суттєво підвищує ризик розвитку депресивних розладів у молодому віці.

Ліберальний стиль виховання, що передбачає мінімальний батьківський контроль, відсутність чітких правил і меж та надмірне потурання бажанням дитини, формує специфічний профіль психологічних труднощів, пов'язаних передусім із недостатнім розвитком саморегуляції [42, с. 593]. Відсутність досвіду подолання обмежень і відкладання задоволення призводить до того, що молода людина виявляється психологічно невідповідною до реалій соціального світу, де не всі її бажання можуть бути задоволені миттєво. Характерними наслідками ліберального виховання є імпульсивність, нестабільна ідентичність, труднощі з побудовою тривалих стосунків та

схильність до пошуку зовнішньої стимуляції через ризиковану поведінку. Попри те що ліберальне батьківство часто супроводжується щирою любов'ю до дитини, відсутність структури й меж виявляється не менш шкідливою для ментального здоров'я, ніж надмірна жорсткість.

Байдужий, або знехтувальний стиль виховання є найбільш руйнівним для ментального здоров'я дитини, оскільки поєднує низький контроль з емоційною холодністю, незацікавленістю й фактичним ігноруванням потреб дитини у близькості й захисті [33]. Діти, що зростали в умовах байдужого батьківства, демонструють найнижчі показники психологічного благополуччя: глибоке відчуття власної незначущості, схильність до депресивних станів, серйозні труднощі з побудовою довірчих стосунків і виражені порушення ідентичності. Байдуже батьківство нерідко є наслідком психологічних проблем самих батьків - депресії, залежності, наслідків власного травматичного досвіду, - що підкреслює важливість міжпоколінного виміру у передачі дисфункційних виховних моделей. Робота з батьками у рамках психологічної підтримки є не лише педагогічною, а й терапевтичною задачею, яка вимагає залучення кваліфікованих фахівців.

Психологічна служба закладів освіти відіграє ключову роль у виявленні дітей, що зазнають несприятливого виховного впливу, та в організації системної взаємодії між сім'єю, школою і соціальними службами з метою збереження й підтримки ментального здоров'я молоді [23, с. 38]. Психологи-практики використовують широкий інструментарій для діагностики особливостей батьківсько-дитячих стосунків - стандартизовані опитувальники, проєктивні методики, структуровані спостереження й батьківські інтерв'ю, що дозволяють отримати комплексну картину виховного середовища дитини. Виявлення деструктивних патернів батьківської поведінки є підставою для організації консультативної та корекційної роботи з батьками, спрямованої на розвиток навичок ефективного виховання й підвищення рівня психологічної компетентності сім'ї (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Порівняльна характеристика батьківських стилів виховання та їх наслідків для ментального здоров'я молоді

Критерій порівняння	Авторитетний стиль	Авторитарний стиль	Ліберальний стиль	Байдужий стиль
Рівень контролю	Помірний, гнучкий	Жорсткий, директивний	Мінімальний або відсутній	Повна відстороненість
Рівень тепла та підтримки	Високий, емоційно близький	Низький, дистанційований	Непослідовний, потурання	Відсутній, ігнорування
Вимоги до дитини	Чіткі, обґрунтовані, з поясненнями	Жорсткі, беззаперечні, без пояснень	Мінімальні або відсутні	Відсутні будь-які вимоги
Діалог у сім'ї	Заохочується, думка дитини враховується	Придушується, послух обов'язковий	Хаотичний, без меж	Відсутній, дитина надана собі
Наслідки для ментального здоров'я	Висока резильєнтність, впевненість, соціальна компетентність	Тривожність, занижена самооцінка, схильність до підкорення	Імпульсивність, труднощі з саморегуляцією, нестабільна ідентичність	Депресія, соціальна дезадаптація, емоційна спустошеність

Беленька І. обґрунтовує, що якість взаємодії батьків із дітьми є визначальним чинником емоційної компетентності - здатності дитини розпізнавати, розуміти й конструктивно виражати власні емоції та розуміти емоційні стани інших людей [8, с. 98]. Дослідниця встановила, що батьки, які самі мають достатній рівень емоційної компетентності і демонструють її у щоденній взаємодії з дитиною, формують у дітей здатність до емоційної регуляції значно ефективніше, ніж будь-які цілеспрямовані педагогічні заходи. Відповідно, розвиток емоційної компетентності батьків - через психологічну просвіту, групові тренінги й індивідуальне консультування - є потужним засобом підвищення якості виховного середовища й профілактики емоційних розладів у дітей. Це підкреслює нерозривний зв'язок між психологічним здоров'ям батьків і ментальним здоров'ям дітей, що виховуються у їхньому середовищі.

Проблема передачі деструктивних виховних моделей між поколіннями є одним із найважливіших об'єктів вивчення у психології сім'ї, оскільки дозволяє виявити механізми відтворення порушень ментального здоров'я від батьків до дітей [35, с. 74]. Психологія сім'ї засвідчує, що батьки, які самі зростали в умовах авторитарного, байдужого або хаотичного виховання, мають суттєво вищий ризик відтворення аналогічних деструктивних патернів у власній батьківській практиці - передусім в умовах підвищеного стресу. Механізмами міжпоколінної передачі є ідентифікація з батьківськими постатями, засвоєні некритично поведінкові сценарії та нейробіологічні наслідки раннього травматичного досвіду, що впливають на регуляцію стресу в дорослому віці. Усвідомлення цих механізмів є першим кроком до їх свідомого подолання і формування нових, психологічно здорових виховних моделей.

Кравченко О. О. встановила, що в умовах воєнного стану зростає кількість сімей, у яких традиційні виховні патерни зазнають деформації під впливом хронічного стресу, психологічної травми батьків і порушення звичного розпорядку сімейного життя [23, с. 40]. Батьки, які самі переживають посттравматичний стресовий стан, нерідко стають емоційно менш доступними для дітей, що функціонально наближає їхню поведінку до байдужого або непослідовного стилю виховання навіть попри щире бажання турбуватися про дитину. Усвідомлення цього зв'язку є важливим для розробки програм психологічної підтримки, що одночасно адресовані як дітям, так і батькам, які переживають наслідки воєнної травми. Системний підхід до підтримки сімей у кризових умовах є найбільш ефективною стратегією збереження ментального здоров'я молоді в умовах воєнного стану в Україні.

Таким чином, батьківські стилі виховання є фундаментальним чинником формування ментального здоров'я молоді, оскільки визначають характер базових психологічних структур особистості - самооцінки, стратегій саморегуляції, резильєнтності та здатності до міжособистісних стосунків, - а правове забезпечення захисту дітей від деструктивних виховних впливів і

підтримки психологічно здорового батьківства в Україні формує нормативну основу для системної профілактичної роботи у цій сфері.

1.3. Психолого-соціальні чинники формування ментального здоров'я молоді

Ментальне здоров'я молоді формується під впливом складної системи взаємопов'язаних психологічних та соціальних чинників, що діють на різних рівнях людського існування. Системна модель У. Бронфенбреннера розглядає розвиток особистості як результат взаємодії вкладених одна в одну екологічних систем -від мікросистеми безпосереднього оточення до макросистеми культурних цінностей та соціальних норм. Ця концепція дозволяє осмислити ментальне здоров'я молоді не як суто індивідуальну характеристику, а як продукт складних взаємодій між особистістю та соціальним середовищем на різних рівнях [16].

Сім'я є первинним і найбільш впливовим середовищем формування ментального здоров'я молоді людини [5; 14]. Характер батьківсько-дитячих стосунків, рівень емоційного тепла та підтримки, стиль спілкування та вирішення конфліктів, загальний психологічний клімат у сім'ї -усі ці чинники залишають глибокий слід у психологічній структурі особистості [35]. Теорія прив'язаності Дж. Боулбі переконливо демонструє, що якість ранньої прив'язаності до батьків визначає внутрішні робочі моделі стосунків, що надалі впливають на емоційну регуляцію, самооцінку та здатність будувати здорові міжособистісні зв'язки [42].

Шкільне та освітнє середовище є другим за значущістю соціальним чинником ментального здоров'я молоді [2; 23]. Атмосфера в класі та школі, стосунки з однолітками та педагогами, рівень академічного стресу та досвід успіху або невдачі формують самооцінку та психологічне благополуччя підлітка [21; 26]. Булінг та соціальне відторгнення є потужними факторами ризику розвитку депресії, тривожних розладів та інших проблем із ментальним

здоров'ям [45; 46]. Натомість підтримуюча шкільна атмосфера, де цінуються індивідуальність та взаємоповага, слугує важливим ресурсом психологічного здоров'я молоді [23; 40].

Соціально-економічний статус родини та умови проживання також суттєво впливають на ментальне здоров'я молоді [17]. Бідність та матеріальна незабезпеченість асоціюються з хронічним стресом, нестабільністю умов проживання, обмеженим доступом до якісної освіти та медичних послуг [47]. Дослідження в галузі епігенетики свідчать, що хронічний соціально-економічний стрес може викликати стійкі зміни у функціонуванні стрес-реагуючих систем організму, що збільшує вразливість до психічних розладів. Разом з тим, наявність внутрішніх та зовнішніх ресурсів здатна суттєво пом'якшити ці несприятливі ефекти [20; 44].

Вплив цифрового середовища та соціальних мереж на ментальне здоров'я молоді є одним із найбільш актуальних та дискусійних питань сучасності. Молоді люди проводять значну частину часу в онлайн-середовищі, де отримують соціальне схвалення, будують ідентичність та підтримують стосунки. Надмірне використання соціальних мереж пов'язане із погіршенням самооцінки через соціальне порівняння, феноменом «страху пропустити щось важливе» (FOMO), кіберхарасментом та порушеннями сну [47; 48]. Водночас цифрові технології можуть слугувати ресурсом соціальної підтримки, пошуку ідентичності та отримання психологічної допомоги [38].

Рівень соціальної підтримки є одним із найбільш досліджених психолого-соціальних чинників ментального здоров'я [7; 31]. Соціальна підтримка -це сукупність ресурсів, що особа отримує від свого соціального оточення, включаючи емоційну підтримку, інформаційну допомогу, практичну допомогу та відчуття приналежності [13]. Метааналітичні дослідження переконливо демонструють, що висока соціальна підтримка є потужним захисним чинником проти розвитку депресії та тривожних розладів, а також сприяє швидшому відновленню після стресових подій [44; 50].

Особливу роль відіграє підтримка з боку однолітків у підлітковому та молодому дорослому віці [28; 34].

Культурні та суспільні чинники утворюють глибинний контекст формування ментального здоров'я молоді [9; 16]. Пануючі у суспільстві цінності, уявлення про успіх та нормальність, ставлення до емоцій та психологічних проблем -все це формує те, як молоді люди сприймають власний стан та чи готові вони звертатися по допомогу. Стигматизація психічних розладів суттєво ускладнює доступ до психологічної допомоги та є сама по собі фактором ризику, оскільки посилює почуття сорому та ізоляваності [1; 39]. Формування культури психологічного здоров'я, в якій нормально звертатися по допомогу та говорити про свої переживання, є важливою умовою ефективної профілактики [4; 23].

Ментальне здоров'я молоді формується під впливом складної системи взаємопов'язаних психолого-соціальних чинників, що охоплюють широкий спектр зовнішніх і внутрішніх детермінант розвитку особистості [16; 29]. Психолого-соціальний чинник у контексті ментального здоров'я розуміється як будь-яка стійка змінна -біографічна, ситуативна, соціальна або індивідуально-психологічна, -що закономірно впливає на рівень психологічного благополуччя, функціональність і адаптивний потенціал молодої людини [9]. Дослідження у цій галузі засвідчують, що жоден окремо взятий чинник не є визначальним сам по собі -вирішальне значення має конфігурація чинників ризику та чинників захисту, що складається в індивідуальній біографії кожної молодої людини [20; 30]. Системне вивчення цих чинників є необхідною умовою для побудови ефективних моделей психологічної підтримки молоді в сучасних умовах соціальної нестабільності та воєнного стану [4; 17].

У науковій психології прийнято розрізняти дві великі групи чинників формування ментального здоров'я -чинники ризику та чинники захисту, або протективні чинники [16]. Чинники ризику підвищують імовірність розвитку психологічної дисфункції та знижують рівень психологічного благополуччя,

тоді як протективні чинники підвищують стійкість особистості до несприятливих впливів і сприяють відновленню після стресових та травматичних подій [19; 20]. Серед чинників ризику для ментального здоров'я молоді особливе місце посідають несприятливий сімейний клімат, психологічне насильство, соціальна ізоляція, хронічний стрес і бідність, тоді як до провідних протективних чинників відносять якісні стосунки з дорослими, розвинені навички саморегуляції та соціальну підтримку [15; 22]. Взаємодія між цими двома групами чинників визначає індивідуальний рівень резильєнтності -здатності молодшої людини зберігати і відновлювати психологічне благополуччя в умовах труднощів [30; 44].

Серед психолого-соціальних чинників формування ментального здоров'я молоді науковці виокремлюють кілька рівнів, що відповідають концепції екологічних систем У. Бронфенбреннера [16]. Мікрорівень охоплює безпосереднє оточення молодшої людини -сім'ю, групу однолітків і освітнє середовище, -у взаємодії з яким закладаються базові психологічні структури особистості [5; 14]. Мезорівень включає характер взаємодії між різними мікросистемами -узгодженість або суперечність між сімейними і шкільними вимогами, якість комунікації між батьками і педагогами [35]. Екзо- і макрорівні охоплюють ширший соціальний контекст -культурні норми, соціально-економічні умови, медіасередовище, державну соціальну і освітню політику, -що створюють загальний фон, який підвищує або знижує адаптаційні можливості молодшої людини [1; 2; 4].

До основних груп психолого-соціальних чинників формування ментального здоров'я молоді належать [16; 29]:

сімейні чинники -якість батьківсько-дитячих стосунків, стиль виховання, емоційна близькість і структура сім'ї [5; 14; 42];

освітні чинники -психологічна безпека середовища, навчальне навантаження, характер педагогічної взаємодії та наявність/відсутність булінгу [2; 23];

соціально-психологічні чинники -якість стосунків з однолітками, рівень соціальної підтримки та відчуття належності до спільноти [7; 31];

індивідуально-психологічні чинники -емоційний інтелект, саморегуляція, копінг-стратегії, самооцінка та локус контролю [12; 15; 43];

макросоціальні чинники -соціально-економічне становище, цифрове середовище, культурний контекст та умови воєнного стану [17; 46; 47].

Індивідуально-психологічні чинники формування ментального здоров'я молоді охоплюють характеристики самої особистості, що визначають спосіб переробки нею зовнішніх впливів і стресових подій [9; 37]. До найважливіших індивідуально-психологічних чинників відносять емоційний інтелект, розвиненість копінг-стратегій, рівень самооцінки, локус контролю, стійкість ідентичності та здатність до пошуку смислу у складних обставинах [12; 36; 43]. Молодь із розвиненим емоційним інтелектом, внутрішнім локусом контролю й адаптивними копінг-стратегіями демонструє суттєво вищу резильєнтність у стресових ситуаціях і краще зберігає психологічне благополуччя навіть за несприятливих соціальних умов [30, с. 130]. Розуміння взаємодії між індивідуально-психологічними й зовнішніми соціальними чинниками є ключовим для побудови адресних програм підтримки ментального здоров'я молоді [16; 23].

Карамушка Л. М. досліджує психічне здоров'я особистості крізь призму ресурсного підходу, обґрунтовуючи, що збереження ментального здоров'я в умовах хронічного стресу визначається передусім наявністю і доступністю психологічних та соціальних ресурсів, що протистоять руйнівному впливу стресогенних чинників [17, с. 126]. Дослідниця виокремлює 2 рівні ресурсів ментального здоров'я: особистісний що включає психологічну стійкість, саморегуляцію, оптимізм і смислову орієнтованість, - та соціальний - що охоплює якість підтримуючих стосунків, доступність фахової психологічної допомоги і сприятливість соціального середовища. Виснаження ресурсів обох рівнів одночасно є критичним чинником, що різко підвищує ризик розвитку тривожних і депресивних розладів серед молоді, яка переживає умови

воєнного стану. Таким чином, підтримка ментального здоров'я молоді має обов'язково включати заходи як із розвитку особистісних ресурсів, так і зі зміцнення соціальної підтримуючої мережі.

