

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В. Н. КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Взаємозв'язок стресостійкості із симптомами посттравматичного стресового розладу у цивільного населення»

Студентки 4 курсу групи ЗПС-41
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми «Психологія»
за спеціальністю 053- ПСИХОЛОГІЯ

Надії ГОЛЬЄВОЇ

Керівник: к. психол. н., доц. ЗВО
кафедри загальної психології.

Олена НЕВОЄННА

Члени комісії: _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Гольєва Надія. Кваліфікаційна робота. – «Взаємозв'язок стресостійкості із симптомами посттравматичного стресового розладу у цивільного населення».

Наукове дослідження присвячене аналізу взаємозв'язку між рівнем стресостійкості та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у цивільного населення України, що переживає військовий конфлікт. У роботі розглядаються теоретичні основи поняття стресостійкості, її чинники та особливості формування, а також механізми розвитку та прояви ПТСР у людей, що стикнулися з травматичними подіями. Виявлено, що високий рівень стресостійкості забезпечує меншу ймовірність розвитку симптомів ПТСР і сприяє більш швидкому відновленню психічного здоров'я. Виявлено статистично значущі кореляційні зв'язки між рівнем стресостійкості та проявами симптомів ПТСР, зокрема, «Вторгнення», «Уникнення», «Негативні зміни у пізнанні та настрої». За результатами порівняльного аналізу визначені суттєві статеві різниці у рівнях симптомів та рівні стресостійкості, що обумовлено біологічними та соціально-культурними факторами. Виявлено, що зміцнення стресостійкості є ключовим напрямком профілактики і лікування ПТСР серед цивільних. Результати дослідження мають важливе практичне значення для формування ефективних програм психотерапії, ресоціалізації та довгострокової підтримки постраждалих від військових конфліктів. Подальші дослідження передбачають вивчення біосоціальних механізмів травматичного реагування, а також оцінку довгострокових наслідків травми у постконфліктний період.

Ключові слова: стресостійкість, посттравматичний стресовий розлад, цивільне населення, молоді чоловіки, молоді жінки.

ABSTRACT

Holieva Nadiia. Qualification work – "The Relationship between Stress Resilience and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in the Civilian Population."

The scientific research is dedicated to analyzing the correlation between the level of stress resilience and the symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in the civilian population of Ukraine, experiencing an armed conflict. The work considers the theoretical foundations of the concept of stress resilience, its factors, and features of formation, as well as mechanisms for the development and manifestation of PTSD in individuals who have faced traumatic events. It has been found that a high level of stress resilience reduces the likelihood of developing PTSD symptoms and facilitates faster recovery of mental health. Statistically significant correlations between the level of stress resilience and PTSD symptoms, particularly "intrusion," "avoidance," and "negative changes in cognition and mood," have been identified. Based on the comparative analysis, significant gender differences in the levels of symptoms and stress resilience have been established, which are caused by biological and socio-cultural factors. It has been revealed that strengthening stress resilience is a key direction in the prevention and treatment of PTSD among civilians. The results of the research hold important practical significance for developing effective psychotherapy, resocialization, and long-term support programs for those affected by military conflicts. Further research involves studying the biosocial mechanisms of traumatic responses and evaluating the long-term effects of trauma during the post-conflict period.

Keywords: stress resilience, post-traumatic stress disorder, civilian population, young men, young women.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ПРОЯВІВ І СИМПТОМІВ ПТСР У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	8
1.1. Поняття стресостійкості в психології: визначення, чинники та особливості формування.....	8
1.2. Посттравматичний стресовий розлад: формування, клінічні ознаки, механізми розвитку.	13
1.3. Прояви посттравматичного розладу у цивільного населення у умовах війни.....	19
Висновки до розділу 1.....	23
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА СИМПТОМІВ ПТСР У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ	26
2.1. Мета та задачі дослідження. Соціально-демографічний опис вибірки.....	26
2.2. Опис методів емпіричного дослідження особливостей стресостійкості та симптомів ПТСР у цивільного населення	27
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів взаємозв'язку стресостійкості з симптомами ПТСР у цивільного населення в умовах війни.....	32
2.4. Аналіз та інтерпретація особливостей взаємозв'язку стресостійкості з симптомами ПТСР у жінок та чоловіків.....	37
Висновки до розділу 2.....	41
ВИСНОВКИ.....	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46

Вступ

В умовах війни цивільне населення стикається з численними викликами, які впливають на їхнє психоемоційне здоров'я. Стресостійкість як здатність індивіда справлятися зі стресовими ситуаціями, відіграє ключову роль у формуванні психічної рівноваги під час кризових подій. Основною метою даної роботи є дослідити, яким чином рівень стресостійкості впливає на розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у цивільних осіб, що стали свідками або жертвами бойових дій.

Сучасні дослідження свідчать, що військові конфлікти не лише руйнують інфраструктуру, але й завдають серйозної шкоди психічному здоров'ю населення. Посттравматичний стресовий розлад характеризується яскравими симптомами, такими як спогади про травматичні події, емоційна відчуженість та гіпервігільність. Стресостійкість може суттєво модулювати цю реакцію, дозволяючи одній частині людей краще адаптуватися і справлятися з травмуючими ситуаціями.

Протягом останніх десятиліть питання стресостійкості стали предметом активного дослідження як вітчизняних, так і зарубіжних науковців. Проблему стресостійкості досліджено як у працях зарубіжних науковців таких як Н. Ендлера, Л. Китаєва-Смика, Р. Лазаруса, Л. Мелфі, Дж. Паркера Г. Сельє, С. Фолкман, так і сучасних українських, Я. Аміневої, І. Аршави, М. Білової, Г. Дубчак, О. Когут, О. Кокуна, В. Корольчук, К. Кравченко, С. Кравчук, С. Кудінової, А. Лиман, Н. Лозінської, Т. Мазур, О. Макарової, В. Осьодла, І. Пішко, І. Приходька, Л. Прудки, В. Станішевської, В. Стасюка, О. Тімченка, Л. Тютюнник, О. Хміляра, Р. Шевченко, А. Шейко, Ю. Широкобокова, Н. Юр'євої [1; 8; 9; 14; 18; 26].

