

**АКТУАЛЬНІ
ПРОБЛЕМИ
ПРАКТИЧНОЇ
ПСИХОЛОГІЇ**

Збірник наукових праць

Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції

16 травня 2025 р., м. Одеса

**MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
STATE INSTITUTION "SOUTH UKRAINIAN NATIONAL PEDAGOGICAL
UNIVERSITY NAMED AFTER K.D. USHYNsky"
MOLDOVA STATE UNIVERSITY
UNIVERSITY OF THE NATIONAL EDUCATION COMMISSION, KRAKOW
VILNIUS UNIVERSITY
JOHNS HOPKINS UNIVERSITY
ODESA NATIONAL ECONOMIC UNIVERSITY
KHARKIV NATIONAL PEDAGOGICAL
UNIVERSITY NAMED AFTER H. S. SKOVORODA
CLASSICAL PRIVATE UNIVERSITY
VASYL' STUS DONETSK NATIONAL UNIVERSITY**

**ACTUAL PROBLEMS
OF PRACTICAL PSYCHOLOGY**

Collection of scientific works
International Scientific and Practical Internet Conference

May 16, 2025

Odesa – 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЛДОВИ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ КОМІСІЇ НАРОДНОЇ ОСВІТИ В КРАКОВІ
ВІЛЬНЮСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ
УНІВЕРСИТЕТ ДЖОНСА ГОПКІНСА
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА**

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

Збірник наукових праць
Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції

16 травня 2025 року

Одеса – 2025

UDK 001+159.9 (063)
ВБК 72+88.4

ЗМІСТ

Секція І.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА В ПСИХОАНАЛІЗІ Ж. ЛАКАНА	
Азарова Ю. О.....	23
ПСИХОЛОГІЧНА РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ТА КОГНІТИВНА ГНУЧКІСТЬ: ТОЧКИ ПЕРЕТИНУ І ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
Беляєвська Т.В.....	28
ВПЛИВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ У МОЛОДІ	
Корнієнко А. С., Чебикін О. Я.....	31
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ ДО ЗМІН СЕРЕДОВИЩА	
Гвоздкова І. В.	35
ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ЖІНОК ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ У ПОЛІЦЕЙСЬКИХ	
Желтова А. О., Карпич І. А.	37
ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОГРАМ ПІДТРИМКИ РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Козлова Г.С., Велитченко Л. К.	40
МЕНТАЛІЗАЦІЯ ЯК ПРОЦЕС ІНТЕГРАЦІЇ АФЕКТИВНОГО ДОСВІДУ ТА КОГНІТИВНОЇ РЕФЛЕКСІЇ У ФОРМУВАННІ ЦІЛІСНОГО САМОВІДЧУТТЯ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, ПОРУШЕННЯ ТА ШЛЯХИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ	
Конатовська-Манакова Я. Ф., Фрунзе О.В.....	44
АРТТЕРАПІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ SOFT SKILLS МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ	
Черненко О. М., Кочерга Є. В.	47
ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИГОРАННЯ МОЛОДІ	
Посенко Т. О.	50
ЗМІЦНЕННЯ СИСТЕМИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ЯК НАПРЯМ РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	
Захарченко Л.А., Поспелова І.Д.	52
ВПЛИВ ТИПОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ	
Путнокі І. О., Полунін О. В.....	56

Секція І.
КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА В ПСИХОАНАЛІЗІ Ж. ЛАКАНА

Азарова Ю. О.

*(Лабораторія психології особистості ім. П. Р. Чамати,
Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України)*

Жак Лакан – один з провідних психоаналітиків ХХ ст., автор теорії «структурного психоаналізу». Засновник «Французького психоаналітичного товариства» («*Société Française de Psychanalyse*») (1954) й керівник «Фройдістської школи Парижу» («*Ecole Freudienne de Paris*») (1964), Лакан вніс вагомий внесок в розвиток сучасного психоаналізу.

Лакан добре відомий як блискучий теоретик і досвідчений практик. Багаторічна робота в «Лікарні Святої Анни», навчальні семінари, які він проводив щотижня в 1954 – 1980 рр., оригінальний підхід до діагностики і лікування психічних розладів, принесли Лакану заслужену славу в професійному середовищі.