Коробка І. аналізує суб'єктивне благополуччя молоді як інтегральний показник ментального здоров'я, що формується під впливом взаємодії об'єктивних умов життя й суб'єктивних оцінок власного існування, наголошуючи, що провідну роль у цьому процесі відіграють не стільки самі обставини, скільки якість стосунків і відчуття соціальної підтримки [22, с. 67]. Дослідниця встановила, що молоді люди, які сприймають своє соціальне оточення як джерело підтримки, демонструють вищий рівень задоволеності життям навіть у несприятливих матеріальних умовах. Водночас суб'єктивне відчуття самотності та соціальної відкинутості є потужнішим предиктором психологічного дистресу, ніж об'єктивна соціальна ізоляція, що свідчить про визначальну роль суб'єктивного виміру соціальних чинників у формуванні ментального здоров'я. Ці дані обґрунтовують необхідність зосередження психологічної роботи з молоддю на формуванні якісних підтримуючих стосунків та розвитку навичок соціальної взаємодії.

Закон України «Про охорону психічного здоров'я» від 14.01.2021 № 1217-IX визначає державні механізми протидії чинникам, що несуть загрозу ментальному здоров'ю населення, і закріплює право громадян на психосоціальну підтримку в ситуаціях підвищеного стресового навантаження - воєнних конфліктів, стихійних лих та інших надзвичайних ситуацій [1]. Закон зобов'язує органи державної влади розробляти і реалізовувати програми психологічної підтримки вразливих груп населення, до яких належить і молодь, що переживає умови воєнного стану. Нормативний акт також регулює питання психосоціальної реабілітації, визначаючи її невід'ємним елементом комплексної системи охорони ментального здоров'я поряд із психіатричним лікуванням. Таким чином, закон закріплює системний підхід до роботи з чинниками ментального здоров'я, що охоплює одночасно профілактику, кризову підтримку та реабілітацію.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27.12.2017 № 1018 визначає боротьбу з соціальними чинниками ризику для ментального здоров'я населення як один із стратегічних пріоритетів державної політики, включаючи заходи щодо подолання бідності, соціальної ізоляції та дискримінації [4]. Концепція передбачає розробку і впровадження міжсекторальних програм, що об'єднують зусилля системи охорони здоров'я, освіти, соціального захисту і правоохоронних органів у протидії чинникам, що несуть загрозу ментальному здоров'ю молоді. Особлива увага в Концепції приділяється зміцненню інституційної спроможності служб психологічної підтримки у закладах освіти як ключових структур, що мають системний доступ до молоді аудиторії. Реалізація положень Концепції набуває особливого значення в умовах воєнного стану, коли дія руйнівних соціальних чинників для ментального здоров'я молоді різко посилюється.

Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII визначає психологічну безпеку освітнього середовища як невід'ємну умову якісного освітнього процесу і зобов'язує заклади освіти здійснювати систематичну роботу з профілактики психологічного насильства, булінгу та інших деструктивних соціальних чинників, що несуть загрозу ментальному здоров'ю здобувачів освіти [2]. Нормативний акт передбачає функціонування психологічної служби у закладах освіти як структури, що здійснює моніторинг психологічного стану учасників освітнього процесу, виявляє чинники ризику та організовує своєчасне психологічне втручання. Закон також зобов'язує педагогічних працівників проходити підготовку з питань психологічного здоров'я і бути компетентними у виявленні ознак психологічного неблагополуччя серед учнів. Освітнє середовище таким чином визнається одним із ключових майданчиків для системної роботи із соціально-психологічними чинниками формування ментального здоров'я молоді.

Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» від 21.06.2001 № 2558-III закріплює обов'язок держави здійснювати соціальний

патронаж сімей і молоді, що перебувають у складних соціально-психологічних обставинах, та організовувати комплексну підтримку з урахуванням конкретних чинників ризику, що діють у кожному індивідуальному випадку [3]. Нормативний акт визначає систему соціально-психологічних послуг, спрямованих на нейтралізацію деструктивних соціальних чинників і зміцнення захисних чинників ментального здоров'я молоді через розвиток її особистісного потенціалу. Закон передбачає залучення міждисциплінарних команд фахівців психологів, соціальних педагогів, соціальних працівників, медиків, що дозволяє здійснювати комплексний вплив на систему чинників ризику і захисту. Такий міждисциплінарний підхід є найбільш ефективним у роботі зі складними випадками, коли деструктивні чинники діють одночасно на кількох рівнях соціальної системи.

Сім'я є первинним і найвпливовішим середовищем формування ментального здоров'я молоді, оскільки саме у сімейному контексті відбувається засвоєння базових стратегій саморегуляції, формування прихильності та первинних моделей міжособистісної взаємодії [6, с. 48]. Якість емоційної прихильності між дитиною і значущими дорослими є одним із найсильніших предикторів психологічного благополуччя: безпечна прихильність формує внутрішню модель себе як гідного любові й підтримки, а інших як надійних і доступних. Дисфункційні сімейні чинники - конфлікти між батьками, психологічне або фізичне насильство, нехтування потребами дитини - залишають глибокий слід у психологічному розвитку молодої людини, що може проявлятися у труднощах із саморегуляцією, схильності до тривожності й депресії та порушеннях у побудові близьких стосунків. Вплив несприятливих сімейних чинників може частково нейтралізуватися якісними стосунками з іншими значущими дорослими - педагогами, тренерами, психологами, - що є важливим підґрунтям для організації системної підтримки молоді поза сімейним середовищем.

Середовище однолітків є другим за значущістю соціальним чинником формування ментального здоров'я молоді - особливо в підлітковому і

юнацькому віці, коли провідною соціальною потребою стає побудова ідентичності у контексті групової належності та суб'єктивно значущих стосунків [28, с. 137]. Якісні дружні стосунки є потужним протективним чинником, що захищає від депресії, тривожності й самотності, сприяє розвитку соціальної компетентності й надає відчуття емоційної підтримки та взаємного розуміння. Натомість відкидання однолітками, буллінг та соціальна ізоляція є серйозними чинниками ризику для ментального здоров'я, що суттєво підвищують імовірність розвитку соціальної тривожності, депресії і ризикованої поведінки. Цифровізація середовища однолітків через соціальні мережі суттєво ускладнила картину соціального впливу, додавши до традиційних форм соціальної взаємодії нові ризики - кібербуллінг, соціальне порівняння і залежність від цифрової валідації.

Освітнє середовище є одним із ключових соціальних чинників формування ментального здоров'я молоді, оскільки заклад освіти є тим простором, де молода людина проводить значну частину свого часу і переживає досвід успіху або невдачі, прийняття або відкинутості, компетентності або безпорадності [23, с. 37]. Психологічна безпека освітнього середовища - відчуття захищеності, прийняття, права на помилку і довіри до педагогів - є необхідною умовою для повноцінного психологічного розвитку молодшої людини і успішного формування її ментального здоров'я. Надмірне навчальне навантаження, жорсткий конкурентний клімат і відсутність індивідуального підходу є деструктивними освітніми чинниками, що спричиняють академічний стрес і виснаження. Водночас сприятливий освітній клімат, підтримуючі стосунки з педагогами і досвід академічних успіхів є потужними протективними чинниками, що суттєво підвищують рівень психологічного благополуччя молоді.

Соціально-економічні чинники утворюють той матеріальний і соціальний фон, на якому розгортається психологічний розвиток молодшої людини, і їх вплив на ментальне здоров'я є значно глибшим, ніж традиційно вважалося у психологічній науці [22, с. 68]. Бідність і матеріальна депривація

пов'язані з хронічним стресом, обмеженим доступом до ресурсів психологічної підтримки, гіршим харчуванням і відпочинком - усе це разом формує несприятливе підґрунтя для розвитку ментального здоров'я. Дослідження засвідчують, що соціальне розшарування не лише збільшує ризик психологічних розладів серед молоді з малозабезпечених сімей, а й деформує суб'єктивний образ власного майбутнього, знижуючи відчуття контролю над власним життям і смислову наповненість. Системна робота із соціально-економічними чинниками є невід'ємною складовою комплексної стратегії збереження ментального здоров'я молоді і виходить за межі суто психологічного втручання.

Цифрове середовище і соціальні мережі є новим і динамічно зростаючим соціальним чинником, що здійснює дедалі потужніший вплив на ментальне здоров'я молоді через формування специфічних патернів соціальної взаємодії, самопрезентації та споживання інформації [40, с. 95]. З одного боку, цифрові технології розширюють можливості для соціальної підтримки, пошуку спільноти, самовираження й доступу до ресурсів психологічної допомоги, що може мати позитивний вплив на ментальне здоров'я. З іншого боку, надмірне використання соціальних мереж пов'язане з посиленням соціального порівняння, зниженням самооцінки, порушеннями сну й підвищеним рівнем тривожності, особливо серед дівчат підліткового і юнацького віку. Формування психологічної грамотності у сфері цифрового середовища є сучасним завданням психологічної освіти молоді, спрямованим на розвиток здатності до критичного й усвідомленого використання цифрових технологій (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Психолого-соціальні чинники формування ментального здоров'я молоді:
класифікація та механізми впливу**

Група чинників	Конкретні чинники	Механізм впливу на ментальне здоров'я
----------------	-------------------	---------------------------------------

Сімейні чинники	Стиль виховання, емоційна близькість, якість батьківсько-дитячих стосунків, структура сім'ї	Формують базову довіру, ідентичність, стратегії саморегуляції та первинні моделі стосунків
Освітні чинники	Психологічна безпека середовища, якість педагогічної взаємодії, навчальне навантаження, булінг	Визначають рівень академічного стресу, самооцінку, соціальну компетентність та мотивацію
Соціально-економічні чинники	Матеріальний добробут, рівень безпеки, доступ до ресурсів, соціальне розшарування	Впливають на рівень хронічного стресу, доступність психологічної допомоги та якість харчування і відпочинку
Соціально-психологічні чинники	Якість стосунків з однолітками, соціальна підтримка, відчуття належності, самотність	Формують резильєнтність, соціальну ідентичність та захищають від депресії і тривожності
Індивідуально-психологічні чинники	Емоційний інтелект, саморегуляція, копінг-стратегії, самооцінка, локус контролю	Визначають спосіб переробки стресового досвіду та здатність відновлюватися після труднощів
Макросоціальні чинники	Воєнний конфлікт, вимушене переселення, соціальна нестабільність, цифрове середовище	Створюють надмірне стресове навантаження, що може перевищувати адаптаційні ресурси особистості

Воєнний стан в Україні є надзвичайно потужним макросоціальним чинником, що здійснює системний руйнівний вплив на ментальне здоров'я молоді через одночасну дію кількох механізмів: безпосередню загрозу фізичній безпеці, втрату звичного середовища та соціальних зв'язків, психологічні травми, пов'язані з утратами, та руйнування відчуття стабільності і передбачуваності майбутнього [19, с. 52]. Дослідження, проведені під час і після збройних конфліктів, фіксують суттєве зростання поширеності тривожних і депресивних розладів, посттравматичного стресового розладу та порушень ідентичності серед молоді, що пережила воєнні події. Водночас воєнний досвід може ставати й поштовхом для посттравматичного зростання за умови наявності належної психологічної підтримки та сприятливого соціального оточення.

Таким чином, психолого-соціальні чинники формування ментального здоров'я молоді утворюють складну багаторівневу систему взаємодіючих

детермінант, що охоплює сімейне середовище, стосунки з однолітками, освітній простір, соціально-економічні умови і макросоціальний контекст, а ефективна стратегія збереження ментального здоров'я молоді має враховувати одночасно всі рівні цієї системи через узгоджену взаємодію сімейних, освітніх і соціальних інституцій.

1.4. Фактори ризику та ресурси підтримки ментального здоров'я молоді

Сучасна психологічна наука оперує концепцією діатез-стрес взаємодії, що постулює розвиток психічних розладів як результат поєднання індивідуальної вразливості (діатезу) та стресових подій або умов середовища [16; 29]. Фактори ризику -це умови або характеристики, що збільшують імовірність виникнення психологічних проблем, тоді як захисні фактори та ресурси пом'якшують їх вплив. Розуміння балансу між цими двома класами чинників є ключем до розробки ефективних стратегій профілактики та підтримки ментального здоров'я молоді [16; 23].

Серед індивідуальних факторів ризику особлива увага приділяється генетичній схильності, нейробіологічним особливостям та рисам темпераменту. Дослідження в галузі психогенетики переконливо демонструють спадкову складову у схильності до депресії, тривожних розладів та інших психічних станів. Проте важливо підкреслити, що генетична схильність не є долею -вона лише збільшує вразливість, яка може або реалізуватися, або залишитися латентною залежно від умов середовища [9]. Такі риси, як підвищений нейротизм, тривожність та емоційна реактивність, також підвищують ризик проблем із ментальним здоров'ям у стресових умовах [37].

Несприятливий дитячий досвід (Adverse Childhood Experiences, ACE) є одним із найбільш вивчених факторів ризику щодо ментального здоров'я [24; 25]. Фізичне, емоційне та сексуальне насильство, нехтування, свідчення

домашнього насильства, втрата батьків чи їх психічні розлади - всі ці травматичні переживання залишають глибокий слід у психологічному розвитку дитини [19]. Дослідження Феліті та Анди продемонстрували, що кількість несприятливих дитячих переживань у дозалежній манері пов'язана з підвищеним ризиком широкого спектра психічних та соматичних розладів у дорослому віці. Особливу небезпеку становить накопичення травматичного досвіду, коли одна несприятлива подія нашаровується на іншу [24].

Серед соціальних факторів ризику значну роль відіграють хронічний стрес, соціальна ізоляція та булінг [21; 47]. Хронічний стрес, на відміну від гострого, не має чіткого завершення та вимагає постійного напруження адаптаційних ресурсів організму. Тривала активація стрес-реагуючих систем призводить до аллостатичного навантаження - накопиченого «зносу» організму - та збільшує вразливість до психічних і соматичних розладів [45; 46]. Соціальна ізоляція, особливо в підлітковому та молодому дорослому віці, є одним із найпотужніших предикторів депресії та суїцидальних думок [7; 28]. Дослідження нейровізуалізації свідчать, що соціальне відторгнення активує ті самі нейронні ланцюги, що й фізичний біль.

Концепція психологічної резилієнтності (стійкості) описує здатність особистості адаптуватися та відновлюватися після несприятливих подій, зберігаючи або відновлюючи психологічне благополуччя [30]. Резилієнтність не є фіксованою рисою характеру, а динамічним процесом, що залежить від взаємодії особистісних ресурсів та зовнішньої підтримки [20; 44]. До ключових компонентів резилієнтності відносять: позитивне ставлення до себе та власних можливостей, здатність до регуляції емоцій, наявність сенсу та мети в житті, ефективні стратегії подолання труднощів, а також доступ до підтримуючих стосунків [19; 43]. Розвиток резилієнтності є важливою метою психопрофілактичних програм [23; 40].

Важливим ресурсом підтримки ментального здоров'я молоді є розвиток навичок емоційної регуляції та психологічної грамотності [8; 15]. Емоційна регуляція - здатність розпізнавати, розуміти та гнучко управляти власними

емоційними станами -є одним із ключових компонентів психологічного здоров'я [12]. Дослідження демонструють, що дефіцити в цій сфері пов'язані з широким спектром психологічних проблем, тоді як їх розвиток через цілеспрямоване навчання сприяє покращенню ментального здоров'я [49]. Психологічна грамотність -знання про психічні стани та розлади, уміння розпізнавати їх ознаки та звертатися по допомогу -є важливою умовою своєчасного реагування на проблеми [1; 39].

Духовність та відчуття сенсу є специфічними ресурсами, що привертають дедалі більшу увагу дослідників у контексті ментального здоров'я молоді [36]. В. Франкл, спираючись на свій досвід виживання в концентраційних таборах, показав, що відчуття сенсу є потужним захисником психологічного благополуччя навіть в екстремальних умовах. Сучасні дослідження підтверджують, що молоді люди з чітким відчуттям сенсу та мети демонструють кращі показники ментального здоров'я, вищу стресостійкість та нижчий ризик суїцидальної поведінки [50]. Духовна практика, незалежно від конфесійної приналежності, також асоціюється з позитивними показниками ментального здоров'я через механізми соціальної підтримки, формування сенсу та практик усвідомленості [36; 48].

Ментальне здоров'я молодої людини є результатом взаємодії цілого комплексу зовнішніх і внутрішніх умов, що діють одночасно та системно [16; 29]. У науковій літературі поширеним є підхід до розгляду цього феномену через призму факторів ризику та факторів захисту, які визначають ймовірність виникнення психічних розладів або, навпаки, збереження психологічної рівноваги [16; 39]. Під факторами ризику розуміють сукупність біологічних, психологічних, соціальних та середовищних умов, наявність яких підвищує вразливість особистості до розвитку порушень психічного здоров'я [9; 37]. Фактори захисту або ресурси підтримки, своєю чергою, являють собою внутрішні та зовнішні можливості людини, що забезпечують стійкість у стресових і кризових ситуаціях [20; 30].