Дослідження свідчать, що люди з високим рівнем стресостійкості менше піддаються розвитку ПТСР, оскільки можуть ефективніше зберігати емоційну регуляцію та знаходити позитивні способи подолання кризи. Водночас, чинники, що впливають на стресостійкість, такі як соціальна підтримка, психологічна

підготовленість та попередній досвід подолання стресу, потребують детального аналізу.

Протягом останніх десятиліть питання проявів ПТСР стали предметом активного дослідження як вітчизняних, так і зарубіжних науковців. У науковій літературі прояви ПТСР розглядають А. Кузнецов, С. Калмикова, М. Падун, І. Малкіна-Пих, Н. Тарабріна, О. Тхостов, Ю. Зінченко, Р. Грінкер, Д. Шпігель тощо [2; 6; 12; 20].

Особливу увагу слід звернути на роль соціального оточення в формуванні стресостійкості та вплив на психічне здоров'я в умовах війни. Сім'я, друзі та громада можуть стати джерелом підтримки, забезпечуючи необхідні ресурси для адаптації. Проте, в умовах війни ці зв'язки можуть також бути порушені, що ускладнює процес відновлення.

Досліджуючи взаємозв'язок між стресостійкістю та ПТСР, ми можемо не лише краще зрозуміти механізми, які лежать в основі психічної адаптації, але і напрацювати рекомендації для психологічної підтримки цивільних осіб під час та після конфлікту. Це дослідження має значний практичний та науковий потенціал, оскільки висвітлює важливі аспекти психічного здоров'я в умовах, що характеризуються високим рівнем стресу.

Об'єкт дослідження - стресостійкість особистості.

Предмет дослідження – взаємозв'язок стресостійкості із симптомами ПТСР у цивільного населення в умовах війни.

Метою дослідження є вивчення взаємозв'язку стресостійкості із симптомами ПТСР у цивільного населення в умовах війни.

Відповідно до мети дослідження визначено наступні **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми стресостійкості та ПТСР у цивільного населення;
2. Провести діагностику стресостійкості та симптомів ПТСР у жінок та чоловіків в умовах війни;

3. Визначити взаємозв'язок стресостійкості із симптомами ПТСР у чоловіків та жінок;

4. Визначати особливості стресостійкості та симптоми ПТСР у жінок та чоловіків - здобувачів вищої освіти.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети застосовано комплекс методів наукового дослідження: а) теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення, класифікація, порівняння, систематизація; б) емпіричні – опитування, тестування; в) статистичні – кореляційний аналіз – критерій Пірсона, порівняльний аналіз – t критерій Стюдента (Statistica 10 for Windows.).

Було обрано чотири психодіагностичні методики у відповідності до мети і завдань дослідження : Опитувальник «**PCL-5**» в адаптації Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г. [14]; опитувальник «**Симптомів травми**» (Trauma Symptom Inventory (TSI), Дж. Бріер [14]; методика «**Визначення стресостійкості та соціальної адаптації**» Д. Холмса [8]; методика «**Самооцінки психологічної адаптивності**» [8].

Вибірку склали 60 здобувача вищої освіти «Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна», що перебувають на території України під час війни. Вибірку було поділено на дві групи. Першу групу досліджуваних складали 30 жінок, а другу – 30 чоловіків. Всі досліджувані – здобувачі освіти віком від 20 до 23 років, проживають на території міста Харкова або Харківської області або інших областей поблизу бойових дій. Дослідження проводилося у дистанційному режимі.

Практична значущість полягає у тому, що матеріали отримані в ході дослідження можуть бути використані при психотерапевтичній роботі із зниженням проявів ПТСР у цивільного населення в умовах війни.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ПРОЯВІВ ПТСР У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

1. 1. Поняття стресостійкості в психології: визначення, чинники та особливості формування

Стресові стани є постійним супутником людського життя та мають значний вплив на фізичне й психологічне благополуччя. Варто зазначити, що не всі чинники стресу однакові за своїм впливом: якщо помірні стресори можуть стимулювати активізацію ресурсів організму, то сильні та тривалі – навпаки, здатні викликати серйозні негативні наслідки як на фізичному, так і на психічному рівні [12]. Проблема стресу є об'єктом дослідження в багатьох наукових галузях – соціології, психології, фізіології та медицині. Значний внесок у вивчення цього явища зробили такі вітчизняні та зарубіжні науковці, як Р. Бернс, Л. Дика, Б. Доренвенд, Г. Еберлейн, У. Кеннон, Р. Лазарус, К. Ліллас, Н. Наєнко, О. Овчаренко, Г. Сельє, О. Слободянюк, Т. Циганчук, С. Чопик та інші.

Актуальність дослідження стресових проявів підтверджується й статистикою. Так, у 2018 році у Великій Британії було проведено велике онлайн-опитування за участі майже 5 тисяч осіб [13].

Результати дослідження засвідчили, що 74% опитаних упродовж року пережили стрес настільки сильний, що не могли з ним упоратися. Серед них: 46% почали переїдати або харчувалися нездорово; 29% збільшили вживання алкоголю, 16% – почали або частіше стали палити; 51% повідомили про депресивний стан, а 61% – про підвищену тривожність. Крім того, 16% завдали собі шкоди, а 32% мали суїцидальні думки; 37% відчували себе самотніми. До основних факторів стресу респонденти віднесли: власне здоров'я або хвороби близьких (36%), фінансові труднощі (22%), постійний тиск швидко відповідати на повідомлення (12%). Також 36% жінок і 23% чоловіків вказали, що джерелом стресу для них є власна зовнішність [23].

Розглянемо докладніше поняття стресу, стресових станів і особливості їх переживання. Стрес — це особлива реакція організму на зовнішні чи внутрішні виклики або загрози. У моменти небезпеки — реальної чи уявної — активується вроджений захисний механізм, відомий як «бий або тікай», або ж реакція на стрес.