За тривалу медичну кар'єру Лакан розробив власний підхід до діагнозу і запропонував нові методи терапії. Його підхід є дуже продуктивним, але він дещо відрізняється від нозологічної системи DSM¹. З одного боку, підхід Лакана є значно простішим, ніж традиційна система класифікації хворіб; з іншого боку, він є більш специфічним та ефективним.

Діагностична схема Лакана є доволі лаконічною: вона включає в себе лише три основні категорії психічних розладів (невроз, психоз, перверсія) та відповідні їм підкатегорії. Ці три клінічні структури обумовлені трьома механізмами психічного захисту індивіда.

Зазначена схема спирається на нозологію Зігмунда Фрейда. Він виділяв три базові клінічні структури, кожна з яких пов'язана з певним механізмом психічного захисту. Невроз пов'язаний з витісненням (*Verdrängung*) [5, с. 153]. Психоз пов'язаний з відкиданням (*Verwerfung*) [3, с. 204]. Перверсія пов'язана з запереченням (*Verleugnung*) [6, с. 143].

Всі захисні механізми апелюють до тих ідей і бажань, реалізація яких викликає моральний осуд в суспільстві або символічну кастрацію. Нормальна людина успішно долає Едипів комплекс, обмежує власні інстинкти і приймає

¹ DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів. DSM – прийнята в США багато-осьова нозологічна система, яка окреслює критерії психічних розладів та визначає методи їх лікування. DSM розробляє «Американська психіатрична асоціація» (*American Psychiatric Association*) (APA).

Питання про створення такої системи постало ще на початку ХХ ст., але на той момент серед лікарів не було єдиної думки щодо загального методу класифікації психічних розладів. Діючі класифікації акцентували різні моменти: етіологію, перебіг хвороби, симптоматику, тощо. Крім того, одні класифікації включали лише кілька основних діагностичних категорій; інші – десятки і сотні. Також класифікації різнилися через те, де вони застосовувалися – в медичних або адміністративно-правових установах.

Розробка DSM у 1950-ті рр. сприяла уніфікації критеріїв. Ця робота знайшла своє відображення у створенні DSM I (1952–1968); DSM II (1968–1980); DSM III (1980–1994); DSM IV (1994–2013); DSM V (2013 – поточний час).

символічну кастрацію. Але «для хворого уявлення про кастрацію таке нестерпне, що він постійно позбавляється його через захисний процес» [1, с. 72].

У випадку неврозу пацієнт *витісняє* заборонену ідею чи бажання зі свідомості у несвідоме. У випадку психозу він *відкидає* цю ідею і поводить себе так, ніби вона до нього ніколи не приходила і не турбувала. У випадку перверсії він *заперечує* цю ідею, хитко балансуючи між визнанням і невизнанням.

Отже, *витіснення* забороненої ідеї чи бажання стає причиною неврозу; *відкидання* – причиною психозу; *заперечення* – причиною перверсії. Кожний психічний розлад генерує свій патологічний продукт: симптом – у невротика, галюцинації – у психотика, фетиш – у перверта. (Див. Табл. 1).

Структури	Процес (механізм)	Продукт
Невроз	Витіснення (<i>Verdrängung</i>)	Симптом
Психоз	Відкидання (<i>Verwerfung</i>)	Галюцинація
Перверсія	Заперечення (<i>Verleugnung</i>)	Фетиш

Табл. 1. Клінічні структури.

Ретельно вивчаючи цю схему, ми побачимо ще один ключовий момент: усі механізми психічного захисту генерують *загальну форму негачії (negation)* [4], завдяки якій людина *відмовляється* від забороненої ідеї чи бажання; тобто витісняє, відкидає або заперечує певні думки та дії.

Таким чином, *провідним критерієм діагностики в психоаналізі є принцип негачії (відмови), що дозволяє диференціювати пацієнтів за різними нозологічними групами на підставі того засобу, за допомогою якого суб'єкт нівелює ту думку, бажання чи реальність, яка його турбує.*

Патологічним утворенням (неврозу, психозу, перверсії), які викликані різними формами психологічного захисту (витісненням, відкиданням, запереченням), Фройд протиставляє *нормальний процес адаптації психіки, який здійснюється завдяки сублімації.* (Див. Табл. 2).

Структура	Процес (механізм)	Продукт
Сублімація	Прийняття символічної кастрації	«Запис» (нотатка) у несвідомому

Табл. 2. Нормальна структура.