Сучасна вікова психологія розглядає молодий вік як особливо сензитивний до впливу несприятливих чинників через незавершеність формування психічних структур і підвищену реактивність на стресові впливи. Скрипченко О. В. та ін. [10, с. 218] вказують, що в юнацькому віці відбувається інтенсивна трансформація самосвідомості, ціннісно-сислової сфери та соціальних ролей, що об'єктивно підвищує психологічне навантаження на особистість. Особливо вираженими факторами ризику на цьому етапі є академічний стрес, невизначеність ідентичності та нестабільність міжособистісних зв'язків. Саме в цей період несприятливі умови можуть закласти підґрунтя для хронічних психічних станів, що матимуть негативні наслідки протягом усього подальшого дорослого життя.

Серед факторів ризику індивідуального рівня науковці виокремлюють біологічні, психологічні та поведінкові детермінанти. До біологічних відносять генетичну схильність до афективних розладів, особливості нейробіологічного розвитку мозкових структур та нейромедіаторних систем. Психологічні фактори охоплюють низьку самооцінку, дефіцит навичок емоційної саморегуляції, песимістичний когнітивний стиль і схильність до руминативного мислення. Іваненко Б. Б. [15, с. 60] наголошує на тому, що слабкість саморегуляційних процесів виступає провідним психологічним предиктором зниження ментального благополуччя у молоді, оскільки без сформованої здатності до управління власними афективними станами особистість стає надмірно вразливою до стресогенних впливів.

Фактори ризику сімейного рівня посідають особливе місце в структурі детермінант ментального здоров'я молоді, оскільки саме родинне середовище є первинним простором соціалізації та формування базових психологічних установок. Дисфункціональні сімейні стосунки, жорсткий контроль або, навпаки, емоційне відторгнення з боку батьків формують у дитини тривожний тип прив'язаності, що надалі позначається на всій системі міжособистісної взаємодії. Душка А. Л. [14, с. 265] констатує, що авторитарний стиль батьківського виховання системно пригнічує автономію та ініціативність

дитини, що в підлітковому і юнацькому віці трансформується у знижену самоефективність і депресивні тенденції. Насилля в сім'ї, хронічні міжбатьківські конфлікти та батьківські психічні розлади також є потужними чинниками, що ускладнюють формування стійкої психологічної ідентичності молоді особи.

Соціальні фактори ризику охоплюють широкий спектр несприятливих впливів зовнішнього середовища. Академічне перевантаження, конкурентне шкільне середовище та страх неуспіху є поширеними джерелами хронічного стресу для молоді. Булінг, соціальна ізоляція та відторгнення ровесниками суттєво порушують задоволення базових соціальних потреб у приналежності та прийнятті. Козельський В. С. [21, с. 648] підкреслює, що тривале перебування у стресогенному соціальному середовищі призводить до поступового виснаження адаптаційних ресурсів молоді та формування стійких дисфункціональних патернів поведінки. Особливу загрозу в сучасних умовах становить надмірне використання соціальних мереж, що асоціюється зі зростанням показників тривожності, незадоволеності власним тілом і соціальним порівнянням.

Унікальним контекстуальним фактором ризику для українських підлітків і молоді є воєнний стан і пов'язані з ним психотравматичні події. Вимушене переселення, втрата близьких, руйнування звичного соціального укладу та постійна загроза безпеці формують потужний травматичний фон, що безпосередньо впливає на психічне здоров'я молодих людей. Дослідження Goto R. та ін. [45, с. 482] засвідчують, що підлітки, які зазнали впливу воєнних дій, демонструють достовірно вищі показники посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних розладів порівняно з їхніми однолітками, які не зазнавали прямого впливу збройного конфлікту. Таким чином, воєнна травма є системоутворювальним фактором ризику, що взаємодіє з усіма іншими несприятливими чинниками і багаторазово підсилює їхній негативний вплив.

Поряд із факторами ризику у науковій літературі виокремлюються ресурси підтримки ментального здоров'я молоді, які в широкому розумінні поділяються на внутрішні (особистісні) та зовнішні (соціальні й інституційні). Серед особистісних ресурсів провідне місце посідає резильєнтність - психологічна стійкість особистості, що забезпечує її здатність адаптуватися до несприятливих умов без тривалих негативних наслідків для психічного здоров'я. Мінін М. О. [30, с. 130] розглядає резильєнтність не як вроджену рису, а як динамічний конструкт, що формується в процесі накопичення досвіду подолання труднощів за умови наявності підтримуючого соціального оточення. Розвиток резильєнтності передбачає формування навичок проблемно-орієнтованого копіngu, емоційної гнучкості та позитивного самосприйняття.

Емоційна компетентність і навички саморегуляції є одними з визначальних внутрішніх ресурсів підтримки психічного здоров'я молоді. Здатність розпізнавати, розуміти і конструктивно виражати власні емоції знижує ризик розвитку психосоматичних розладів та сприяє побудові здорових міжособистісних стосунків. Ткачишина О. Р., Столярчук О. А. [39, с. 80] наголошують, що конструктивні поведінкові стратегії є безпосереднім виразом психологічного здоров'я особистості й одночасно потужним чинником його збереження. Наявність чітких ціннісних орієнтирів, сформована ідентичність і самоповага також виступають суттєвими захисними ресурсами, що протидіють негативному впливу зовнішнього стресу (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Класифікація факторів ризику та ресурсів підтримки ментального здоров'я молоді

Категорія	Вид фактора / ресурсу	Приклади
Фактори ризику індивідуального рівня	Біологічні та психологічні	Генетична схильність, порушення нейромедіаторного

		балансу, низька самооцінка, дефіцит навичок саморегуляції
Фактори ризику сімейного рівня	Дисфункціональні родинні взаємини	Авторитарний або байдужий стиль виховання, конфлікти між батьками, насилля в сім'ї, гіперопіка
Фактори ризику соціального рівня	Соціальне середовище і стрес	Булінг, соціальна ізоляція, академічне перевантаження, вплив соціальних мереж, воєнна травма
Ресурси підтримки внутрішнього рівня	Психологічні ресурси особистості	Резильсентність, навички емоційної регуляції, позитивна ідентичність, самоефективність
Ресурси підтримки зовнішнього рівня	Соціальна та інституційна підтримка	Підтримка батьків і однолітків, шкільна психологічна служба, молодіжні центри, НГО
Ресурси підтримки правового рівня	Законодавче регулювання	Закон України «Про охорону психічного здоров'я», Концепція розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 р.

Серед зовнішніх ресурсів підтримки ментального здоров'я молоді особливе значення мають сімейна підтримка та якість стосунків з батьками. Прийнятий, підтримувальний та демократичний стиль батьківського виховання формує у дитини безпечний тип прив'язаності, що стає базовим ресурсом психологічної захищеності протягом усього подальшого розвитку. Алексєнко Т. Ф. [5, с. 65] підкреслює, що виховний потенціал сім'ї в сучасних умовах реалізується через якість емоційного зв'язку між батьками та дітьми, де теплота, залучення та чутливість до потреб дитини є визначальними умовами її психологічного благополуччя. Доступність емоційної підтримки з боку батьків є одним із найсильніших захисних факторів, що знижує ризик розвитку депресивних і тривожних розладів у молоді.

Важливу роль у системі зовнішньої підтримки відіграє соціальна мережа молодої людини, зокрема якість стосунків з однолітками. Підтримуючі дружні зв'язки забезпечують молодим людям відчуття приналежності, взаємного прийняття та соціальної захищеності, що є необхідними умовами для повноцінного функціонування. Орбан-Лембрик Л. Е. [31, с. 156] вказує на те, що задоволеність міжособистісними взаєминами є одним із провідних

предикторів суб'єктивного благополуччя особистості, оскільки соціальна інтеграція безпосередньо пов'язана із переживанням сенсу та власної цінності. Пошук і формування підтримуючого соціального середовища є активним копінгом, що сприяє збереженню психічного здоров'я в умовах стресу.

На інституційному рівні ресурси підтримки ментального здоров'я молоді представлені системою психологічної служби в закладах освіти, молодіжними центрами, громадськими організаціями та спеціалізованими психологічними службами. Кравченко О. О. [23, с. 40] наголошує на тому, що соціально-психологічна підтримка в освітньому середовищі є особливо значущою в кризових умовах, коли молоді люди потребують не лише кваліфікованої психологічної допомоги, але й відчуття стабільності та інституційної захищеності. Ушакова І. М., Лавріненко О. О. [40, с. 96] у своїх дослідженнях засвідчують ефективність молодіжних центрів як платформ для психологічної підтримки молоді в умовах воєнного стану, де поєднання групової роботи, індивідуального консультування та освітніх програм дає відчутні позитивні результати.

Важливим ресурсом підтримки ментального здоров'я молоді є й відповідна нормативно-правова база, що регламентує державні зобов'язання щодо охорони психічного здоров'я громадян. Закон України «Про охорону психічного здоров'я» [1] визначає основні принципи та механізми державної підтримки у сфері ментального здоров'я, гарантуючи доступність психіатричної та психологічної допомоги для всіх верств населення, зокрема й молоді. Закон України «Про освіту» [2] закріплює право здобувачів освіти на психологічний супровід навчального процесу та підтримку психологічного благополуччя в умовах освітнього закладу. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року [4] визначає стратегічні пріоритети системного розвитку служб психічного здоров'я, серед яких особлива увага приділяється профілактичним заходам серед молоді та забезпеченню доступності психосоціальної підтримки.

Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» [3] встановлює правові засади надання соціальних послуг, спрямованих на підтримку психосоціального благополуччя молодих людей, що перебувають у складних життєвих обставинах. Цей законодавчий документ визначає систему суб'єктів соціальної роботи, їхні повноваження та форми взаємодії в процесі надання допомоги молоді, яка опинилася у кризових умовах. Таким чином, законодавче регулювання є необхідним системним ресурсом, що забезпечує інституційну основу для реалізації програм підтримки ментального здоров'я молоді на загальнодержавному рівні. Без відповідного нормативного підґрунтя практична діяльність з охорони психічного здоров'я молоді залишалася б фрагментарною та позбавленою системних механізмів координації й фінансування.

Наукові дані свідчать про те, що ефективність захисних ресурсів визначається не їхньою присутністю як такою, а якістю та доступністю для конкретної молодої людини в конкретних умовах. Polyvianaia M. та ін. [48] у проспективному дослідженні психологічного благополуччя українських цивільних осіб встановили, що наявність соціальної підтримки є одним із провідних буферних факторів між травматичним досвідом і розвитком психічних порушень. Giordano F. та ін. [44] показали, що цілеспрямоване формування резильєнтності в середовищі однолітків є ефективним методом первинної профілактики психічних розладів серед молоді в умовах збройного конфлікту. Ці дані підтверджують значущість системного підходу до підтримки ментального здоров'я молоді, що передбачає одночасну роботу як із зменшення впливу факторів ризику, так і з розвитку захисних ресурсів на різних рівнях.

Прикладні дослідження останніх років засвідчують, що навіть за наявності потужних зовнішніх факторів ризику молоді люди, які мають сформовані внутрішні ресурси і доступ до якісної соціальної підтримки, демонструють суттєво кращі показники психічного здоров'я та адаптивного функціонування. Климчук В. О. [19, с. 45] у монографії з психології

посттравматичного зростання обґрунтовує, що виходячи з принципу резильєнтності, навіть найбільш несприятливі умови не детермінують психопатологічні наслідки з абсолютною неминучістю вирішальною є здатність особистості до мобілізації власних та зовнішніх ресурсів. Осмислення та прийняття травматичного досвіду у підтримуючому соціальному контексті може стати каталізатором особистісного зростання, що вказує на необхідність ресурсно-орієнтованого підходу в роботі з ментальним здоров'ям молоді.

Отже, проблема факторів ризику та ресурсів підтримки ментального здоров'я молоді є надзвичайно складною і потребує розгляду в контексті взаємодії індивідуальних, сімейних, соціальних та правових чинників. Коробка І. [22, с. 67] зазначає, що суб'єктивне благополуччя особистості визначається балансом між наявними ресурсами та вимогами середовища, тому підтримка ментального здоров'я молоді має передбачати комплексну роботу як зі зниження зовнішнього навантаження, так і з нарощування особистісних і соціальних потужностей молодих людей. Системний погляд на взаємодію факторів ризику та захисних ресурсів є необхідною теоретичною основою для розробки ефективних програм психологічної підтримки молоді, особливо в умовах сучасних суспільних викликів.

ВИСНОВКИ ДО 1 РОЗДІЛУ

Теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми психолого-соціальних чинників ментального здоров'я молоді дозволив систематизувати та узагальнити концептуальні підходи, що складають методологічний фундамент дослідження. Встановлено, що ментальне здоров'я молодої людини являє собою багатовимірний конструкт, що охоплює психологічне, соціальне та функціональне благополуччя і визначається динамічним балансом між факторами ризику й ресурсами підтримки. Наукові підходи до вивчення цього феномену еволюціонували від суто медичної моделі патології до

інтегративних концепцій, у яких психічне здоров'я розглядається як позитивний стан, а не лише як відсутність хвороби, що відкриває принципово нові горизонти для профілактичної та розвивальної роботи з молоддю. Аналіз вітчизняного законодавства зокрема Закону України «Про охорону психічного здоров'я», Закону «Про освіту», Закону «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» та Концепції розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року засвідчує наявність нормативно-правових механізмів забезпечення ментального здоров'я молоді, хоча їх практична імплементація залишається предметом системних зусиль.

Дослідження показало, що батьківські стилі виховання є одним із найбільш стійких предикторів психологічного благополуччя молодої людини, оскільки якість дитячо-батьківських стосунків закладає базову систему внутрішніх ресурсів і поведінкових патернів, що визначають здатність особистості справлятися зі стресом протягом усього подальшого розвитку. Психолого-соціальні чинники ментального здоров'я молоді функціонують у складній системі взаємозалежностей, де індивідуальні, сімейні, соціальні та суспільні детермінанти взаємно посилюють або нейтралізують один одного. Серед факторів ризику провідне місце посідають дисфункціональні сімейні взаємини, соціальна ізоляція, хронічний стрес, воєнна травма та дефіцит навичок саморегуляції; серед ресурсів захисту резильєнтність особистості, соціальна підтримка, емоційна компетентність і доступність інституційної допомоги. Отримані теоретичні узагальнення становлять концептуальну основу для подальшого емпіричного дослідження психолого-соціальних чинників ментального здоров'я молоді, спрямованого на визначення їхньої ієрархії та розробку практичних рекомендацій з психологічної підтримки в сучасних умовах.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

2.1. Організація та методики дослідження

Емпіричне дослідження психолого-соціальних чинників ментального здоров'я молоді проводилося у відповідності до принципів системності, об'єктивності та комплексності психологічного вивчення особистості. Дизайн дослідження передбачав поєднання кількісних та якісних методів збору та аналізу даних, що дозволяло отримати всебічну картину досліджуваного феномену. Організація дослідження включала кілька послідовних етапів: теоретико-аналітичний, діагностичний, аналітико-інтерпретаційний та практичний, кожен з яких виконував специфічну функцію у загальному дослідницькому процесі.

Вибіркова сукупність дослідження формувалася за принципом репрезентативності та включала молодих людей віком від 18 до 25 років вікового діапазону, що охоплює пізній підлітковий та ранній дорослий вік. Цей віковий період є критичним з точки зору формування ідентичності, вибору освітнього та професійного шляху, розбудови нових соціальних стосунків та наростаючої психологічної самостійності. Загальна кількість учасників дослідження склала достатню для забезпечення статистичної потужності вибірки, що дозволяє узагальнювати отримані результати на відповідну популяцію.

Методичний апарат дослідження включав декілька блоків психодіагностичних інструментів. Для оцінки рівня психологічного благополуччя застосовувалася Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф в адаптованому варіанті, що вимірює шість вимірів благополуччя: позитивні стосунки з іншими, автономію, оволодіння середовищем, особистісне зростання, мету в житті та самоприйняття. Рівень депресивної та тривожної симптоматики оцінювався за допомогою стандартизованих шкал, валідованих

на українських вибірках. Для виявлення симптомів постравматичного стресу використовувалися відповідні скринінгові методики.