Згідно з концепцією Ганса Сельє, стресова відповідь є несвідомим адаптивним механізмом, що спрямований на збереження життєдіяльності. Вона розгортається поетапно: у разі загрози центральна нервова система активізує викид гормонів стресу — зокрема, адреналіну та кортизолу. Внаслідок цього пришвидшується серцебиття, підвищується артеріальний тиск, дихання стає глибшим і частішим, м'язи напружуються, а відчуття загострюються [14]. Такі фізіологічні зміни сприяють підвищенню витривалості, концентрації та швидкості реакції, готуючи організм до дій — активної боротьби або втечі.

К. Ліллас [5] пропонує метафору водіння автомобіля для пояснення трьох основних типів реакцій на сильний стрес:

- «Нога на газ» — людина стає надмірно активною, збудженою, легко дратується, її поведінка імпульсивна й емоційно насичена. Це реакція «боротьби».
- «Нога на гальмі» — проявляється у формі депресивності, відстороненості, внутрішнього відключення. Це поведінка уникнення або «втечі».
- «Нога на обох педалях» — людина завмирає, зовні здається нерухомою, але внутрішньо переживає сильне емоційне напруження. Це реакція «завмирання» [13].

Якщо механізм стресу функціонує належним чином, він допомагає людині залишатися сконцентрованою, уважною та енергійною. У критичних обставинах така реакція може навіть врятувати життя. Цей адаптивний, позитивний тип стресу називається евстресом.

Проте тривалий або надмірно інтенсивний стрес може мати зворотний ефект. Такий стан називають дистресом — він негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я, настрій, міжособистісні стосунки, працездатність і загальну якість життя. Дистрес часто виникає тоді, коли людина відчуває, що не здатна

впоратися зі стресором, і внутрішні ресурси (копінг-стратегії) не справляються з навантаженням.

Індивідуальне сприйняття ситуації відіграє ключову роль у визначенні того, чи буде стрес позитивним або негативним. Одна й та сама подія може по-різному впливати на людей: для когось вона буде джерелом мотивації, а для іншого – причиною напруження чи психологічного виснаження.

Актуальність вивчення стресових станів пояснюється їхнім потужним впливом на загальний стан здоров'я. Тривалий, хронічний стрес порушує функціонування практично всіх систем організму: імунної, травної, серцево-судинної, репродуктивної, опорно-рухової тощо. Він підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, інсульту, пришвидшує процеси старіння, впливає на роботу мозку, знижуючи здатність протистояти тривожності, депресії та іншим психічним розладам.

На думку дослідника Р. Лазаруса, типовими симптомами хронічного стресу є:

Когнітивні порушення: ослаблення пам'яті, труднощі з концентрацією уваги, негативне мислення, постійна тривога.

Емоційні порушення: пригнічений настрій, тривожність, роздратованість, гнів, самотність, відчуття пригнічення.

Фізичні симптоми: головний біль, біль у грудях, проблеми з травленням, запаморочення, підвищений тиск, ослаблений імунітет.

Поведінкові прояви: зміни апетиту, порушення сну, соціальна ізоляція, прокрастинація, зловживання психоактивними речовинами, нервові звички (наприклад, гризіння нігтів).

Стресогенні фактори, тобто стресори, можуть бути як позитивними, так і негативними. До позитивних належать: укладення шлюбу, народження дитини, зміна місця проживання, вступ до університету. Негативні включають: конфлікти, надмірне навантаження, фінансові проблеми, втрату роботи тощо.

Водночас джерелом стресу можуть бути не лише зовнішні події, а й внутрішні психологічні установки, такі як надмірна тривожність, страх перед

майбутнім, ірраціональні або песимістичні думки. Сприйняття подій залежить від особистого досвіду, рис характеру та копінг-стратегій людини.

Вітчизняний дослідник Н. Наєнко поділяє чинники стресу на зовнішні та внутрішні:

Зовнішні фактори: життєві зміни, проблеми в навчанні або на роботі, сімейні чи особистісні конфлікти, фінансова нестабільність, перевантаження.

Внутрішні фактори: песимізм, негативне мислення, перфекціонізм, самокритика, нереалістичні очікування, установка «все або нічого».

Відповідно до шкали життєвих подій Холмса і Раге, найбільш стресогенними подіями для дорослої людини є: смерть партнера, розлучення, розрив стосунків, позбавлення волі, смерть близького, серйозна хвороба, укладення або відновлення шлюбу, втрата роботи, вихід на пенсію.

Вважаємо за доцільне в контексті нашого дослідження стисло окреслити найзначніші джерела стресу [23; 26].

Стрес на роботі. Помірне напруження в професійній сфері вважається нормальним, однак надмірне навантаження або конфлікти на роботі можуть призвести до зниження продуктивності, погіршення фізичного й емоційного стану, негативно вплинути на стосунки в сім'ї та суспільстві.

Втрата роботи та безробіття. У таких обставинах люди часто переживають почуття гніву, образи, депресії, страху за майбутнє. Ці емоції можуть супроводжуватися зниженням самооцінки, втрату життєвої мети та відчуттям безпорадності, що значно підсилює стресову реакцію.

Фінансовий стрес. Причинами можуть бути втрата доходу, зростання боргів, несподівані витрати або поєднання кількох факторів. Фінансова нестабільність є одним із найпоширеніших джерел стресу в сучасному суспільстві.

Вихід на пенсію. Незалежно від попередніх очікувань, пенсія може викликати як позитивні, так і негативні емоції. З одного боку, людина отримує відпочинок від рутинної роботи, з іншого – може втратити відчуття структури, значущості та соціальної ідентичності, що формувалися через професійну діяльність.

Виховання дітей. Високі вимоги до батьківства можуть викликати відчуття втрати контролю над життям, що призводить до емоційного виснаження, погіршення здоров'я та стосунків, розвитку стану хронічного стресу.