Лакан дотримується тих само принципів діагностики, які запровадив Фройд, але доповнює їх новими аспектами та інтерпретаціями. Зокрема, замість терміну «*Verwerfung*» Лакан застосовує термін «*Forclusion*», який він впроваджує в науковий обіг в Семінарі III «Психози» у 1956 р. [19, с. 321].

Крім того, Лакан розширює та уточнює деякі положення Фрейда. Він встановлює, що механізми психологічного захисту не просто створюють певні

патологічні продукти, але й формують різну диспозицію суб'єкта. Тому Лакан *вводить ще один діагностичний критерій – позицію суб'єкта*, яка пояснює зміну наявної поведінки та психосоматики.

Проблематику неврозу Лакан детально обговорює в працях: «Функції психоаналізу в кримінології: теоретичний вступ» (1950) [10, с. 149], «Варіанти типового лікування» (1955) [20, с. 333], «Ситуація психоаналізу та підготовка аналітика» (1956) [18, с. 464], «Навчання психоаналізу» (1957) [15, с. 451-454], «Напрямок лікування та принципи його дії» (1961) [14, с. 597-598].

Питання психозу він висвітлює в Семінарі III «Психози» (1956–1957) [19] і в доповідях: «По той бік принципу реальності» (1936) [7, с. 73-92], «Нотатки про психічну причинність» (1946) [17, с. 168-170, 177, 187], «Про питання, що передує будь-якому можливому лікуванню психозу» (1957), [9, с. 531-583], «Про наших попередників» (1966) [8, с. 65-72].

Темі перверсії Лакан присвячує такі дослідження, як: «Функція і дія мови та мовлення в психоаналізі» (1953) [11, с. 264-265], «Важливі нотатки до конгресу з жіночої сексуальності» (1958) [16, с. 730-731, 734-736], «Молодість Андре Жида, або письмо і бажання» (1958) [12, с. 746-751], «Кант і Сад» (1962) [13, с. 756-90].

Ініційований Фройдом, і далі розвинутий Лаканом підхід, має суттєву перевагу перед іншими діагностичними підходами (в тому числі – DSM). Він «дозволяє психоаналітику вийти за рамки окремих клінічних характеристик і зосередити свою увагу на головному механізмі, тобто на *одній визначальній характеристиці (single determinant characteristic)*» [2, с. 77].

Отже, сутність зазначеного підходу полягає в лаконізмі: є три (лише три!) основні категорії психічних розладів. Звісно, що гіпотетично можна припустити існування 4 (або більше) основних клінічних структур, але «за даними сучасних практичних досліджень, саме ці три базові нозологічні структури повністю охоплюють усе коло психологічних феноменів» [2, с. 77].

Лакан підкреслює, що зазначені категорії мають *структурний характер*. Їх діагностичні критерії окреслені доволі чітко. Вони не пропонують «проміжні стани», не стирають усталені взаємозв'язки і не зводять складні симптоми і синдроми до нових розладів психіки².

² В цьому сенсі, на думку відомого американського психоаналітика Брюса Фінка, діагностичний підхід Лакана є більш коректним, ніж підхід DSM III або DSM IV. Наприклад, «американські психіатри, психоаналітики та психологи прагнуть у рамках неврозу виділити дедалі більше класифікацій і діагностичних категорій (депресія, біполярний розлад, панічні атаки, гіперактивність, дистімія, гіпноїдний стан, полісубстанціальна залежність, etc. – але всі ці категорії є лише маркерами симптомів, які проявляються у поведінці людини тільки в певний час. Кожна така категорія відповідає лише мікро-симптому або міні-патерну із загальної психологічної картини індивіда» [2, с. 115-116].

«Американська психологія і психіатрія займається лише тим, що формально доступно зору, відмовляючись від ідеї про *більш глибокі структури*, – від позиції, з якій починається саме психоаналітичне дослідження. Тому вона піддається банальній простоті типової американської наукової думки. Вона ділить кожний патерн на окремі ізольовані частини, дає їм назви та намагається лікувати їх (медикаментозно або за допомогою “терапевтичних технік”) як логічно окремі “розлади”» [2, с. 116].

Натомість «Лакан акцентує загальні психоаналітичні категорії, показуючи, що вони можуть бути визначені більш фундаментальним, структурним чином» [2, с. 116]. Розвиваючи основні

Цей момент має суттєве значення для психоаналізу Лакана. Він особливо актуальний в контексті сучасної дискусії про «межові стани». Лакан вважає, що «межовий стан» пацієнта – це не нозологічна ознака, але скоріше показник складності діагностичної роботи лікаря.