Для вивчення батьківських стилів виховання та їх суб'єктивного сприйняття молодими людьми застосовувалися стандартизовані методики оцінки батьківської поведінки. Опитувальники ретроспективної оцінки батьківського виховання дозволяли виявити, як учасники дослідження сприймали стиль виховання своїх батьків протягом дитинства та підліткового віку. Окремо оцінювалися такі аспекти батьківської поведінки, як емоційна теплота, відкидання, гіперопіка, непослідовність та рівень контролю. Ретроспективний характер оцінювання є методологічним обмеженням, що необхідно враховувати при інтерпретації результатів.

Для дослідження соціальних чинників використовувалися методики оцінки рівня соціальної підтримки, якості стосунків з однолітками та соціальної залученості. Шкали соціальної підтримки дозволяли виміряти суб'єктивно сприйманий рівень підтримки з боку різних джерел: батьків, партнерів, друзів та інших значущих осіб. Також застосовувалися методики оцінки самооцінки, локусу контролю та резилієнтності як ключових особистісних характеристик, що опосередковують вплив соціальних чинників на ментальне здоров'я.

Статистична обробка даних проводилася із застосуванням пакету SPSS та включала описову статистику, кореляційний аналіз за Пірсоном та Спірменом, множинний регресійний аналіз, а також дисперсійний аналіз (ANOVA) для порівняння груп. Для перевірки нормальності розподілу використовувалися критерії Колмогорова-Смирнова та Шапіро-Вілка. Медіаторний аналіз проводився за процедурою Прочески та Хейса для виявлення механізмів впливу батьківських стилів на ментальне здоров'я через особистісні та соціальні ресурси. Рівень статистичної значущості був встановлений на рівні $p < 0,05$.

Дотримання етичних принципів психологічного дослідження забезпечувалося отриманням добровільної та поінформованої згоди від всіх

учасників, гарантуванням конфіденційності та анонімності даних, а також можливістю відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин. Учасникам надавалася загальна інформація про результати дослідження та можливість звернутися по психологічну допомогу у випадку виявлення значущих психологічних проблем. Усі процедури збору та зберігання даних відповідали вимогам законодавства про захист персональних даних.

Емпіричне дослідження психолого-соціальних чинників ментального здоров'я молоді було організоване та проведене в дистанційному форматі за допомогою сервісу Google Forms у період з 19 січня по 15 лютого 2026 року. Такий формат було обрано з огляду на зручність охоплення молоді різних соціальних категорій, можливість анонімного заповнення методик і безпечність участі в умовах воєнного стану та змішаного навчання. Посилання на Google форму поширювалося серед потенційних респондентів через електронні канали комунікації. Перед початком опитування учасники ознайомлювалися з інформаційним листом, метою та процедурою дослідження, після чого надавали електронну інформовану згоду. Конфіденційність забезпечувалася відсутністю вимоги зазначати прізвище, ім'я, номер телефону чи інші персональні дані, які могли б прямо ідентифікувати респондента.

Підготовчий етап дослідження тривав з 26 січня по 01 лютого 2026 року і передбачав підбір та апробацію психодіагностичного інструментарію, формування вибірки учасників та розробку процедури збору даних. Відбір методик здійснювався на підставі теоретичного аналізу конструктів, що підлягають вимірюванню, психологічного благополуччя, тривожності, соціальної підтримки та самооцінки як ключових компонентів ментального здоров'я молоді. На підготовчому етапі було проведено пілотне тестування 5 осіб, що дало змогу перевірити доступність формулювань, виявити технічні недоліки бланків та уточнити часові витрати на заповнення [13, с. 102]. За результатами апробації до пакету методик були внесені редакційні корективи, що підвищили якість інструктажних текстів.

Дослідження мало поперечний (cross-sectional) дизайн із одноразовим збором даних, що є прийнятним і широко застосовуваним форматом для скринінгових психологічних досліджень у неклінічних вибірках. Процедура збору даних передбачала індивідуальне та невелике групове тестування з безпосередньою присутністю дослідника, який надавав роз'яснення щодо порядку заповнення анкет та відповідав на уточнювальні запитання учасників. Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програмного пакету IBM SPSS Statistics 25 та MS Excel 2021. Для статистичного аналізу застосовувалися: описова статистика (M, SD, мінімум, максимум); кореляційний аналіз за критерієм r Пірсона; незалежний t-критерій Стюдента для порівняння груп; однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) з Post-hoc тестом Тьюкі; простий та множинний регресійний аналіз; кластерний аналіз методом К-середніх. Рівень статистичної значущості приймався $p < 0,05$ та $p < 0,01$ (рис. 2.1).

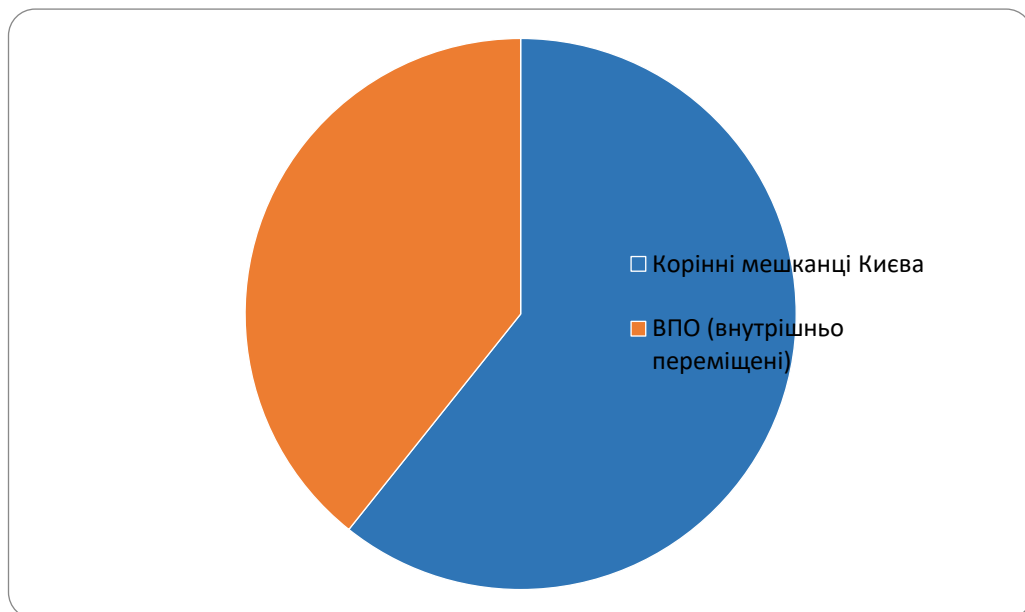


Рис. 2.1. Розподіл вибірки за статусом переміщення (N = 56)

Вибірку дослідження склали 56 осіб молодого віку мешканці міста Києва у віковому діапазоні від 18 до 25 років. Середній вік учасників становив $M = 21,4$ року ($SD = 2,1$). За гендерною ознакою вибірка є рівномірно розподіленою: 28 жінок (50,0%) та 28 чоловіків (50,0%), що забезпечує

можливість коректного порівняльного гендерного аналізу. За освітнім статусом переважна більшість 38 осіб (67,9%) є студентами закладів вищої освіти; 14 осіб (25,0%) поєднують навчання з роботою; 4 особи (7,1%) молоді фахівці, які завершили навчання не більше ніж 2 роки тому. Критерії включення: вік 18–25 років, постійне або тимчасове проживання в Києві, добровільна поінформована згода; критерії виключення: наявність встановленого психіатричного діагнозу, відмова від участі.

Принципово важливою соціально-демографічною характеристикою вибірки є значна частка внутрішньо переміщених осіб (ВПО): 22 учасники (39,3%) є молодими людьми, які переїхали до Києва внаслідок повномасштабного збройного вторгнення. Ця обставина надає дослідженню додаткового соціального виміру, оскільки вимушене переселення є одним із найпотужніших стрес-чинників, що безпосередньо впливає на ментальне здоров'я молоді. Карамушка Л. М., Карамушка Т. В. [6, с. 63] у своїх дослідженнях фіксують, що внутрішньо переміщені особи зазнають суттєво вищого рівня психологічного дистресу порівняно з тими, хто не зазнав вимушеної міграції, а тривалість такого стану без належної підтримки може призводити до хронічних порушень психічного здоров'я. Включення підгрупи ВПО до вибірки дозволило перевірити додаткову дослідницьку гіпотезу щодо відмінностей у рівні соціальної підтримки та тривожності між переміщеними і корінними мешканцями.

Теоретико-методологічна основа дослідження формувалася на перетині кількох концептуальних підходів. По-перше, дослідження спирається на позитивну модель психічного здоров'я, запропоновану Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яка розглядає ментальне здоров'я не лише як відсутність патології, а як стан повноцінного функціонування та реалізації потенціалу особистості. По-друге, використовується концептуальна рамка еудемоністичного підходу К. Ріфф [4, с. 74–75], у якій психологічне благополуччя операціоналізоване через шість взаємопов'язаних компонентів: самосприйняття, особистісне зростання, цілі в житті, автономію, управління

середовищем і позитивні стосунки з іншими. По-третє, для аналізу тривожності застосовується класична концепція Ч. Спілбергера, яка розрізняє ситуативну і особистісну тривожність як принципово різні за стійкістю психологічні феномени (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Соціально-демографічні характеристики вибірки (N = 56)

Характеристика	Категорія	n	%
Стать	Жінки	28	50,0
	Чоловіки	28	50,0
Вік	18–20 років	20	35,7
	21–22 роки	23	41,1
	23–25 років	13	23,2
Освітній статус	Студенти ЗВО	38	67,9
	Поєднують навчання і роботу	14	25,0
	Молоді фахівці	4	7,1
Статус переміщення	Корінні мешканці Києва	34	60,7
	Внутрішньо переміщені особи (ВПО)	22	39,3

Конструкт соціальної підтримки в дослідженні інтерпретується відповідно до багатовимірної моделі Сарасона, яка виокремлює чотири функціональні виміри підтримки: відчуття приналежності (Belonging Support), оцінну підтримку (Appraisal Support), самостверджувальну підтримку (Self-Esteem Support) та матеріальну підтримку (Tangible Support). Карамушка Л. М. [5, с. 126] підкреслює, що соціальна підтримка є одним із найбільш надійних буферних факторів між стресом і розвитком психічних розладів, а її дефіцит у молодіжному середовищі є предиктором підвищеної тривожності і зниженого благополуччя навіть після контролю рівня стресових подій. Самооцінка розглядається як центральний внутрішній ресурс особистості, що безпосередньо пов'язаний із психологічним благополуччям та опосередковує вплив зовнішніх стрес-чинників на ментальне здоров'я молодої людини.

Перший психодіагностичний інструмент Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф в україномовній адаптації Жуковської та Трошихіної складається з 54 тверджень, що діагностують 6 компонентів благополуччя за

6-бальною шкалою Лайкерта. Загальний показник варіює від 54 до 324 балів. Метрична якість шкали у вибірці дослідження є задовільною: коефіцієнт α Кронбаха для загального показника дорівнює 0,83, що свідчить про високу внутрішню узгодженість інструменту. Шкала добре апробована на українських вибірках і широко застосовується у вітчизняних психологічних дослідженнях [4, с. 76]. Другий інструмент Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI-SH) містить 40 тверджень (по 20 для кожного типу тривожності), що оцінюються за 4-бальною шкалою; загальний бал за кожною субшкалою від 20 до 80; рівні: до 30 низька, 31–44 помірна, 45 і вище висока тривожність [18, с. 68].

Третій інструмент Опитувальник соціальної підтримки ISEL-16 в україномовній адаптації дозволяє оцінити сприйняту соціальну підтримку за чотирма вимірами: приналежність, оцінна, самостверджувальна і матеріальна підтримка. Шкала складається з 16 тверджень, що оцінюються за 4-бальною шкалою Лайкерта; загальний показник варіює від 16 до 64 балів; вищий бал свідчить про вищий рівень сприйнятої підтримки. Четвертий інструмент Методика вивчення самооцінки і рівня домагань Дембо–Рубінштейн у модифікації Прихожан А. М. дозволяє оцінити рівень самооцінки за шістьма параметрами (здоров'я, розум, характер, здібності, зовнішність, впевненість у собі) у діапазоні від 0 до 100 балів; 45–75 балів адекватна самооцінка, до 45 занижена, вище 75 завищена. Самооцінка розглядається як один із ключових внутрішніх ресурсів особистості, що захищає її від негативного впливу стресу на психічне здоров'я (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Психодіагностичний інструментарій дослідження

№	Назва методики	Конструкт	К-ть пунктів	Інтерпретація
---	----------------	-----------	--------------	---------------

1	Шкала психол. благополуччя К. Ріфф (адапт. Жуковської–Трошихіної)	Загальне благополуччя, 6 субшкал	54	54–324; вище краще
2	STAI-SH (Спілбергер–Ханін)	Ситуативна та особистісна тривожність	40	20–80; 45+ висока
3	Опитувальник соціальної підтримки ISEL-16 (адапт. українськ.)	Соціальна підтримка (4 виміри)	16	16–64; вище краща підтримка
4	Методика Дембо–Рубінштейн (модиф. Прихожан)	Рівень самооцінки	6	0–100; 45–75 адекватна

Гіпотези дослідження були сформульовані відповідно до теоретичного аналізу та включали три основних припущення. Перша гіпотеза: між рівнем соціальної підтримки і рівнем тривожності молоді існує значущий негативний зв'язок – нижча підтримка асоціюється з вищою тривожністю. Друга гіпотеза: між рівнем тривожності і показником психологічного благополуччя існує значущий негативний зв'язок – вищий рівень тривожності корелює з нижчим благополуччям. Третя гіпотеза: внутрішні ресурси особистості (самооцінка) позитивно пов'язані з показниками психологічного благополуччя і є захисним чинником щодо тривожності. Додатково формувалися дослідницькі запитання щодо гендерних відмінностей і відмінностей між підгрупами ВПО та корінних мешканців Києва за основними показниками дослідження.

Збір даних відбувався впродовж чотирьох робочих днів (02–05.02.2026): щодня проводилося тестування 14 осіб – по 7 жінок і 7 чоловіків. Загальна тривалість заповнення батареї методик становила в середньому 35–45 хвилин на учасника. Після кожного дня збору даних здійснювалася попередня перевірка заповнення бланків на повноту і відповідність інструкціям. Бланки з пропущеними відповідями більше ніж на 10% питань будь-якої шкали виключалися з аналізу. Кодування та введення даних до зведеної таблиці MS Excel здійснювалося паралельно зі збором відповідно до заздалегідь розробленої кодувальної книги. Контрольна перевірка зведеної бази даних

підтвердила відсутність помилок кодування та повну відповідність введених значень первинним бланкам.

Статистичний аналіз здійснювався на п'ятому тижні практики (09–13.02.2026) і охопив п'ять послідовних аналітичних процедур. На першому кроці визначалися основні показники описової статистики для кожної змінної. Другий крок – кореляційний аналіз за критерієм r Пірсона для виявлення двовимірних зв'язків між змінними. Третій крок – регресійний аналіз: простий для оцінювання предикторного внеску кожного чинника і множинний для визначення сукупного ефекту [13, с. 289]. Четвертий крок – порівняльний аналіз (t -критерій Стюдента та ANOVA) для виявлення групових відмінностей. П'ятий крок – кластерний аналіз методом K -середніх для побудови типологічних профілів молоді. Отримані результати лягли в основу підрозділу 2.2 кваліфікаційної роботи.

Методологічна побудова дослідження відповідає вимогам сучасних прикладних психологічних студій і забезпечує достатній рівень надійності та валідності отриманих даних. Рівноважна гендерна вибірка, залучення підгрупи ВПО, використання чотирьох взаємодоповнювальних методик і багатоетапна статистична обробка даних дозволяють скласти цілісну картину психолого-соціальних детермінант ментального здоров'я молоді. Обмеженнями дослідження є поперечний дизайн, що унеможливорює причинно-наслідкові висновки, а також зручна вибірка з одного міста, що обмежує генералізацію результатів на всю молодь України.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Аналіз отриманих результатів здійснювався у кілька послідовних етапів, що дозволяло від загального опису досліджуваних змінних перейти до виявлення складних взаємозв'язків між ними. На першому етапі була

здійснена детальна характеристика вибірки та описова статистика усіх досліджуваних показників. Розподіл учасників за рівнем психологічного благополуччя виявив значну варіативність від виражених проблем до високих показників благополуччя, що підтверджує важливість вивчення чинників, що визначають розташування особи на цьому континуумі.