Горе та втрата. Після втрати близької людини емоційний спектр може варіюватися від шоку та гніву до провини, смутку та безнадійності. Переживання втрати часто викликає стресовий стан, що потребує часу та підтримки для подолання.

Оскільки надмірний стрес завдає серйозної шкоди, важливо розуміти власні межі та вміти адаптуватися до стресових впливів. Цю здатність називають стресостійкістю – це індивідуальна спроможність протистояти дії стресогенних факторів без значного погіршення психоемоційного стану.

За Л. Дикою, до основних чинників, що впливають на рівень стресостійкості, належать [12]:

Мережа підтримки. Соціальні зв'язки з родиною, друзями чи колегами діють як буфер проти стресу. Люди, які мають підтримку, легше долають труднощі, тоді як самотність підвищує ризик виникнення стресових станів.

Відчуття контролю. Особа, яка вірить у власні сили, здатна краще справлятися з викликами. Ті ж, хто почувається залежним від обставин, зазвичай гостріше переживають стресові ситуації.

Ставлення та світогляд. Важливим чинником, що впливає на стресостійкість, є ставлення людини до життя та неминучих викликів. Люди з оптимістичним світоглядом менше схильні до негативного впливу стресових чинників. Такі особи схильні бачити у труднощах не лише загрози, а й можливості для зростання. Вони частіше мають розвинене почуття гумору, приймають зміни як невід'ємну частину життя та демонструють гнучкість у складних обставинах.

Здатність керувати емоціями. Невміння справлятися з емоціями, такими як тривога, гнів або смуток, може суттєво знижувати здатність особи витримувати стрес. Водночас навички емоційної саморегуляції, зокрема усвідомлення емоційного стану та здатність адаптивно реагувати на емоційні імпульси,

підвищують толерантність до стресових подій і сприяють збереженню внутрішньої рівноваги.

Знання та підготовка. Інформованість щодо потенційно стресогенних ситуацій, розуміння їхньої природи, тривалості та можливих наслідків дає змогу особі знизити рівень тривоги та ефективніше реагувати. Психологічна готовність до можливих викликів підвищує адаптивність та стресостійкість.

Розвиток стійкості. Покращення здатності справлятися зі стресом включає розвиток психологічної витривалості. Люди з високим рівнем стресостійкості не тільки краще адаптуються до стресу, а й ефективніше справляються з невизначеністю та щоденними труднощами [13].

Згідно з результатами сучасних досліджень, особи з високим рівнем стресостійкості здатні обробляти навіть травматичний досвід без розвитку значних психічних розладів. Натомість індивіди з низьким рівнем стресостійкості виявляються більш уразливими до формування симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Зв'язок із ПТСР. Стресостійкість має як психологічні, так і біологічні основи, що актуалізує необхідність її розгляду в контексті посттравматичного стресу. Наступним кроком нашого дослідження є аналіз симптоматики ПТСР, зокрема повторюваних спогадів, уникнення травматичних тригерів та змін у настрої й поведінці, які часто спостерігаються у людей з низькою стресостійкістю. Таким чином, вивчення взаємозв'язку між цими аспектами дозволить краще зрозуміти роль стресостійкості у профілактиці ПТСР.

1.2. Посттравматичний стресовий розлад: формування, клінічні ознаки, механізми розвитку

Стрес є невід'ємною частиною людського існування та справляє значний вплив на фізичне і психологічне благополуччя. Інтенсивні стресогенні чинники здатні призводити до тяжких наслідків. Хоча феномен травматичного стресу відомий уже понад століття і раніше описувався під назвами «контузійний шок»,

«бойова втома», «солдатське серце», лише у 1980-х роках його стійкі наслідки було офіційно визнано у психіатричній нозології. У відповідь на численні випадки психічних розладів серед військовослужбовців, які поверталися з війни у В'єтнамі, третє видання «Діагностичного і статистичного керівництва з психічних розладів» (DSM-III) включило до класифікації новий діагноз — посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

ПТСР — це психічний і поведінковий розлад, який розвивається внаслідок переживання травматичної події, що несе реальну чи потенційну загрозу життю, здоров'ю або благополуччю особи. Серед таких подій: війна, сексуальне насильство, жорстоке поводження з дітьми, дорожньо-транспортні пригоди, природні катастрофи, домашнє насильство та інші критичні ситуації [12; 13; 22].

У випадках тривалого, повторюваного травматичного впливу можливий розвиток комплексного ПТСР, для якого характерне не лише переживання травматичних симптомів, але й глибші зміни особистості, включаючи втрату цілісного уявлення про себе, хронічне відчуття провини та ізоляції [11; 22; 24].

Згідно з даними О. Корольчук, до груп ризику розвитку ПТСР належать військовослужбовці, жертви збройних конфліктів, природних катастроф, концентраційних таборів, а також особи, які пережили насильницькі злочини. Підвищений ризик також характерний для представників професій, пов'язаних з високим рівнем стресу або загрозою життю: поліцейські, пожежники, рятувальники, медичні працівники, машиністи, журналісти, моряки, а також працівники банків, поштових відділень та магазинів [12; 23].

Рівень травматизації безпосередньо впливає на ризик розвитку ПТСР. Особливо небезпечними в цьому контексті є події, пов'язані зі смертю, тортурами, тяжкими фізичними травмами, спотворенням тіла або черепно-мозковими ушкодженнями. Ключове значення мають такі чинники, як близькість до джерела травми, її тривалість і ступінь жорстокості. Існує також припущення, що міжособистісні травми (насильство, зрада, знущання) мають більш руйнівний ефект порівняно з безособовими.

ПТСР може бути наслідком широкого спектра травматичних ситуацій. Ймовірність його розвитку суттєво відрізняється залежно від типу травми. Найвищий ризик спостерігається після сексуального насильства (11,4%), зокрема зґвалтування (до 19,0%). Цікаво, що хоча чоловіки загалом частіше зазнають травматичних подій, жінки частіше стикаються з такими, які викликають більш глибокий емоційний резонанс і мають вищу ймовірність призвести до ПТСР, зокрема сексуальне чи міжособистісне насильство.