Наприклад, аналітик фіксує наявність у пацієнта психотичних рис, але він не переконаний, що тут має місце справжній психоз (базова психотична структура). Отже, коли аналітик сумнівається в тому, який поставити діагноз, то мова йде не про «межовий стан» пацієнта, а про складність діагностики.

У складній ситуації, – наголошує Лакан, – ми розуміємо, що не пацієнт перебуває на кордоні між двома клінічними структурами (психозом і неврозом), а скоріше аналітик коливається між ними у своїх діагностичних висновках або міркуваннях.

«Межовий стан не конституює окрему діагностичну категорію в лаканівському психоаналізі, оскільки не має специфічного механізму захисту, який би відповідав їй» («Borderline does not constitute a genuine diagnostic category in Lacanian psychoanalysis, as no specific mechanism of defense that corresponds to it») [2, с. 77].

Лакан визнає, що питання діагностики є вкрай складним і дискусійним. Незважаючи на високий ступінь опрацювання клінічних ознак усіх нозологічних структур, постановка діагнозу (в кожному конкретному випадку) потребує від лікаря пильної уваги, великих наукових знань і професійного досвіду.

Зокрема, є ситуації, де дуже складно диференціювати невроз і психоз. Тому Лакан ніколи не ставить діагноз відразу, при першому візиті пацієнта. Іноді лікарю потрібно декілька зустрічей, щоб спочатку переконатися, ким є пацієнт: невротиком чи психотиком, і тільки потім відповідально поставити діагноз.

Таке переконання є надзвичайно важливим для Лакана тому, що діагноз – не просто «штамп» в справі пацієнта. Діагноз обумовлює практичні дії аналітика (манеру поведінки, спілкування, спосіб ведення розмови). Діагноз також суттєво впливає на стратегію лікування і програму реабілітації пацієнта.

На відміну від представлених у DSM категорій, які не передбачають будь-яких вказівок щодо того, як терапевт повинен працювати з пацієнтами, Лакан вважає, що постановка діагнозу також визначає позицію аналітика і спрямовує його подальші дії.

Наприклад, досвідчений аналітик знає, що багато медичних процедур і терапевтичних технік, які успішно застосовуються у випадку неврозу, не годяться у випадку психозу, тому що можуть спровокувати агресію пацієнта і призвести до «зриву» або загострення психозу.

Первинна диференціація між психозом і неврозом важлива для Лакана ще з іншої причини: психоз дуже важко піддається терапії. Безумовно, «Лакан не розглядає психоз як протипоказання для аналізу, але він зазначає, що підхід аналітика в роботі з психотиком має бути зовсім іншим, ніж в роботі з невротиком» [2, с. 243].

тези психоаналізу, окреслені Фройдом, Лакан чітко і аргументовано закладає основу сучасного структурного розуміння нозології. Тому не випадково теорія Лакана кваліфікована як «структурний психоаналіз».

Аналіз допомагає психотику скоригувати свою поведінку, але не може повністю змінити психотичну структуру. Ретельно проведена аналітична робота з дітьми, зазвичай, має успіх. Але у дорослого пацієнта навіть великий обсяг аналітичної роботи радикально не змінить психотичну структуру.

Аналіз помітно знижує психотичні прояви в клінічній картині пацієнта, запобігає психотичним зривам, добре заспокоює, проте «не існує чудодійних ліків від психозу в сенсі радикальної зміни психотичної структури (наприклад, в сенсі перетворення психотика в невротика)» [2, с. 82].

Висновок. Клінічна діагностика Лакана значною мірою спирається на нозологію Фрейда. «Проект Лакана є, по суті, фрейдистським в своєму дусі, і продовжує його роботу з визначення базових відмінностей між психічними структурами (*Lacan's project is essential Freudian in inspiration and continuous his work in direct efforts to discern the most basic differences among psychical structures*)» [2, с. 76].

В методиці Лакана центральна увага приділяється особистості пацієнта. Діагностика спрямована на первинну диференціацію між неврозом, психозом і перверсією. Діагноз обумовлює не тільки терапію і процедури лікування. Він впливає на функцію аналітика і окреслює ту позицію, яку аналітик повинен зайняти в трансфері (переносі).