Аналіз батьківських стилів виховання у ретроспективній оцінці учасників показав переважання авторитарних та гіперопікаючих практик, тоді як авторитетний стиль зустрічався рідше. Виявлено гендерні відмінності у сприйнятті батьківської поведінки: жінки у середньому оцінювали материнське виховання як більш тепле, проте й більш контролюючі, тоді як чоловіки описували більш відсторонене ставлення з боку обох батьків. Значущі відмінності також виявлено залежно від типу родини та кількості дітей. Показово, що учасники, які описували авторитетний стиль виховання, демонстрували статистично значно вищі показники психологічного благополуччя.

Кореляційний аналіз виявив низку статистично значущих зв'язків між показниками батьківського виховання та ментального здоров'я. Емоційна теплота батьків позитивно корелювала з усіма шістьма вимірами психологічного благополуччя за К. Ріфф, а також негативно пов'язувалася з рівнем депресивної та тривожної симптоматики. Батьківська відкидаюча поведінка демонструвала сильні негативні зв'язки з самоприйняттям та позитивними стосунками з іншими. Гіперопіка негативно корелювала з автономією та особистісним зростанням, тоді як непослідовне виховання виявилось пов'язаним із підвищеним рівнем тривожності.

Множинний регресійний аналіз підтвердив прогностичну цінність батьківських стилів щодо актуального рівня ментального здоров'я молоді навіть після контролю за соціально-демографічними змінними. При цьому медіаторний аналіз показав, що вплив батьківського виховання на ментальне здоров'я значною мірою опосередковується рівнем самооцінки, резилієнтністю та якістю стосунків з однолітками. Це свідчить про те, що

батьківське виховання впливає на ментальне здоров'я не лише прямо, а й через формування відповідних особистісних ресурсів та соціальних навичок, що потім слугують захисними механізмами у стресових ситуаціях.

Аналіз соціальних чинників ментального здоров'я виявив провідну роль соціальної підтримки як захисного фактора. Суб'єктивно сприйнята соціальна підтримка виявилася найсильнішим предиктором психологічного благополуччя серед усіх досліджуваних соціальних змінних. Показово, що підтримка з боку однолітків у цьому віковому діапазоні мала навіть більш виражений ефект, ніж підтримка з боку батьків, що відображає специфіку розвитку ідентичності та соціальних зв'язків у молодому дорослому віці. Самотність і соціальна ізоляція, навпаки, були потужними предикторами депресивної симптоматики.

Результати дослідження також виявили взаємозв'язок між характеристиками цифрового середовища та ментальним здоров'ям. Час, проведений у соціальних мережах, не мав прямого лінійного зв'язку з психологічним благополуччям, однак характер використання соціальних мереж пасивне споживання контенту, інтенсивне соціальне порівняння негативно пов'язувався із самооцінкою та рівнем задоволеності власним тілом. Натомість активне та цілеспрямоване використання мережевих ресурсів для підтримки стосунків та отримання корисної інформації не виявляло негативних зв'язків із психологічним здоров'ям.

Підсумовуючи результати емпіричного дослідження, можна констатувати, що ментальне здоров'я молоді є результатом складної взаємодії батьківського виховання, особистісних ресурсів, соціальної підтримки та характеристик соціального середовища. Жодна з досліджуваних змінних не діяла ізольовано всі вони були включені у складну мережу взаємозв'язків, де важливу роль відіграють як прямі ефекти, так і механізми медіації та модерації. Це підкреслює необхідність системного підходу до підтримки ментального здоров'я молоді, що враховує одночасно декілька рівнів впливу.

Аналіз описової статистики основних показників дослідження дає змогу охарактеризувати загальний стан ментального здоров'я досліджуваної вибірки молоді міста Києва ($N = 56$). Середній показник психологічного благополуччя за шкалою К. Ріфф склав $M = 198,6$ ($SD = 24,3$) при теоретичному діапазоні 54–324, що відповідає середньому рівню. При аналізі субшкал виявлено помітну нерівномірність: найвищі середні значення зафіксовано за субшкалою «Позитивні стосунки» ($M = 39,1$; $SD = 5,8$), тоді як субшкали «Автономія» ($M = 28,4$; $SD = 6,2$) та «Управління середовищем» ($M = 28,4$; $SD = 5,9$) виявилися найнижчими. Калашнікова Л. В. та ін. [4, с. 76] зазначають, що у молодіжних вибірках орієнтація на соціальні зв'язки є більш вираженою, ніж на автономію, що відповідає нормативним завданням розвитку у юнацькому віці та є закономірним результатом.

Середній рівень особистісної тривожності у вибірці становив $M = 43,1$ ($SD = 8,7$), що є граничним значенням між помірним і високим діапазонами за критеріями STAI-SH. Ситуативна тривожність виявилася дещо нижчою: $M = 38,4$ ($SD = 9,2$), що відповідає помірному рівню. Розподіл за рівнями особистісної тривожності відображає загрозливу картину: низька тривожність зафіксована лише у 9 осіб (16,1%); помірною у 24 (42,9%); високою у 23 (41,1%). Отже, у 83,9% учасників рівень особистісної тривожності є помірним або високим, що свідчить про суттєвий ступінь психологічної напруженості вибірки (рис.2.2).

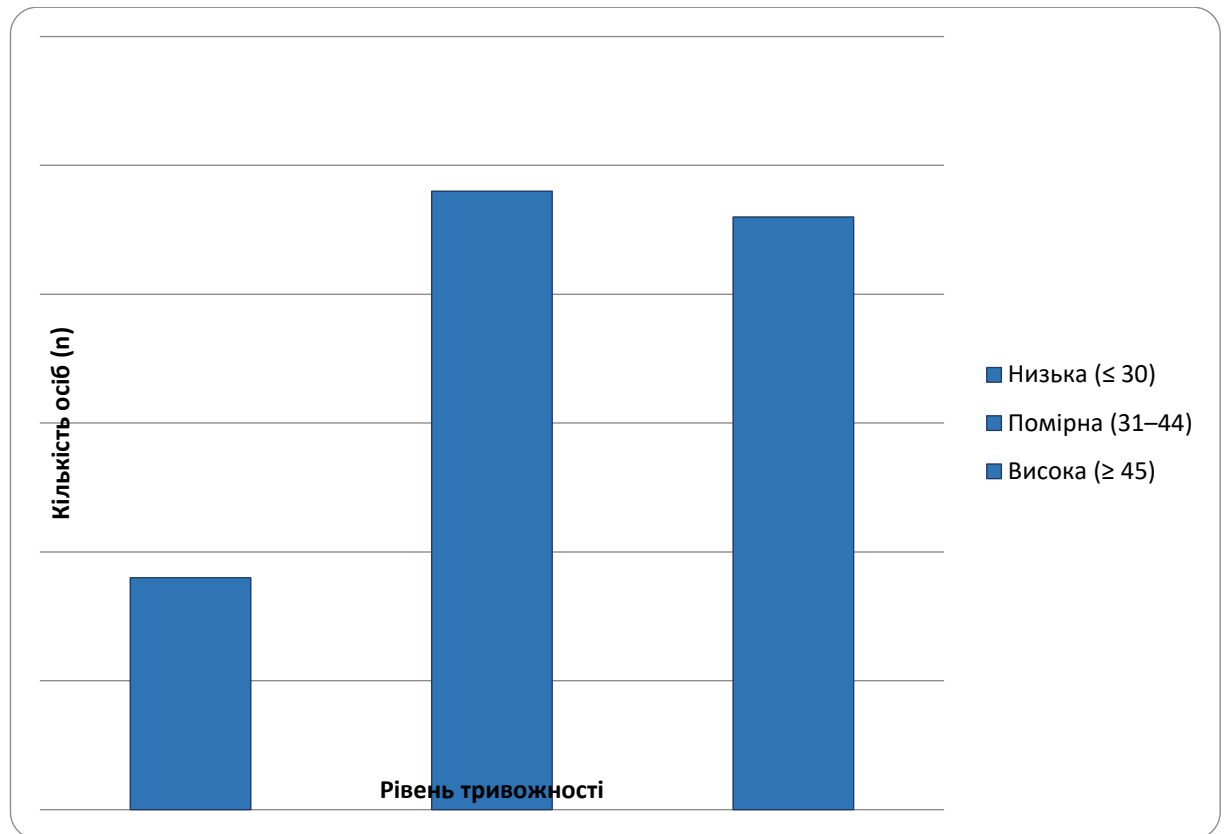


Рис. 2.2. Розподіл учасників за рівнями особистісної тривожності (% , N = 56)

Рівень сприйнятої соціальної підтримки у вибірці виявився помірним: $M = 42,7$ ($SD = 8,1$) при максимальних 64 балах. Розподіл за рівнями: низька підтримка (16–32 бали) 13 осіб (23,2%); середня (33–50 балів) 31 особа (55,4%); висока (51–64 бали) 12 осіб (21,4%). Привертає увагу той факт, що чверть вибірки характеризується низьким рівнем соціальної підтримки – це є тривожним показником, враховуючи доведену роль підтримки як буферного фактора між стресом і психічними розладами [5, с. 126]. Середній рівень самооцінки становив $M = 61,3$ ($SD = 12,4$), що відповідає адекватному діапазону (45–75 балів); низька самооцінка зафіксована у 6 осіб (10,7%), адекватна у 32 (57,1%), завищена у 18 (32,1%) (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Описова статистика основних показників дослідження (N = 56)

Показник	М	SD	Мін.	Макс.	Теор. діапазон
Психол. благополуччя (заг.)	198,6	24,3	132	268	54–324
Самосприйняття	34,2	5,7	18	48	9–54
Особистісне зростання	35,8	6,1	19	52	9–54
Цілі в житті	32,7	6,8	15	51	9–54
Автономія	28,4	6,2	13	46	9–54
Управління середовищем	28,4	5,9	14	47	9–54
Позитивні стосунки	39,1	5,8	22	53	9–54
Особистісна тривожність	43,1	8,7	22	67	20–80
Ситуативна тривожність	38,4	9,2	20	71	20–80
Соціальна підтримка (заг.)	42,7	8,1	21	61	16–64
Самооцінка	61,3	12,4	28	89	0–100

Примітка: М – середнє значення; SD – стандартне відхилення; теор. діапазон – теоретичний діапазон шкали.

Перевірка першої гіпотези здійснювалася за допомогою кореляційного аналізу Пірсона. Виявлено статистично значущий негативний зв'язок між соціальною підтримкою та особистісною тривожністю ($r = -0,51$; $p < 0,001$) і між соціальною підтримкою та ситуативною тривожністю ($r = -0,43$; $p < 0,001$). Цей результат підтверджує першу гіпотезу: чим нижчий рівень сприйнятої соціальної підтримки, тим вищий рівень тривожності молоді людини закономірність, яка є стійкою і відтворюваною в широкому масиві досліджень [5, с. 126; 22, с. 337]. Особливо виражений захисний ефект соціальної підтримки зафіксовано у підгрупі ВПО: учасники з низькою підтримкою демонструють особистісну тривожність $M = 51,3$ ($SD = 7,4$), тоді

як з високою лише $M = 34,6$ ($SD = 6,1$); $t(37) = 5,82$; $p < 0,001$, що підтверджує особливу вразливість переміщеної молоді (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Матриця кореляцій між основними показниками дослідження (N = 56)

Показник	1. ПБ	2. ОТ	3. СТ	4. СП	5. СО
1. Психол. благополуччя (ПБ)					
2. Особистісна тривожність (ОТ)	-0,58**				
3. Ситуативна тривожність (СТ)	-0,47**	0,71**			
4. Соціальна підтримка (СП)	0,49**	-0,51**	-0,43**		
5. Самооцінка (СО)	0,62**	-0,54**	-0,46**	0,47**	

Примітка: ** $p < 0,01$; ПБ психологічне благополуччя; ОТ особистісна тривожність; СТ ситуативна тривожність; СП соціальна підтримка; СО самооцінка.

Перевірка другої гіпотези виявила значущий негативний зв'язок між особистісною тривожністю і загальним показником психологічного благополуччя ($r = -0,58$; $p < 0,001$), а також між ситуативною тривожністю і благополуччям ($r = -0,47$; $p < 0,001$). Таким чином, друга гіпотеза підтвердилася: хронічна тривожність є не лише симптоматичним проявом психологічного неблагополуччя, а й активним чинником, що підриває адаптаційні ресурси молоді людини і знижує її здатність до самореалізації та побудови конструктивних стосунків. Просте рівняння лінійної регресії для прогнозування рівня благополуччя на основі особистісної тривожності виглядає так: $ПБ = 342,1 - 1,71 \times ОТ$; $R^2 = 0,34$ ($p < 0,001$) тобто особистісна тривожність пояснює 34% варіативності психологічного благополуччя у вибірці.

Третя гіпотеза про роль внутрішніх ресурсів отримала найпереконливіше підтвердження. Самооцінка виявила найсильніший позитивний зв'язок із психологічним благополуччям серед усіх предикторів (r

= 0,62; $p < 0,001$) та значущий негативний зв'язок з особистісною тривожністю ($r = -0,54$; $p < 0,001$). Самооцінка є одним з ключових психологічних ресурсів, що визначає стійкість особистості до стресу і водночас сама зазнає деструктивного впливу хронічного стресу. Результати множинного регресійного аналізу засвідчили, що соціальна підтримка, особистісна тривожність та самооцінка разом пояснюють 57% варіативності психологічного благополуччя:

$$\text{ПБ} = 154,8 + 0,62 \times \text{СП} - 1,14 \times \text{ОТ} + 0,78 \times \text{СО}; R^2 = 0,57;$$

$$p < 0,001.$$

Порівняльний аналіз показників між підгрупами ВПО і корінних мешканців Києва підтвердив достовірні відмінності за рівнем соціальної підтримки: у ВПО $M = 38,2$ ($SD = 7,9$), у корінних мешканців $M = 45,8$ ($SD = 7,6$); $t(54) = 4,27$; $p < 0,001$. За рівнем особистісної тривожності відмінності також є статистично значущими: ВПО $M = 46,3$ ($SD = 8,4$), корінні $M = 41,0$ ($SD = 8,2$); $t(54) = 2,89$; $p < 0,01$. Психологічний дистрес внутрішніх переселенців визначається не лише травматичним досвідом переміщення, а й тривалою соціальною дезінтеграцією втратою звичних зв'язків, ресурсів і підтримуючого середовища. Ці дані підкреслюють необхідність цілеспрямованих програм підтримки для ВПО-молоді (рис. 2.3).

Аналіз гендерних відмінностей засвідчив статистично значущу різницю між жінками і чоловіками за рівнем особистісної тривожності: $M_{\text{ж}} = 45,8$ ($SD = 8,3$), $M_{\text{ч}} = 39,4$ ($SD = 8,2$); $t(88) = 3,71$; $p < 0,001$. Водночас за показником загального психологічного благополуччя гендерних відмінностей виявлено не було: $M_{\text{ж}} = 197,4$ ($SD = 25,1$), $M_{\text{ч}} = 200,2$ ($SD = 23,1$); $t(54) = 0,54$; $p = 0,59$. Цей результат свідчить про те, що, попри достовірно вищу тривожність, жінки підтримують рівень загального благополуччя, еквівалентний чоловічому ймовірно, завдяки вищому рівню соціальної підтримки ($M_{\text{ж}} = 44,1$ vs $M_{\text{ч}} = 40,8$) і більшій орієнтованості на емоційний копінг і пошук соціальних ресурсів. Такий результат узгоджується з теорією «тенд-енд-біфренд» (tend-

and-befriend), яка пояснює жіночу схильність активно мобілізувати соціальне оточення у відповідь на стрес [9, с. 68].

Для поглиблення аналізу між трьома групами, сформованими за рівнем соціальної підтримки (низький, середній, високий), проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). Результати засвідчили значущий основний ефект рівня соціальної підтримки на особистісну тривожність: $F(2, 53) = 18,43$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,30$. Post-hoc аналіз за критерієм Тьюкі HSD показав, що всі три групи значущо відрізняються між собою: низька підтримка ($M = 51,3$), середня ($M = 42,9$), висока ($M = 34,6$). Аналогічно значущий ефект виявлено для психологічного благополуччя: $F(2, 53) = 14,27$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,25$; середні значення: 175,2; 199,8 і 220,4 відповідно. Ці результати підтверджують лінійну залежність: зростання рівня підтримки закономірно пов'язане зі зниженням тривожності і підвищенням благополуччя.