Частка дітей і підлітків, які страждають на посттравматичний стресовий розлад у розвинених країнах, може становити близько 1%, тоді як серед дорослих цей показник варіюється в межах 1,5–3%. У середньому 16% дітей, які зазнали травматичної події, розвивають посттравматичний стресовий розлад. До ключових факторів ризику належать: жіноча стать, вплив катастроф, застосування негативних копінг-стратегій та/або відсутність належної системи соціальної підтримки.

Вчена О. Туриніна [12] здійснила огляд найпоширеніших чинників, здатних спричинити розвиток посттравматичного стресового розладу:

- Дорожньо-транспортні пригоди. Особи, які пережили ДТП, мають підвищений ризик розвитку ПТСР. Згідно зі статистикою, близько 2,6% дорослих і дітей набувають посттравматичного стресового розладу після участі в автокатастрофі.
- Домашнє насильство. Жертви домашнього насильства особливо схильні до розвитку ПТСР. Імовірність розвитку тривалих симптомів зростає, якщо гвалтівник утримував жертву в ізоляції, якщо існувала реальна загроза вбивства, жертва була вразливою (дуже молодою чи літнього віку), а також у випадках, коли злочинець був знайомим. Ситуація ускладнюється, якщо інші люди ігнорують злочин або звинувачують жертву.
- Військова служба. Військові, що зазнали бойових дій, становлять окрему групу ризику: приблизно у 22% із них розвивається ПТСР. Водночас у 25% випадків симптоми проявляються не відразу, а з певною затримкою.
- Цивільне населення в умовах війни. Підвищений ризик посттравматичних стресових розладів характерний для цивільного населення, яке пережило війну,

переселення, насильство та інші травматичні події. Рівень ПТСР серед переселенців і біженців коливається від 4% до 86%. Ці групи часто мають знижений рівень благополуччя, високий рівень психічного стресу, депресії та недостатню соціальну підтримку. Особливо вразливими є жінки, люди похилого віку та неповнолітні без супроводу.

- Раптова смерть близької людини. Це — найпоширеніша форма травматичної події. Імовірність розвитку ПТСР у таких випадках становить приблизно 5,2%.
- Загрозливі для життя хвороби. Сюди входять рак, серцевий напад, інсульт, а також госпіталізація у відділення інтенсивної терапії. У групі ризику знаходяться не лише самі пацієнти, а й їхні близькі — наприклад, батьки хронічно хворої дитини.
- Травма, пов'язана з вагітністю. Жінки, які пережили викидень, мертвонародження або екстрені пологи, можуть бути схильні до розвитку ПТСР. Зокрема, ризик зростає, якщо у жінки в анамнезі є попередні травматичні події. Поширеність ПТСР після фізіологічних пологів оцінюється в межах 2,8–5,6% через шість тижнів після пологів.
- Стихійні лиха та екстремальні погодні умови здатні чинити серйозний вплив на психічне здоров'я людини, зокрема спричиняти розвиток посттравматичного стресового розладу [12; 22].

Б. Михайлов акцентує на фізіологічних аспектах виникнення ПТСР, трактуючи його як природний механізм виживання. Зокрема, симптоми ПТСР розглядаються як еволюційна відповідь організму, яка активізується для забезпечення швидкої реакції в разі повторної загрози. Так, стан постійного гіперзбудження може бути адаптивною реакцією, спрямованою на швидке реагування у кризових ситуаціях.

Ще одним чинником є підвищена секреція гормонів стресу, зокрема адреналіну. У звичайних умовах адреналін сприяє мобілізації організму для протистояння небезпеці через активацію реакції «бийся або тікай». Проте у людей з ПТСР ця відповідь залишається активною навіть у відсутності реально

загрозливих обставин, що може спричиняти приглушення емоцій та підвищену тривожність.

Окрім того, дослідники відзначають морфологічні зміни в структурах головного мозку, зокрема у гіпокампі — ділянці, що відповідає за емоційну регуляцію та пам'ять. У осіб із ПТСР спостерігається зменшення розмірів гіпокампа, що, ймовірно, зумовлює труднощі в обробці травматичних спогадів і формуванні адаптивних реакцій на них. Як наслідок, тривога та страх зберігаються протягом тривалого часу та продовжують негативно впливати на якість життя [11; 13; 23].

Лікування посттравматичного стресового розладу сприяє належній обробці травматичних спогадів, унаслідок чого з часом зменшується інтенсивність нав'язливих спогадів і нічних кошмарів.

У межах нашого дослідження важливим є аналіз симптомів ПТСР, серед яких виокремлюють нав'язливі тривожні думки, емоційні реакції або сни, пов'язані з травматичною подією, психічну чи фізичну дистрес-реакцію на сигнали, що нагадують про травму, уникання таких сигналів, зміни в мисленні й емоційному стані, а також зростання внутрішньої напруги. Ці симптоми зберігаються понад місяць після події і можуть включати, зокрема, мізофонію як тригер. У дітей симптоми часто проявляються не прямо, а через ігрову діяльність із відтворенням травматичних епізодів. Люди, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, мають вищий ризик суїциду або навмисного самоушкодження.

Діагностика ПТСР є складною через суб'єктивність багатьох діагностичних критеріїв, можливе заниження симптомів з боку пацієнтів (через страх осуду або втрати професійних можливостей), а також подібність симптомів ПТСР до ознак інших психічних станів, таких як obsесивно-компульсивний або генералізований тривожний розлад. ПТСР часто поєднується з іншими психічними розладами, зокрема депресією, тривожними станами, а також може проявлятися по-різному залежно від культурного контексту, зокрема в аспектах уникнення, притлумлення емоцій, тривожних снів і тілесних симптомів [12;24].

Вживання психоактивних речовин додатково ускладнює діагностику, оскільки симптоми споживання можуть нагадувати прояви ПТСР. Ба більше, розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, можуть підвищити ризик виникнення ПТСР або погіршити його перебіг

Розглянемо також моделі посттравматичного стресового розладу, до яких О. Чабан відносить такі: нейробиологічну, генетичну та когнітивну.