Безумовно, тонкі відмінності між неврозом, психозом і перверсією не позбавляють аналітика від труднощів діагностики. Однак Лакан детально описав специфічні клінічні ознаки цих розладів. Зазначені нозологічні характеристики дозволяють аналітику поставити діагноз з високим ступенем надійності.

Література::

1. Рус А. Лакан: вступ до структурного психоаналізу. К.: Комубук, 2022. 232 с.
2. Fink B. A Clinical Introduction to Lacanian psychoanalysis: theory and technique. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1997. 297 p.
3. Freud S. An Outline of Psychoanalysis // Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. In 24 vol. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1964. Vol. XXIII. P. 141–207.
4. Freud S. Negation // Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. In 24 vol. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1961. Vol. XIX. P. 235–242.
5. Freud S. Neurosis and Psychosis // Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. In 24 vol. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1961. Vol. XIX. P. 149–153.
6. Freud S. The Infantile Genital Organization: An Interpolation into the Theory of Sexuality // Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. In 24 vol. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1961. Vol. XIX. P. 141–145.
7. Lacan J. Au-delà du «Principe de réalité» // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 73–92.
8. Lacan J. Des nos antécédents // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 65–72.
9. Lacan J. De'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 531–583.
10. Lacan J. Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 125–149.
11. Lacan J. Fonctions et champ de la parole et du langage en psychanalyse // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 237–321.
12. Lacan J. Jeunesse de André Gide ou la lettre et désir // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 739–364.

13. Lacan J. Kant avec Sade // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 765–790.
14. Lacan J. La direction de la cure et les principes de son pouvoir // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 585–645.
15. Lacan J. La psychanalyse et son enseignement // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 437–458.
16. Lacan J. Propos directifs pour un Congres sur la sexualite feminine // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 725–736.
17. Lacan J. Propos sur la causalite psychique // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 151–193.
18. Lacan J. Situation de la psychanalyse et formation du psychoanalyste // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 459–491.
19. Lacan J. The Seminar. Book III. The Psychoses (1955–1956). London: Routledge, 1993. 342 p.
20. Lacan J. Variantes de la cure-type // Lacan J. Ecrits. Paris: Seuil, 1966. P. 323–362.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ТА КОГНІТИВНА ГНУЧКІСТЬ: ТОЧКИ ПЕРЕТИНУ І ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Бсляєвська Т.В.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»
(м. Одеса, Україна)*

Анотація: У тезах розглянуто зв'язок між когнітивною гнучкістю та психологічною резильєнтністю як здатністю особистості адаптуватися до стресових ситуацій, зберігати внутрішню цілісність і функціональність. Проаналізовано сучасні підходи до трактування когнітивної гнучкості та її роль у формуванні адаптивної поведінки. Окреслено наукові підстави для подальшого вивчення цього феномену в контексті психологічної стійкості.

Ключові слова: резильєнтність, когнітивна гнучкість, адаптація, психологічна стійкість, смислотворення.

У періоди суспільної нестабільності та зростання психологічного навантаження зростає науковий інтерес до вивчення внутрішніх механізмів, які допомагають людині пристосовуватись до складних умов. Одним із таких механізмів є психологічна резильєнтність – загальна здатність особистості адаптуватися до змін, зберігати психологічну рівновагу та підтримувати життєву активність у відповідь на стресові впливи. Серед чинників, що сприяють розвитку стійкості, значну увагу дослідники приділяють когнітивній гнучкості – здатності перебудовувати уявлення, переосмислювати події та шукати нові підходи до взаємодії з реальністю. Останні дослідження демонструють, що когнітивна гнучкість пов'язана з ефективністю подолання труднощів, зниженням рівня дистресу та збереженням адаптивного функціонування.

Когнітивна гнучкість розглядається у психології як здатність людини змінювати способи мислення, адаптуватися до нових умов, реагувати на непередбачувані ситуації без фіксації на жорстких ментальних структурах. Цей конструкт вивчається в різних теоретичних контекстах — нейропсихології, когнітивній психології, позитивній психології, клінічній практиці та психології стресу.

Згідно з Dennis & Vander Wal (2010), когнітивна гнучкість — це здатність ефективно змінювати когнітивні стратегії, адаптувати уявлення про події, відкрито приймати нову інформацію та відмовлятися від неадаптивних схем. У межах їхньої шкали Cognitive Flexibility Inventory (CFI) виокремлено три