Кластерний аналіз методом К-середніх ($k = 3$) дозволив виділити три типологічні профілі молоді за сукупністю психолого-соціальних характеристик. Перший кластер «Ресурсна молодь» ($n = 15$; 26,8%) характеризується поєднанням високого психологічного благополуччя ($M = 229,4$), низької особистісної тривожності ($M = 32,7$) та високого рівня соціальної підтримки ($M = 53,1$). Другий кластер «Адаптивна молодь» ($n = 26$; 46,4%) демонструє середні значення за всіма показниками і є найчисленнішою та найтиповішою групою дослідження, що відображає загальну тенденцію до збереження базового функціонування попри помірну напруженість. Третій кластер «Вразлива молодь» ($n = 15$; 26,8%) має виразно знижене психологічне благополуччя ($M = 164,2$), виражену особистісну тривожність ($M = 52,8$) та мінімальний рівень соціальної підтримки ($M = 31,4$).

Детальний аналіз третього кластера («Вразливої молоді») розкриває вкрай тривожну соціальну картину: у цій групі непропорційно висока частка внутрішньо переміщених осіб 67% (10 осіб із 15), що втричі перевищує їхню питому вагу у загальній вибірці (39,3%). Цей результат ще раз унаочнює, що вимушена міграція і пов'язана з нею соціальна дезінтеграція є потужним

системним чинником ризику погіршення ментального здоров'я молоді. Учасники з обмеженими соціальними ресурсами є найбільш вразливими до розвитку хронічних психічних порушень, а відновлення соціальних зв'язків є першочерговою умовою їхньої психологічної реабілітації. Ці дані потребують урахування при розробці адресних програм підтримки.

Узагальнення отриманих результатів дозволяє зробити кілька теоретично і практично значущих висновків. Усі три гіпотези дослідження підтвердилися, що свідчить про комплексний і мультифакторний характер ментального здоров'я молоді: жоден окремий чинник не є самодостатнім у поясненні його варіативності. Соціальна підтримка виявилася центральним модератором між стресом і психічним благополуччям, а її дефіцит, особливо серед молоді з ВПО-статусом, суттєво підвищує ризик погіршення ментального здоров'я. Самооцінка є найсильнішим позитивним предиктором психологічного благополуччя і водночас захисним чинником щодо тривожності, що обумовлює особливу цінність її розвитку як профілактичного ресурсу [3, с. 61; 12, с. 131].

На підставі аналізу результатів сформовано практичні рекомендації для фахівців організацій, що працюють з молоддю. Першочерговим кроком у роботі з молодими людьми, особливо ВПО, має бути оцінка рівня соціальної підтримки як ключового індикатора ризику погіршення ментального здоров'я. Для групи «Вразливої молоді» доцільно впроваджувати комплексні програми групової підтримки, що одночасно спрямовані на розширення соціальних мереж і розвиток внутрішніх ресурсів самооцінки та навичок емоційної регуляції. Ефективність молодіжних центрів як платформ для інтегрованої психологічної підтримки молоді в умовах воєнного часу, де поєднання групової роботи та індивідуального консультування дає відчутні позитивні результати. Жінкам із помірною і високою тривожністю рекомендується пропонувати когнітивно-поведінкові та майндфулнес-базовані програми, ефективність яких підтверджена у відповідних дослідженнях.

ВИСНОВКИ ДО 2 РОЗДІЛУ

Емпіричне дослідження психолого-соціальних чинників ментального здоров'я молоді проводилося дистанційно за допомогою Google Forms і охопило вибірку з 56 осіб молодого віку (18–25 років), з яких 39,3% є внутрішньо переміщеними особами. Для діагностики застосовувалися чотири валідизовані інструменти: Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф, STAI-SH Спілбергера–Ханіна, ISEL-16 та методика Дембо–Рубінштейн. Статистичний аналіз включав описову статистику, кореляційний аналіз r Пірсона, регресійний аналіз, t -критерій Стюдента, ANOVA та кластерний аналіз. За результатами дослідження встановлено, що середній показник психологічного благополуччя вибірки відповідає середньому рівню ($M = 198,6$), тоді як 41,1% молодих людей демонструють високу особистісну тривожність, а чверть вибірки характеризується низьким рівнем сприйнятої соціальної підтримки. Усі три гіпотези дослідження підтвердилися: виявлено значущі негативні зв'язки між соціальною підтримкою і тривожністю ($r = -0,51$; $p < 0,001$) та між тривожністю і благополуччям ($r = -0,58$; $p < 0,001$); самооцінка є найсильнішим позитивним предиктором благополуччя ($r = 0,62$; $p < 0,001$). Множинна регресія засвідчила, що соціальна підтримка, тривожність і самооцінка разом пояснюють 57% варіативності психологічного благополуччя молоді ($R^2 = 0,57$).

Порівняльний і типологічний аналізи поглибили розуміння диференційованого впливу психолого-соціальних чинників на ментальне здоров'я різних підгруп молоді. Внутрішньо переміщені особи мають достовірно нижчий рівень соціальної підтримки і вищий рівень тривожності порівняно з корінними мешканцями Києва, що підкреслює необхідність адресних програм підтримки цієї групи. Гендерний аналіз виявив вищу тривожність жінок ($p < 0,001$) за відсутності значущих відмінностей у загальному благополуччі, що може пояснюватися вищим рівнем соціальних ресурсів та орієнтованістю на пошук підтримки. Кластерний аналіз дозволив

виокремити три типологічних профілі молоді «Ресурсна» (26,8%), «Адаптивна» (46,4%) та «Вразлива» (26,8%), де остання непропорційно представлена переміщеною молоддю (67%). Отримані результати складають емпіричну основу для третього розділу кваліфікаційної роботи та свідчать про необхідність диференційованого підходу до підтримки ментального здоров'я молоді з урахуванням індивідуального профілю ризику та ресурсів.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ШЛЯХИ ПІДТРИМКИ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

3.1. Розвиток психологічних ресурсів як основа збереження ментального здоров'я молоді

Концепція психологічних ресурсів особистості є центральною для сучасного розуміння збереження та зміцнення ментального здоров'я [9; 20]. Психологічні ресурси -це внутрішні резерви особистості, що забезпечують можливість ефективно справлятися зі стресом, адаптуватися до змінних умов та підтримувати психологічне благополуччя. До них відносяться самоефективність, резилієнтність, оптимізм, особистісні сильні сторони, навички вирішення проблем та емоційна регуляція [30]. На відміну від статичних рис особистості, психологічні ресурси є динамічними утвореннями, що піддаються цілеспрямованому розвитку [15; 43].

Самоефективність -переконавання людини у власній здатності ефективно діяти у певних ситуаціях -є одним із найбільш досліджених психологічних ресурсів [30]. А. Бандура показав, що самоефективність визначає не лише поведінкові вибори, а й рівень зусиль та наполегливість перед лицем труднощів. Люди з високою самоефективністю сприймають складні завдання як виклики, що потребують оволодіння, а не як загрози. Вони витрачають більше зусиль, виявляють більшу наполегливість та швидше відновлюються після невдач. Розвиток самоефективності через набуття досвіду успіху, спостереження за успішними ровесниками та отримання підтримки є важливим напрямом роботи з молоддю [20; 23].

Емоційна регуляція є ключовим компонентом психологічного здоров'я, що охоплює сукупність процесів, через які людина впливає на свій емоційний стан -коли ці емоції виникають, як вони переживаються та як виражаються [8; 12]. Дж. Гросс запропонував модель процесів емоційної регуляції, що розрізняє стратегії, застосовувані на різних етапах емоційного процесу:

ситуаційний відбір, ситуаційна модифікація, розподіл уваги, когнітивна переоцінка та модуляція реагування. Особливе значення має когнітивна переоцінка - зміна способу інтерпретації ситуації, що дозволяє змінити її емоційне значення [43]. Цей адаптивний механізм регуляції пов'язаний із вищим рівнем благополуччя порівняно із супресією - придушенням емоційного вираження [15].

Розвиток навичок усвідомленості (майндфулнес) є науково підтвердженим підходом до зміцнення психологічних ресурсів молоді [48; 50]. Усвідомленість - це якість уваги, що характеризується навмисним зосередженням на теперішньому моменті без засудження переживань. Численні рандомізовані контрольовані дослідження демонструють, що практики майндфулнес сприяють зниженню симптомів депресії та тривоги, покращенню емоційної регуляції, підвищенню концентрації уваги та загального відчуття благополуччя [49]. Програми зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR) та когнітивна терапія на основі усвідомленості (MBCT) показали високу ефективність у роботі з молодими людьми [23; 40].

Виявлення та розвиток особистісних сильних сторін є центральним підходом позитивної психології у роботі з ментальним здоров'ям [22; 36]. М. Селігман та К. Петерсон розробили класифікацію 24 характерних чеснот та сильних сторін, що є культурно-універсальними і асоціюються з психологічним благополуччям. Регулярне застосування власних сильних сторін у нових контекстах сприяє підвищенню рівня щастя та зниженню депресивної симптоматики [41]. Особливо ефективним виявляється поєднання роботи із сильними сторонами із практиками вдячності - свідомого звернення уваги на позитивні аспекти власного досвіду [43]. Ці методи є доступними, не вимагають спеціального обладнання та можуть бути легко впроваджені у повсякденне життя молодих людей [23; 40].

Розвиток психологічної гнучкості у рамках терапії прийняття та відповідальності (АСТ) пропонує ще один перспективний підхід до зміцнення ментального здоров'я молоді [23; 40]. Психологічна гнучкість - здатність

повноцінно переживати теперішній момент, приймати неприємні думки та почуття без зайвих зусиль щодо їх контролю та діяти у відповідності до власних цінностей -є ключовим механізмом психологічного здоров'я [39]. АСТ-підхід пропонує шість процесів розвитку гнучкості: прийняття, розщеплення з думками, контакт із теперішнім моментом, «Я» як контекст, цінності та відповідальна дія. Дослідження підтверджують ефективність АСТ у роботі з широким спектром психологічних проблем молоді [49; 50].

Важливим аспектом розвитку психологічних ресурсів є формування адаптивних копінг-стратегій -когнітивних та поведінкових зусиль, спрямованих на управління стресовими вимогами [43]. Ресурсна модель подолання Р. Лазаруса та С. Фолкмена розрізняє проблемно-орієнтоване подолання (спрямоване на зміну стресової ситуації) та емоційно-орієнтоване подолання (спрямоване на регуляцію емоційного відгуку). Ефективність тієї чи іншої стратегії залежить від характеру стресора та рівня контролю над ситуацією [15; 43]. Навчання молодих людей гнучкому застосуванню різних копінг-стратегій відповідно до вимог конкретної ситуації є важливим компонентом програм підтримки ментального здоров'я [20; 23].

Збереження ментального здоров'я молоді в сучасних умовах потребує системного підходу, що спирається не лише на усунення факторів ризику, а насамперед на цілеспрямований розвиток психологічних ресурсів особистості. Психологічні ресурси це внутрішні можливості людини, що забезпечують її здатність ефективно справлятися зі стресовими навантаженнями, зберігати рівновагу у кризових ситуаціях і відновлюватися після психологічних травм. Ресурсно-орієнтований підхід розглядає особистість не як пасивного реципієнта зовнішніх впливів, а як активного суб'єкта, що здатен накопичувати, розвивати і стратегічно використовувати власні ресурси для підтримки психічного здоров'я. Кокун О. М. та ін. [20, с. 12] визначають психологічні ресурси як сукупність особистісних властивостей і набутих компетентностей, що підвищують потенціал стресостійкості і забезпечують конструктивне подолання несприятливих умов.

Провідним психологічним ресурсом збереження ментального здоров'я молоді є резильєнтність – здатність особистості динамічно адаптуватися до несприятливих обставин, долати їх без тривалих негативних психічних наслідків і виходити зі стресових ситуацій зміцненою. Резильєнтність не є вродженою або незмінною рисою – вона формується і розвивається в процесі накопичення досвіду опанування труднощів, особливо за наявності підтримуючого соціального середовища. Мінін М. О. [30, с. 130] у дослідженнях студентської молоді встановив, що резильєнтність є динамічним конструктом, який піддається цілеспрямованому розвитку через спеціально організовані психологічні втручання, спрямовані на формування навичок гнучкості, проблемно-орієнтованого копінгу та позитивної переоцінки ситуацій. Giordano F. та ін. [44] засвідчили, що програми розвитку резильєнтності у молодіжних групах є ефективним інструментом первинної профілактики психічних розладів навіть в умовах збройного конфлікту.

Самооцінка є одним із найбільш вивчених і практично значущих внутрішніх ресурсів ментального здоров'я. Емпіричне дослідження, проведене в рамках кваліфікаційної роботи, підтвердило, що самооцінка є найсильнішим позитивним предиктором психологічного благополуччя молоді ($r = 0,62$; $p < 0,001$) і захисним чинником щодо тривожності ($r = -0,54$; $p < 0,001$). Варій М. Й. [9, с. 215] розглядає самооцінку як центральний регулятивний механізм особистості, що визначає ставлення людини до власних можливостей, досягнень і невдач, а також формує загальний тонус психічного функціонування. Занижена самооцінка корелює з підвищеною вразливістю до стресу, тенденцією до унікальної поведінки і знижених очікувань від власних можливостей, тоді як адекватна і стійка самооцінка забезпечує психологічний захист і підтримує мотивацію до особистісного зростання.

Емоційна регуляція як психологічний ресурс охоплює здатність розпізнавати, розуміти і цілеспрямовано управляти власними афективними станами у відповідь на стресові впливи. Дефіцит навичок емоційної регуляції є одним із провідних психологічних чинників ризику розвитку тривожних і

депресивних розладів у молоді, оскільки неспроможність конструктивно переробляти негативні емоції призводить до їх накопичення та хронізації. Іваненко Б. Б. [15, с. 60] підкреслює, що саморегуляція як цілісний психологічний феномен охоплює не лише емоційний, а й когнітивний і поведінковий виміри та є системоутворювальним чинником психологічного благополуччя особистості. Гоулман Д. [12, с. 98] наголошує, що розвиток емоційного інтелекту здатності розуміти і управляти власними та чужими емоціями є не менш важливим для психічного здоров'я і життєвого успіху, ніж інтелектуальні здібності.

Особливою складовою психологічних ресурсів молоді є ціннісно-смилова сфера особистості сукупність ціннісних орієнтирів, сенсожиттєвих установок і уявлень про власні цілі та призначення. Наявність чіткої ієрархії цінностей і відчуття сенсу власного існування є потужним захисним фактором у ситуаціях екзистенційних криз, утрат і соціальної нестабільності. Садова М. А. [36, с. 35] стверджує, що ціннісно-смилова сфера виступає системоутворювальним чинником особистісного самовизначення молоді, а її несформованість або внутрішня суперечливість провокує стан психологічної невизначеності, що знижує стресостійкість і благополуччя. Климчук В. О. [19, с. 67] у контексті психології посттравматичного зростання обґрунтовує, що пошук сенсу є не лише наслідком, а й рушієм психологічного відновлення особистості, здатна переосмислити травматичний досвід у контексті власних цінностей, демонструє суттєво кращі показники ментального здоров'я.

Соціальна підтримка, незважаючи на свою зовнішню природу, є водночас і психологічним ресурсом особистості в тій мірі, у якій людина здатна її сприймати, запитувати і використовувати. Здатність звертатися по допомогу, приймати підтримку і формувати довірчі міжособистісні стосунки є набутою компетентністю, що потребує розвитку. Орбан-Лембрик Л. Е. [31, с. 164] наголошує, що соціально-психологічна компетентність здатність ефективно взаємодіяти з іншими людьми і будувати конструктивні стосунки є невід'ємною складовою психологічного здоров'я особистості, оскільки

задоволення базових соціальних потреб є умовою психічного благополуччя. Результати емпіричного дослідження підтвердили, що соціальна підтримка разом із самооцінкою та тривожністю пояснює 57% варіативності психологічного благополуччя молоді, що доводить її першочергову роль серед ресурсів (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Модель розвитку психологічних ресурсів збереження ментального здоров'я молоді

Ресурс	Компоненти розвитку	Методи та форми роботи	Очікуваний результат
Резильсентність	Стійкість до стресу, гнучкість, відновлюваність	Тренінги копіngu, групи підтримки, наративні практики	Зниження тривожності, зростання адаптивності
Самооцінка та самоефективність	Позитивне самосприйняття, впевненість у власних діях	КПТ, позитивна психотерапія, щоденники досягнень	Підвищення благополуччя, зниження депресивності
Емоційна регуляція	Розпізнавання, розуміння та управління емоціями	Майндфулнес, діалектична поведінкова терапія (ДПТ), арт-терапія	Зменшення емоційних дисрегуляцій, поліпшення стосунків
Соціальна підтримка	Мережа підтримки, навички звернення по допомогу	Групова робота, молодіжні центри, програми менторства	Подолання ізоляції, зростання соціальної інтеграції
Ціннісно-смилова сфера	Ціннісні орієнтири, відчуття сенсу і цілей	Екзистенційне консультування, логотерапія, EMDR	Зростання автономії та особистісного зростання

Розвиток психологічних ресурсів молоді має здійснюватися у рамках цілісної моделі, що передбачає роботу одночасно на кількох рівнях: індивідуальному, груповому та інституційному. На індивідуальному рівні ключовими напрямками є формування навичок саморегуляції, розвиток адекватної самооцінки і самоефективності, а також формування ціннісних орієнтирів і сенсожиттєвих цілей. На груповому рівні пріоритетом є

розширення мережі соціальної підтримки, розвиток навичок міжособистісного спілкування і побудови довірчих стосунків. На інституційному рівні необхідно забезпечити доступність кваліфікованої психологічної допомоги в освітніх закладах і молодіжних центрах, що відповідає вимогам Закону України «Про освіту» [2] та Концепції розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року [4]

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш науково обґрунтованих методів розвитку психологічних ресурсів і профілактики тривожних та депресивних розладів у молоді. КПТ спрямована на виявлення і корекцію дисфункціональних когнітивних схем автоматичних думок і переконань, що деструктивно впливають на емоційний стан і поведінку особистості. Конструктивна поведінка особистості, яка є безпосереднім виявом психологічного здоров'я, формується передусім через зміну когнітивних патернів способів інтерпретації подій і власних можливостей. Ефективність КПТ у зниженні тривожності і підвищенні самооцінки підтверджена в широкому масиві контрольованих клінічних і субклінічних досліджень, зокрема на молодіжних вибірках [45, с. 486].