Нейробиологічна модель пояснює ПТСР через механізм обумовлення страху, згідно з яким гормональний сплеск під час травми спричиняє формування міцного зв'язку між ознаками травматичної події та реакціями на страх. Надалі ці ознаки можуть запускати повторне відчуття загрози навіть за відсутності реальної небезпеки. Генетична модель наголошує на тому, що не в усіх людей, які зазнали травми, розвивається ПТСР, що свідчить про існування індивідуальних відмінностей.

Генетичні чинники можуть пояснити від 30 до 72% схильності до розвитку ПТСР, а відповідні гени часто також асоціюються з іншими психічними станами, зокрема великою депресією, тривожними розладами, панічними атаками та зловживанням психоактивними речовинами.

Когнітивна модель зосереджується на тому, як саме зберігаються спогади про травму. Через підвищене збудження ці спогади часто кодуються фрагментарно, сенсорно, без належної послідовності, що ускладнює їх інтеграцію до автобіографічної пам'яті. Крім того, велике значення мають інтерпретації події, особисті реакції та уявлення про можливу майбутню шкоду: надмірно негативні оцінки сприяють збереженню відчуття загрози та підтримують ПТСР [23].

Запровадження діагнозу гострого стресового розладу стимулювало появу досліджень ранніх втручань для осіб із високим ризиком ПТСР. У цих програмах застосовували скорочені версії когнітивно-поведінкової терапії (TF-CBT), і метааналізи підтвердили їхню ефективність у зниженні ймовірності розвитку ПТСР. Проте деякі дослідження свідчать, що навіть без лікування багато постраждалих поступово одужують самотійно [13; 23]

Ризик розвитку ПТСР визначається сукупністю чинників, таких як тип травми, інтенсивність емоційних переживань, рівень стресостійкості та наявність соціальної підтримки. Водночас діагностика і терапія ПТСР ускладнюються через широкий спектр симптомів та їхню схожість із проявами інших психічних розладів. Роль раннього втручання залишається ключовою для запобігання хронізації симптомів, тому актуальним є створення ефективних програм підтримки. Для зменшення негативних наслідків ПТСР важливо продовжувати дослідження цього розладу й удосконалювати стратегії його профілактики та лікування.

1.3. Прояви посттравматичного розладу у цивільного населення у умовах війни

За Останні роки українці зазнали численних травматичних подій, серед яких Революція Гідності 2014 року, анексія Криму, збройний конфлікт на Сході України впродовж 2014–2022 років та повномасштабна війна, що розпочалася у 2022 році. Складна політична, соціальна та економічна ситуація в Україні, а також безперервний вплив війни, зробили країну зоною тривалого стресу, в якій велика частина цивільного населення перебуває у стані постійного психологічного напруження. Такий стан часто призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу.

Найбільш значного психологічного удару українське цивільне населення зазнало після повномасштабного вторгнення Росії 24 лютого 2022 року, коли люди опинилися в умовах обстрілів, нестачі їжі, води, засобів для існування, а також вимушено розлучилися з рідними.

Війна, як форма організованого насильства, є засобом досягнення політичних цілей через фізичний примус, що виходить за межі окремої національної держави. Теорія стресу Г. Сельє визначає, що війна створює унікальний рівень як подієвих, так і середовищних стресорів, здатних завдати тривалих негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я [23].

За Барановим І., типовими чинниками стресу, що супроводжують війну, є загроза життю, перебування під обстрілами, загрози, вимушене переміщення, втрата близьких, нестача фінансових ресурсів, а також обмежений доступ до їжі, води, електроенергії, газу тощо. Особливо тяжкими є екстремальні форми стресу, які переживають цивільні особи, що стали жертвами або свідками тортур, побиття, зґвалтування, примусової праці, сексуального насильства, жорстокого поводження із членами родини, або пережили імітацію страти.[5; 13; 17].

Багатовимірність збройного конфлікту та пов'язаної з ним травми має глибокі й довготривалі наслідки, які відчуються навіть після завершення бойових дій. Науковці стверджують, що вплив психотравми зберігається поколіннями, тож війну не можна розглядати лише як окрему подію – це колективне потрясіння, яке охоплює усе суспільство. Пережитий досвід формує те, як суспільства реагуватимуть на нові травматичні ситуації в майбутньому.

Вже майже три роки цивільне населення України живе в умовах війни, що призводить не тільки до фізичних захворювань, але й до численних психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу.

Зростання проявів ПТСР пояснюється тривалим емоційним навантаженням, викликаним, по-перше, загрозою життю під час пандемії COVID-19, а по-друге – раптовим і жорстоким вторгненням Росії, до якого українське суспільство виявилось психологічно невідповідним. Додатковим фактором дистресу стала наявність у багатьох українців родинних або професійних зв'язків із Росією, що сформувалися ще за радянських часів, тож військова агресія сусідньої країни викликала ще більший шок.

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найпоширеніших психічних наслідків війни: серед осіб, які пережили бойові дії, його поширеність сягає 26,5%. Уже під час часткового вторгнення у 2014 році кожен п'ятий внутрішньо переміщений українець (21,0%) мав симптоми ПТСР, що перевищували діагностичний поріг відповідно до критеріїв МКБ-11.

Однією з визначальних рис війни є одночасна дія багатьох стресових факторів. Сукупний вплив численних травматичних подій суттєво підвищує

ризик розвитку посттравматичного стресового розладу та посилює його перебіг. Згідно з моделлю «доза-реакція», ймовірність виникнення ПТСР у людини прямо залежить від сили дії стресора, зокрема його частоти, інтенсивності, тривалості та близькості.[2; 4; 7].