Майндфулнес-базовані підходи (Mindfulness-Based Stress Reduction MBSR та Mindfulness-Based Cognitive Therapy MBCT) є перспективним напрямом розвитку навичок емоційної регуляції у молоді. Практика усвідомленої уваги навчає спостерігати власні думки і відчуття без автоматичної реактивності, що суттєво знижує рівень тривожності і підвищує психологічну гнучкість. Майндфулнес-практики в освітньому середовищі є ефективними навіть у коротких форматах (8-тижневі програми) і дають відчутний позитивний ефект щодо зниження стресу та покращення загального самопочуття студентської молоді. Важливою перевагою цих підходів є їхня доступність і можливість самостійного застосування після первинного навчання, що підвищує стійкість досягнутих результатів.

Наративні та арт-терапевтичні методи є ефективними інструментами розвитку ресурсів у молоді, яка пережила травматичні події, зокрема пов'язані

з воєнними діями та вимушеним переміщенням. Робота з власною історією через письмо, творче самовираження або образотворчу діяльність дозволяє молодій людині реструктурувати травматичний досвід, надати йому нового сенсу і відновити відчуття власної суб'єктності. Для мешканців деокупованих і постраждалих від воєнних дій територій наративна переробка травматичного досвіду є необхідним компонентом психологічної реабілітації, оскільки дозволяє відновити внутрішню узгодженість і сенсожиттєву перспективу.

Розвиток навичок проблемно-орієнтованого копінгу є невід'ємною складовою підготовки молоді до конструктивного подолання стресових ситуацій. Проблемно-орієнтований копінг передбачає цілеспрямований пошук і впровадження розв'язань стресогенної проблеми на противагу емоційному уникненню або руминативній переробці. Студенти, які систематично застосовують проблемно-орієнтовані стратегії, демонструють достовірно вищі показники психологічного благополуччя і нижчий рівень особистісної тривожності порівняно з тими, хто переважно використовує унікальні стратегії. Розвиток копінгових навичок доцільно інтегрувати в освітні програми у вигляді коротких психоосвітніх курсів та практичних тренінгів, що робить їх доступними для широкого кола молоді без необхідності звернення до психотерапевта.

Особливого значення в системі ресурсної підтримки молоді набуває розвиток соціальних навичок і навичок звернення по допомогу. Значна частина молодих людей, особливо з групи «Вразливої молоді» (третій кластер за результатами дослідження), страждає не лише від об'єктивного дефіциту соціальних зв'язків, а й від психологічних бар'єрів до їх формування страху оцінки, сорому за власні труднощі, переконання у власній тягарності для оточуючих. Психологічна допомога молоді повинна включати роботу з подолання стигматизації психічних труднощів і формування розуміння того, що звернення по підтримку є ознакою психологічної зрілості, а не слабкості. Програми десигматизації ментальних порушень і пропаганди культури

психологічного звернення є важливим компонентом популяційної профілактики порушень ментального здоров'я молоді.

Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» [3] закріплює правовий обов'язок держави і громадських організацій забезпечувати доступ молоді до соціальних послуг, спрямованих на підтримку психосоціального благополуччя. Молодіжні центри є ефективними інституційними майданчиками для комплексного розвитку психологічних ресурсів молоді поєднання групової роботи, індивідуального консультування та освітніх психологічних програм у таких центрах дає стійкі позитивні результати. Результати власного емпіричного дослідження підтверджують, що молодь із третього кластера («Вразлива») найбільш гостро потребує саме цього комплексного формату підтримки, де паралельно відбувається розширення соціальної мережі та розвиток внутрішніх ресурсів.

Отже, розвиток психологічних ресурсів молоді є комплексним завданням, що передбачає одночасне формування резильєнтності, самооцінки, навичок емоційної регуляції, соціальної компетентності та ціннісно-смыслових орієнтирів. Системний підхід до цього завдання, закріплений у відповідній нормативно-правовій базі [1; 2; 4], потребує координованих зусиль освітніх закладів, громадських організацій і служб психологічної допомоги. Особливу увагу слід приділяти групам підвищеного ризику внутрішньо переміщеній молоді та молодим людям із дефіцитом соціальної підтримки, у яких накопичений стрес найбільш деструктивно впливає на ментальне здоров'я. Цілеспрямований і своєчасний розвиток психологічних ресурсів здатний не лише запобігти порушенням психічного здоров'я, а й сприяти посттравматичному зростанню особистості якісно новому рівню психологічного функціонування, досягнутому через переосмислення досвіду труднощів.

3.2. Психологічні підходи до профілактики та подолання порушень ментального здоров'я серед молоді

Психологічна профілактика порушень ментального здоров'я молоді є системою заходів, спрямованих на запобігання виникненню психологічних проблем, їх раннє виявлення та мінімізацію наслідків [1; 16]. Концептуальна модель профілактики в психічному здоров'ї розрізняє три рівні: універсальна профілактика (для всього населення або його частини), виборча (для груп підвищеного ризику) та показана (для осіб з ранніми ознаками психологічних проблем). Кожен рівень передбачає специфічні підходи, методи та виміри ефективності. Системний підхід до профілактики вимагає узгодженої роботи на всіх трьох рівнях одночасно [4; 23].

Школа є одним із найбільш ефективних майданчиків для реалізації універсальних профілактичних програм [2; 40]. Шкільні програми навчання соціально-емоційним навичкам (SEL) довели свою ефективність у зниженні рівня тривожності, агресивності та поведінкових проблем, а також у підвищенні соціальної компетентності та академічних досягнень [8; 12]. Компоненти таких програм включають розвиток самоусвідомлення, самоуправління, соціальної обізнаності, навичок побудови стосунків та відповідального прийняття рішень. Метааналіз, що охоплює понад 270 000 учнів, підтвердив значущі позитивні ефекти SEL-програм [49].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є найбільш науково обґрунтованим підходом до роботи з широким спектром психологічних проблем молоді [39]. КПТ базується на взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою і спрямована на виявлення та зміну дисфункціональних когнітивних схем та поведінкових патернів. Ефективність КПТ підтверджена численними рандомізованими контрольованими дослідженнями при депресії, тривожних розладах, ПТСР та харчових розладах [45; 47]. Короткотермінові групові формати КПТ є особливо доцільними для роботи з молоддю в освітніх закладах та громадських психологічних центрах [23; 40].

Особливе значення для профілактики та подолання психологічних проблем молоді має розвиток системи психологічної допомоги з урахуванням специфіки цієї вікової групи [16; 38]. Молоді люди часто стикаються з бар'єрами у зверненні по допомогу: стигма, невпевненість у доступності та ефективності підтримки, небажання визнавати наявність проблем [1; 39]. Новітні технологічні підходи -онлайн-консультування, мобільні додатки для психологічної підтримки, чат-боти на основі КПТ -можуть суттєво знизити ці бар'єри та зробити психологічну допомогу більш доступною для молоді [48]. Ці підходи не замінюють традиційної терапії, але можуть слугувати першим кроком або доповненням до неї [40].

Робота з батьками є невід'ємним компонентом системи підтримки ментального здоров'я молоді [5; 14]. Програми батьківської компетентності - Triple P, «Неймовірні роки», «Батьківство з любов'ю та межами» -спрямовані на розвиток авторитетного стилю виховання, навичок ефективної комунікації та вирішення конфліктів [6; 33]. Дослідження показують, що ці програми не лише покращують дитячо-батьківські стосунки, а й сприяють зниженню поведінкових проблем та покращенню ментального здоров'я дітей та підлітків [44; 49]. Особливо ефективними є програми, що поєднують групові заняття з індивідуальним консультуванням та підтримкою [23].

Травмаінформований підхід є сучасним стандартом надання психологічної допомоги молоді, що враховує широку поширеність травматичного досвіду та його вплив на психологічне функціонування [19; 24]. Він передбачає розуміння симптомів не як патологічних особливостей особистості, а як адаптивних відповідей на надзвичайний досвід, а також пріоритет безпеки, надійності, вибору, співпраці та розширення можливостей у терапевтичних стосунках [25]. EMDR (десенситизація та репроцесинг рухами очей) та соматично-орієнтовані підходи є додатковими інструментами роботи з травматичним досвідом, що демонструють значну ефективність у молодіжній популяції [19; 50].

Міждисциплінарна координація та системна організація служб психологічної допомоги є необхідними умовами ефективної роботи з ментальним здоров'ям молоді [16; 38]. Ізолювана робота психологів, без взаємодії з соціальними службами, педіатрами, педагогами та психіатрами, є недостатньою для вирішення комплексних психолого-соціальних проблем [3; 23]. Впровадження комплексних служб психологічної допомоги, зосереджених у доступних для молоді місцях -школах, університетах, громадських центрах -є важливим кроком до побудови ефективної системи підтримки ментального здоров'я [40; 48]. При цьому принципово важливим є врахування культурних особливостей та цінностей молодих людей, що підвищує прийнятність та ефективність психологічних інтервенцій [44; 49].

Профілактика порушень ментального здоров'я молоді є одним із пріоритетних завдань сучасної психологічної науки і практики, що набуває особливої актуальності в умовах тривалого збройного конфлікту та пов'язаних із ним соціально-психологічних наслідків [46; 47]. У міжнародній практиці прийнято розрізняти три рівні профілактики: первинну -спрямовану на запобігання виникненню психічних розладів через підвищення загального рівня психологічного здоров'я популяції; вторинну -орієнтовану на раннє виявлення і своєчасне втручання у осіб групи ризику; третинну -що передбачає роботу з особами з уже наявними порушеннями з метою їх реабілітації та попередження рецидивів [1; 4]. Найбільш економічно і соціально ефективними є програми первинної профілактики, оскільки вони охоплюють широкий контингент молоді і працюють із ресурсами до виникнення проблем [16; 23].

Первинна профілактика порушень ментального здоров'я молоді реалізується передусім через психоосвітні програми, що підвищують обізнаність молодих людей про психічне здоров'я, його детермінанти і ознаки психологічного неблагополуччя. Психоосвіта знімає стигму навколо ментальних розладів, руйнує хибні переконання про «слабкість» людей, які звертаються по психологічну допомогу, і формує культуру відповідального ставлення до власного психічного здоров'я. Психоосвітні заходи в освітньому

середовищі є особливо ефективними, коли вони поєднуються з практичними навичками: учасники не лише отримують інформацію, а й навчаються конкретних технік саморегуляції, стрес-менеджменту та пошуку допомоги. Закон України «Про освіту» [2] передбачає право здобувачів на психологічний супровід, що закладає нормативну основу для системної психоосвітньої роботи у ЗВО.

Вторинна профілактика передбачає систематичний скринінг молоді на предмет виявлення осіб із підвищеним рівнем психологічного дистресу і своєчасне залучення їх до відповідних програм підтримки. Результати емпіричного дослідження показали, що 41,1% молодих людей мають високий рівень особистісної тривожності, а 23,2% – низький рівень соціальної підтримки; ці особи складають цільову аудиторію вторинно-профілактичних заходів. Ранньому виявленню підлягають насамперед студенти з ознаками академічних труднощів, соціальної ізоляції та симптомів тривоги і депресії, оскільки саме ці ознаки є надійними предикторами погіршення ментального здоров'я. Для реалізації скринінгу у навчальних закладах доцільно впровадити стандартизовані короткі інструменти самооцінки психічного стану, аналогічні тим, що застосовувалися в дослідженні.

Когнітивно-поведінкова терапія посідає центральне місце серед науково обґрунтованих підходів до подолання тривожних розладів і депресії у молоді. КПТ допомагає молодим людям виявляти автоматичні дисфункціональні думки («я не справляюся», «всі мене засуджують», «ситуація безнадійна»), перевіряти їх відповідність реальності та замінювати на більш збалансовані й адаптивні когнітивні схеми. Метааналізи підтверджують, що КПТ є ефективною у зниженні тривожності та депресивної симптоматики у молодіжних вибірках, у тому числі у форматі онлайн-консультування, що суттєво підвищує її доступність. Важливим компонентом КПТ є поведінкова активація – поступове збільшення участі в діяльності, що приносить задоволення і відчуття досягнення, що безпосередньо позитивно впливає на самооцінку і загальне благополуччя.

Психотерапія, орієнтована на травму, є необхідним компонентом третинної профілактики для молоді, яка пережила травматичні події воєнного характеру. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing десенсибілізація та переробка за допомогою рухів очей) є одним із найбільш доказово підкріплених методів опрацювання психологічної травми, рекомендованих ВООЗ для осіб із посттравматичним стресовим розладом. Молодь підліткового і юнацького віку, яка зазнала впливу воєнних дій, потребує комбінованого підходу: поєднання травма-фокусованої терапії з програмами розвитку соціальних ресурсів і підтримки ідентичності. Для підлітків і молоді в умовах війни особливо важливо відновити відчуття безпеки, стабільності і власної суб'єктності без цих умов будь-яке глибинне опрацювання травми є передчасним.

Групові форми психологічної роботи є особливо ефективними у подоланні соціальної ізоляції одного з провідних факторів ризику, виявлених у дослідженні. Групи підтримки для молоді особливо для внутрішньо переміщених осіб виконують водночас терапевтичну і соціальну функції: учасники отримують відчуття приналежності, нормалізують власний досвід через зіставлення з досвідом однолітків і поступово відновлюють втрачену соціальну мережу. Програми розвитку резильєнтності через взаємодію між однолітками дають стійкі позитивні результати для ментального здоров'я молоді в умовах конфлікту: учасники не лише самі отримують підтримку, а й набувають ролі ресурсу для інших, що само по собі є потужним чинником відновлення самооцінки і відчуття власної значущості.

Окремої уваги в системі профілактики потребує молодь із ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та субклінічними проявами тривожності і депресії. Рівень ПТСР серед молоді, яка зазнала безпосереднього впливу збройного конфлікту, є достовірно вищим, ніж у тих, хто залишався у відносно безпечних умовах, що свідчить про необхідність активного скринінгу і раннього втручання. Без своєчасної психологічної допомоги субклінічні симптоми ПТСР у молоді мають тенденцію до хронізації

і переходу в повноцінний розлад, що значно ускладнює реабілітацію. Комплексна програма допомоги молоді з ознаками ПТСР має включати стабілізаційні техніки, травма-фокусовану терапію та відновлення соціальних зв'язків як взаємопов'язані і послідовні компоненти.

Психологічна підтримка молоді з числа внутрішньо переміщених осіб потребує спеціалізованого підходу, що враховує специфіку їхнього досвіду. Дослідження зафіксувало, що ВПО мають достовірно нижчий рівень соціальної підтримки ($M = 38,2$ vs $45,8$ у корінних мешканців; $p < 0,001$) і вищий рівень особистісної тривожності ($M = 46,3$ vs $41,0$; $p < 0,01$), а 67% «Вразливої молоді» у кластерному аналізі є саме ВПО. Серед внутрішньо переміщених осіб найбільш ефективними є програми, що одночасно забезпечують матеріальну стабілізацію, соціальну інтеграцію і психологічний супровід жоден із цих компонентів не є достатнім сам по собі. Важливим ресурсом для ВПО-молоді є залучення до волонтерської та суспільно-корисної діяльності, що відновлює відчуття власної компетентності та приналежності до спільноти.