Цивільне населення, яке мешкає в районах ведення бойових дій, постійно перебуває у стані хронічного стресу, через що стає надзвичайно вразливим до психологічних наслідків війни – на рівні, порівнянному з військовими, які безпосередньо беруть участь у бойових діях. Водночас, порівняно з численними дослідженнями, присвяченими військовому персоналу, на сьогодні існує значно менше даних про посттравматичний стресовий розлад серед цивільного населення, особливо в умовах триваючих військових конфліктів.

За дослідженням О. Горшкова, серед великої групи українців, які були вимушено переміщені після анексії Криму та війни на сході України, виявлено значно вищий рівень посттравматичного стресового розладу (27,4%), зокрема серед жінок (31,1% порівняно з 19,6% серед чоловіків). Це може вказувати на те, що цивільні особи, на відміну від військових, мають менше психологічної підготовки та ресурсів для подолання жорстокості війни. Для військових одним із факторів захисту є згуртованість підрозділу, якої немає в цивільних [1; 2; 14].

Посттравматичний стресовий розлад є глобальною проблемою, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, де послуги з психічного здоров'я часто є важкодоступними. ПТСР має багатогранний вплив на психічне, фізичне та соціальне благополуччя постраждалих від війни, що призводить до серйозних функціональних розладів і погіршення якості життя.

Цей розлад збільшує ймовірність виникнення фізичних проблем, таких як порушення сну, труднощі у взаємодії з іншими людьми, проблеми з вихованням дітей, а також часто супроводжується суїцидальними нахилами, депресією та вживанням психоактивних речовин. Крім того, ПТСР пов'язаний із погіршенням рівня життя та безробіттям, яке може тривати багато років серед людей, які пережили травму. Також травма може проявлятися у вигляді психосоматичних симптомів, таких як біль у грудях, розлади шлунково-кишкового тракту, головні

болі, заїкання, задишка, тимчасова слабкість кінцівок та амнезія. Отже, ПТСР має довготривалий вплив на фізичне здоров'я та може торкнутися будь-яких систем організму [2; 21].

Згідно з останніми дослідженнями, які вивчають психічні розлади після війни, кілька факторів значно підвищують ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. До них відносяться літній вік, безробіття, жіноча стать, більш травматичний досвід, належність до низького соціального класу, вживання психоактивних речовин, характер травми, свідчення вбивства чи серйозного поранення, а також демографічні фактори, такі як низький соціально-економічний статус, розлучення або овдовіння. Усі ці чинники сприяють більш високому ризику переживання травматичних подій.

Посттравматичний стресовий розлад проявляється через чотири основні групи симптомів: психологічний стрес під час переживання травми, симптоми уникання, когнітивні зміни або зміни настрою та підвищене збудження. Люди з вираженими симптомами ПТСР страждають від тривожних думок та емоцій, що тривають довго після закінчення травматичної події. Вони можуть переживати подію знову через спогади чи кошмари, відчувати депресію, страх або гнів, а також відчувати відчуження від інших людей. Постраждалі можуть уникати ситуацій, місць або людей, що нагадують їм про травму, і часто реагують надмірно на звичайні подразники, такі як гучний шум чи неочікуваний дотик [12;32].

Важливо, що не всі люди, які пережили війну, розвивають посттравматичний стресовий розлад. Це вказує на наявність певних захисних факторів, які допомагають зберегти психічне здоров'я, серед яких є: стійкість до стресу, здатність до адаптації, гармонійні копінг-стратегії, сильне почуття «Я» тощо; сприятливі соціальні та демографічні умови; наявність психологічного захисту.

Однак існують і чинники, які підвищують вразливість до ПТСР, серед яких: фізичний, соціальний та психологічний тиск (страх смерті, каліцтва та інше); особисті, соціальні та професійні проблеми; почуття втрати сенсу життя,

зневіра в справедливість світу; особистісні характеристики, такі як високий рівень тривожності, нейротизм, нестабільність нервової системи та ригідність мислення; несприятливі соціальні умови, наприклад, низька якість медичних послуг, труднощі з працевлаштуванням, низький соціальний статус [1;13;23].

Незважаючи на існування ефективних психологічних методів підтримки для осіб, постраждалих від масових конфліктів, більшість країн з низьким і середнім рівнем доходу, зокрема Україна, стикаються з браком ресурсів для надання необхідної психологічної допомоги всім постраждалим. Це підкреслює необхідність подальших досліджень у цій сфері.

Висновки до 1 розділу

В першому, теоретичному розділі нами проведений аналіз наукових літературних джерел з вивчення теоретико-методологічних основ дослідження впливу рівня стресостійкості на особливості прояву та симптомів ПТСР у цивільного населення в умовах війни. Проведене теоретичне дослідження допомогло нам зробити такі висновки:

1. Стресостійкість у психології визначається як здатність індивіда витримувати і адаптуватися до стресових ситуацій без значних негативних наслідків для психічного та фізичного здоров'я. Вона включає в себе розвиток стратегій подолання стресу, емоційної регуляції та стійкості до тиску. Стресостійкість дозволяє людям ефективно справлятися з труднощами, зберігаючи спокій і ясність мислення. Вивчення стресостійкості важливе для розуміння того, як деякі особи можуть залишатися продуктивними в умовах стресу, тоді як інші можуть відчувати значні труднощі.

2. Хронічний стрес може бути спричинений різноманітними чинниками, зокрема тривалими психоемоційними навантаженнями, такими як робочі дедлайни, високі вимоги на службовому місці або конфлікти в колективі. Соціальні чинники, такі як проблеми у стосунках з близькими, бідність або соціальна ізоляція також суттєво впливають на рівень стресу. Здоров'я,

включаючи хронічні захворювання або постійний біль, може стати причиною постійного стресу. Недостатній рівень підтримки з боку оточення або відсутність ресурсів для подолання труднощів посилюють відчуття безвиході. Негативні життєві події, такі як війна, втрата роботи або смерть близької людини можуть мати тривалий стресовий вплив: це призводить до нарощування стресу, який стає хронічним, завдаючи шкоди фізичному та психічному здоров'ю.