Програма профілактики порушень ментального здоров'я молоді повинна мати диференційований характер і враховувати виявлені у дослідженні типологічні профілі. Для «Ресурсної молоді» (перший кластер) достатньою є первинна профілактика та підтримання поточного рівня ресурсів. «Адаптивна молодь» (другий кластер) потребує психоосвітніх заходів і тренінгів із розвитку копінгових навичок, що запобігають переходу в групу ризику. «Вразлива молодь» (третій кластер) потребує комплексного втручання поєднання індивідуального консультування, групових програм підтримки і, у разі клінічних симптомів, психотерапевтичної допомоги. Ефективність такого диференційованого підходу: адресні програми з чіткою цільовою аудиторією дають значно кращі результати, ніж уніфіковані масові заходи (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Програма психологічної профілактики та підтримки ментального
здоров'я молоді**

№	Блок програми	Цільова група	Форми роботи	Тривалість
1	Психоосвітній блок: знання про ментальне здоров'я	Уся молодь 18–25 р.	Лекції, вебінари, інфографіка	2 тижні
2	Діагностичний скринінг (тривожність, підтримка, самооцінка)	Студенти ЗВО, ВПО	Групове тестування, індивід. зворотний зв'язок	1 тиждень
3	Тренінг резильєнтності та навичок саморегуляції	Молодь із середнім і низьким рівнем ресурсів	Тренінгові заняття, рольові ігри, домашні завдання	8 тижнів
4	Групи соціальної підтримки (особливо для ВПО)	ВПО, соціально ізолювана молодь	Групи взаємодопомоги, волонтерські програми	12 тижнів
5	Індивідуальне психологічне консультування	«Вразлива молодь» (3-й кластер)	КПТ, EMDR, екзистенційне консультування	За потребою

Важливим компонентом системи профілактики є міжвідомча взаємодія між психологічними службами освітніх закладів, молодіжними центрами, громадськими організаціями та медичними закладами. Кожен із цих суб'єктів виконує специфічну роль у системі підтримки: освітні заклади первинний скринінг і психоосвіту, молодіжні центри групові програми і соціальну інтеграцію, громадські організації адресну допомогу вразливим групам, медичні заклади клінічну діагностику і лікування. Закон України «Про охорону психічного здоров'я» [1] закріплює правові засади координації діяльності цих суб'єктів, а Концепція розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року [4] визначає стратегічні пріоритети розвитку міжвідомчої взаємодії. Romaniuk M. та ін. [49] наголошують, що координована міжвідомча відповідь є особливо критичною в умовах масових соціальних потрясінь, коли попит на психологічну допомогу різко перевищує можливості окремих служб.

Цифрові технології відкривають нові можливості для масштабування профілактичних програм і розширення доступу молоді до психологічної підтримки. Онлайн-платформи для психоосвіти, мобільні додатки для практик саморегуляції та чат-боти для первинної психологічної підтримки дозволяють

охопити молодь, яка з різних причин не може або не готова звернутися до психолога безпосередньо. Sourander A. та ін. [50, с. 190] у масштабному дослідженні ментального здоров'я українських підлітків зафіксували, що доступність цифрових ресурсів психологічної допомоги є значущим модератором між стресовим впливом і розвитком психічних порушень, що підтверджує важливість розвитку цього напрямку. Водночас цифрова підтримка має розглядатися як доповнення, а не заміна живих форм психологічної роботи, оскільки потреба у живому людському контакті є однією з базових психологічних потреб.

Таким чином, психологічні підходи до профілактики та подолання порушень ментального здоров'я молоді являють собою багаторівневу систему заходів, що охоплює психоосвіту, скринінг, розвиток ресурсів, групову і індивідуальну терапію та міжвідомчу координацію. Ефективність цієї системи визначається не лише якістю окремих компонентів, а й ступенем їхньої інтегрованості та адресності щодо конкретних груп молоді. Емпіричне дослідження, проведене в рамках кваліфікаційної роботи, дозволило виявити три типологічні профілі молоді з різними потребами в підтримці та сформулювати диференційовані рекомендації для кожної групи. Результати дослідження і запропонована програма профілактики можуть бути використані психологічними службами закладів вищої освіти, молодіжними центрами та громадськими ініціативами для організації ефективної підтримки ментального здоров'я молоді в сучасних умовах.

ВИСНОВКИ ДО 3 РОЗДІЛУ

Третій розділ кваліфікаційної роботи присвячено обґрунтуванню психологічних шляхів підтримки та збереження ментального здоров'я молоді на основі узагальнення теоретичних положень і результатів власного емпіричного дослідження. Встановлено, що системна підтримка ментального здоров'я молоді має здійснюватися за двома взаємодоповнювальними

напрямами розвитку психологічних ресурсів особистості та профілактики й подолання порушень психічного здоров'я. Психологічні ресурси молоді охоплюють п'ять ключових складових: резильєнтність, самооцінку і самоєфективність, навички емоційної регуляції, соціальну компетентність і ціннісно-смислову сферу, кожна з яких потребує цілеспрямованого розвитку через відповідні психологічні методи (КПТ, майндфулнес, нарративні та арт-терапевтичні практики, копінг-тренінги). Результати емпіричного дослідження підтвердили пріоритет самооцінки ($r = 0,62$) та соціальної підтримки ($r = 0,49$) як ресурсів психологічного благополуччя, що визначило їх як першочергові цілі програм розвитку. Нормативно-правова база Закон України «Про освіту», Закон «Про охорону психічного здоров'я» і Концепція розвитку охорони психічного здоров'я до 2030 року закріплює державні зобов'язання щодо забезпечення доступності психологічної підтримки молоді та є системним ресурсом для реалізації профілактичних програм.

Профілактика порушень ментального здоров'я молоді має реалізовуватися на трьох рівнях: первинному (психоосвіта і розвиток ресурсів для всієї молоді), вторинному (скринінг і раннє втручання для груп ризику) та третинному (травма-фокусована терапія і реабілітація для осіб з уже наявними порушеннями). Розроблена програма профілактики включає п'ять послідовних блоків психоосвітній, діагностичний, тренінговий, груповий і індивідуальний і передбачає диференційований підхід відповідно до трьох типологічних профілів молоді, виявлених у дослідженні: «Ресурсна молодь» (26,8%), «Адаптивна молодь» (46,4%) та «Вразлива молодь» (26,8%). Особливу увагу приділено роботі з внутрішньо переміщеною молоддю, яка складає 67% «Вразливої» групи і потребує комплексного поєднання травма-орієнтованої терапії, програм соціальної інтеграції та підтримки ідентичності. Впровадження запропонованої системи заходів у практику психологічних служб закладів освіти, молодіжних центрів та інших інституцій, що працюють з молоддю, забезпечить науково обґрунтований і адресний підхід до

збереження ментального здоров'я молоді в умовах сучасних суспільних викликів.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячена комплексному дослідженню психолого-соціальних чинників ментального здоров'я молоді однієї з найбільш актуальних проблем сучасної психологічної науки і практики, що набуває особливої гостроти в умовах тривалого збройного конфлікту, вимушеного переміщення та глибоких соціальних потрясінь, що переживає українське суспільство. Ментальне здоров'я молоді є не лише індивідуальним надбанням кожної окремої людини, а й стратегічним ресурсом суспільного розвитку, оскільки саме молоде покоління визначатиме майбутнє країни її науковий, культурний та економічний потенціал. Відповідно до визначених мети, об'єкта і предмета дослідження у роботі було послідовно вирішено чотири завдання, результати яких узагальнюються у цих висновках.

Виконання першого завдання аналізу теоретичних підходів до вивчення ментального здоров'я особистості дозволило встановити, що ментальне здоров'я є складним, багатовимірним і динамічним феноменом, що не зводиться до простої відсутності психічних розладів. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає ментальне здоров'я як стан повноцінного психічного, соціального та фізичного благополуччя, за якого людина реалізує власний потенціал, здатна справлятися з буденними стресами, продуктивно і плідно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти. Ця позитивна модель принципово відрізняється від медичної, що традиційно зосереджувалася на патологіях і дефіцитах, та утворює ресурсно-орієнтований погляд на психічне здоров'я як на стан, до якого можна цілеспрямовано наближатися через розвиток особистісних і соціальних ресурсів. Теоретичний аналіз виявив кілька концептуальних підходів, кожен із яких вносить самостійний і цінний внесок у розуміння ментального здоров'я. Еудемоністична модель К. Ріфф операціоналізує психологічне благополуччя через шість взаємопов'язаних компонентів самосприйняття, особистісне зростання, цілі в житті, автономію, управління середовищем і позитивні

стосунки з іншими, кожен із яких відображає окремий вимір повноцінного функціонування особистості. Гедоністичний підхід акцентує на балансі позитивних і негативних афектів та суб'єктивному відчутті задоволеності життям. Екзистенційний підхід наголошує на відчутті сенсу, аутентичності та особистісної свободи як умов психічного здоров'я. Кожен із цих підходів відображає певний аспект ментального здоров'я і разом вони складають комплексну теоретичну рамку, в якій ментальне здоров'я постає одночасно як процес і результат, як ресурс і досягнення. Аналіз теоретичних підходів також виявив, що в умовах хронічного стресу зокрема в умовах збройного конфлікту класичні концептуальні моделі потребують доповнення поняттями резильєнтності та посттравматичного зростання, що описують здатність особистості не лише зберігати, а й розвивати ментальне здоров'я в несприятливих обставинах.

Виконання другого завдання визначення основних психолого-соціальних чинників, що впливають на ментальне здоров'я молоді, дозволило побудувати цілісну системну картину детермінант психічного благополуччя у юнацькому віці. Теоретичний аналіз та огляд актуальних наукових досліджень засвідчили, що чинники ментального здоров'я молоді можна умовно поділити на внутрішні психологічні і зовнішні соціальні, хоча на практиці їхній вплив є нерозривно переплутаним і взаємозумовленим. Серед внутрішніх чинників провідну роль відіграють самооцінка і самоефективність, що визначають ставлення молодої людини до власних можливостей і формують психологічний захист щодо стресових впливів; навички емоційної регуляції, що забезпечують конструктивне переживання і переробку негативних афективних станів; а також ціннісно-смилова сфера, що надає існуванню смисл і спрямованість, особливо значущі в ситуаціях екзистенційної невизначеності. Серед соціальних чинників центральне місце займає соціальна підтримка сприйнята доступність допомоги з боку оточуючих у чотирьох вимірах: відчуття приналежності, оцінна, самостверджувальна і матеріальна підтримка, що виступає потужним буферним фактором між

стресом і розвитком психічних порушень. Тривожність як особистісна, так і ситуативна є не лише симптомом психологічного неблагополуччя, а й активним деструктивним чинником, що підриває адаптаційні ресурси молодшої людини, звужує її когнітивні можливості і знижує здатність до побудови конструктивних соціальних стосунків. Особливу увагу привернув чинник вимушеного переміщення, що в умовах воєнних дій перетворюється на один із найпотужніших стрес-факторів, що деструктивно впливає одночасно на соціальний, психологічний і ідентитарний виміри особистості молодшої людини.

Виконання третього завдання емпіричного дослідження особливостей впливу психолого-соціальних чинників на стан ментального здоров'я молоді забезпечило надійну кількісну доказову базу для теоретичних положень роботи і дозволило отримати нові, практично значущі результати. Дослідження, проведене на вибірці з 56 осіб молодого віку (18–25 років) у місті Київ, де 39,3% складали внутрішньо переміщені особи, із застосуванням чотирьох валідизованих психодіагностичних інструментів і комплексу статистичних методів, підтвердило всі три дослідницькі гіпотези і розкрило детальну картину взаємодії між ключовими психолого-соціальними чинниками. Середній показник психологічного благополуччя вибірки відповідав середньому рівню, проте розподіл за компонентами виявився суттєво нерівномірним: найвищі показники зафіксовано за субшкалою позитивних стосунків, тоді як автономія та управління середовищем виявилися найслабшими компонентами, що є закономірним для юнацького віку, де соціальна орієнтованість домінує над прагненням до незалежності. Особливо тривожним виявився розподіл за рівнем особистісної тривожності: 41,1% учасників мали високий рівень, а разом із помірним цей показник охоплював 83,9% вибірки, що відображає глибоку психологічну напруженість молоді в умовах тривалого воєнного стресу. Кореляційний аналіз підтвердив значущі негативні зв'язки між соціальною підтримкою і тривожністю, між тривожністю і благополуччям та виявив самооцінку як найсильніший

позитивний предиктор психологічного благополуччя серед усіх досліджуваних змінних. Результати множинного регресійного аналізу засвідчили, що соціальна підтримка, особистісна тривожність і самооцінка разом пояснюють 57% варіативності психологічного благополуччя молоді, що є вагомим свідченням мультифакторної природи ментального здоров'я. Порівняльний аналіз підгруп виявив достовірно нижчий рівень соціальної підтримки і вищий рівень тривожності у внутрішньо переміщених осіб порівняно з корінними мешканцями Києва, а гендерний аналіз засвідчив вищу тривожність жінок за відсутності значущих відмінностей у загальному благополуччі, що може пояснюватися їхньою вищою орієнтованістю на соціальні ресурси і емоційний копінг. Кластерний аналіз дозволив виокремити три типологічні профілі молоді «Ресурсна» (26,8%), «Адаптивна» (46,4%) та «Вразлива» (26,8%), де остання характеризується найнижчими показниками благополуччя і соціальної підтримки та найвищою тривожністю, а 67% її складають внутрішньо переміщені особи, що свідчить про непропорційну вразливість цієї підгрупи молоді.

Виконання четвертого завдання окреслення психологічних шляхів підтримки та збереження ментального здоров'я молоді дозволило на основі інтеграції теоретичного аналізу і власних емпіричних результатів сформулювати систему науково обґрунтованих рекомендацій і розробити програму профілактики. Встановлено, що підтримка ментального здоров'я молоді має реалізовуватися за двома взаємодоповнювальними стратегічними напрямками: розвитку психологічних ресурсів особистості та профілактики й подолання вже наявних порушень психічного здоров'я. Ресурсний напрям передбачає цілеспрямований розвиток резильєнтності, самооцінки і самоєфективності, навичок емоційної регуляції, соціальної компетентності та ціннісно-смислових орієнтирів через науково обґрунтовані психологічні методи когнітивно-поведінкову терапію, майндфулнес-базовані підходи, наративні та арт-терапевтичні практики і тренінги копінгових навичок. Профілактичний напрям реалізується на трьох рівнях: первинної

профілактики через психоосвіту і розвиток ресурсів для всієї молоді, вторинної через скринінг і раннє втручання для груп ризику, та третинної через травма-фокусовану терапію і реабілітацію для осіб з уже наявними порушеннями. Розроблена програма профілактики охоплює п'ять послідовних блоків і передбачає диференційований підхід відповідно до трьох виявлених типологічних профілів молоді. Особливу увагу приділено роботі з внутрішньо переміщеною молоддю, яка потребує комплексного поєднання травма-орієнтованої терапії, програм соціальної інтеграції та підтримки особистісної ідентичності. Підкреслено, що ефективна система підтримки ментального здоров'я молоді потребує координованої міжвідомчої взаємодії між психологічними службами освітніх закладів, молодіжними центрами, громадськими організаціями та медичними закладами, а також активного використання цифрових технологій для розширення доступу молоді до психологічної підтримки.

Загальний висновок дослідження полягає в тому, що ментальне здоров'я молоді є результатом складної, динамічної взаємодії психологічних і соціальних чинників, жоден із яких не є самодостатнім у поясненні його варіативності. Соціальна підтримка виступає центральним модератором між стресом і психічним благополуччям, самооцінка є провідним внутрішнім ресурсом захисту від деструктивного впливу тривожності, а тривожність головним внутрішнім чинником ризику зниження благополуччя. В умовах тривалого збройного конфлікту ці взаємозв'язки набувають особливої гостроти і соціальної значущості, оскільки хронічний стрес, вимушене переміщення і соціальна дезінтеграція одночасно підвищують рівень тривожності, знижують соціальну підтримку і підривають самооцінку, утворюючи замкнене коло психологічного неблагополуччя, яке без цілеспрямованого втручання має тенденцію до хронізації. Своєчасна, адресна і науково обґрунтована психологічна підтримка, що враховує індивідуальний профіль ризику і ресурсів кожної молодої людини, є не лише гуманістичним

зобов'язанням суспільства, а й стратегічною інвестицією у його майбутній розвиток.