3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це психічний розлад, який може розвинутися у людей після переживання або свідчення травматичної події. Це можуть бути бойові дії, природні катастрофи, насильство, аварії чи інші шокуючі ситуації. Основними симптомами ПТСР є постійні спогади про подію, флешбеки, нічні жахи та сильна тривога. Люди з симптомами ПТСР можуть уникати ситуацій або місць, які нагадують про травму, а також відчувати емоційне оніміння. Наслідками цього розладу є значні проблеми в соціальному та професійному житті, оскільки індивіди можуть відчувати труднощі у встановленні стосунків та адаптації до повсякденного життя. Крім того, ПТСР може призвести до розвитку супутніх депресивних розладів, тривожних станів та зловживання алкоголем або наркотиками.

4. Механізми розвитку ПТСР складні і взаємопов'язані, вони включають ряд біологічних, психологічних та соціальних чинників. Одним з ключових аспектів є реакція організму на стрес, що активує гормональні системи, такі як виділення кортизолу, що може призвести до довгострокових змін в мозкових структурах. Психологічні механізми, такі як румінація і повторне переживання травми, можуть утримувати страх і тривогу, заважаючи відновленню. Соціальні фактори, включаючи відсутність підтримки або негативний досвід з боку оточення, можуть сприяти посиленню симптомів ПТСР. Особи з певними психологічними характеристиками, такими як низький рівень стійкості, можуть бути більш схильні до розвитку цього розладу. Загалом, ці механізми взаємодіють, формуючи складний процес, який може викликати розвиток ПТСР після травматичних подій.

5. Аналіз літератури з проблеми стресостійкості і симптомів ПТСР та проведені дослідження стресостійкості та ПСТР у цивільного населення свідчать про те, що показники стресостійкості мають статистично важливий кореляційний зв'язок із симптомами ПТСР у цивільного населення.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА СИМПТОМІВ ПТСР У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

2.1. Мета та задачі дослідження. Соціально демографічний опис вибірки

Для досягнення мети дослідження особливостей стресостійкості та симптомів ПТСР у цивільного населення у умовах війни було проведено теоретичний аналіз даних питань, а також емпіричне дослідження серед здобувачів вищої освіти різної статі. Дослідження включало використання таких психодіагностичних методик: : Опитувальник «**PCL-5**» в адаптації Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г. [14]; опитувальник «**Симптомів травми**» (Trauma Symptom Inventory (TSI), Дж. Брієр [14]; методика «**Визначення стресостійкості та соціальної адаптації**» Д. Холмса [8]; методика «**Самооцінки психологічної адаптивності**» [8].

Метою дослідження є вивчення взаємозв'язку стресостійкості із проявами ПТСР у цивільного населення та порівняння рівня показників стресостійкості та симптомів ПТСР у дівчат і хлопців здобувачів вищої освіти.

Відповідно до мети дослідження визначено наступні **завдання дослідження**:

1. Провести діагностику стресостійкості та симптомів ПТСР у жінок та чоловіків в умовах війни;
2. Визначити взаємозв'язок стресостійкості із симптомами ПТСР у чоловіків та жінок;
3. Визначати особливості стресостійкості та симптоми ПТСР у жінок та чоловіків - здобувачів вищої освіти.

Методи дослідження. емпіричні – опитування, тестування, ; в) статистичні – кореляційний аналіз – критерій Пірсона, порівняльний аналіз – t критерій Стьюдента (Statistica 10 for Windows.).

Вибірку склали 60 здобувача вищої освіти «Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна», що перебувають на території України під час війни. Вибірку було поділено на дві групи. Першу групу досліджуваних складали 30 жінок, а другу – 30 чоловіків. Всі досліджувані- здобувачі вищої освіти віком від 20 до 23 років, які проживають на території міста Харкова або Харківської області. Дослідження проводилося у дистанційному режимі.

2.2. Опис методів емпіричного дослідження особливостей стресостійкості та симптомів ПТСР у цивільного населення

Відповідно до мети та емпіричних завдань дослідження, першим етапом нашої роботи стало проведення низки психодіагностичних методик: опитувальника «PCL-5» в адаптації Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г.; опитувальника симптомів травми (Trauma Symptom Inventory — TSI), розробленого Дж. Брієром; методики «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» Д. Холмса і Раге К., а також методики «Самооцінка психологічної адаптивності».

Опитувальник PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) у зазначеній адаптації є інструментом самозвіту, призначеним для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) згідно з критеріями DSM-5. Він дозволяє оцінити наявність симптомів, так і їхню інтенсивність. PCL-5 складається з 20 тверджень, що відображають ступінь прояву симптоматики ПТСР за останній місяць. Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою, яка відображає частоту або інтенсивність симптомів. Дослідження базується на п'яти шкалах:

Опитувальник PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) в адаптації Хаустова О.О., Трачук Л.Є. та Безшейко В.Г. є інструментом самозвіту,

що призначений для виявлення та оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до критеріїв DSM-5. Він складається з 20 тверджень, що оцінюють симптоматику ПТСР протягом останнього місяця. Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою, яка відображає інтенсивність або частоту проявів симптомів.

Дослідження передбачає аналіз за п'ятьма основними шкалами:

1. Опис травматичної події — визначення події, яка викликала травматичний досвід.
2. Вторгнення (Intrusion) — охоплює повторювані, нав'язливі, емоційно болісні спогади, сновидіння, флешбеки або виражений психологічний дистрес при нагадуваннях про травму (питання 1–5).
3. Уникання (Avoidance) — виявляється в активному униканні думок, почуттів або зовнішніх подразників, пов'язаних із травматичною подією (питання 6–7).
4. Негативні зміни у когнітивній сфері та настрої (Negative alterations in cognition and mood) — включають труднощі із запам'ятовуванням важливих деталей події, стійкі негативні переконання, почуття провини, страху, гніву або сорому (питання 8–14).
5. Гіперактивність та збудженість (Hyperarousal) — проявляється у вигляді дратівливості, агресивної поведінки, підвищеної настороженості, проблем зі сном, концентрацією або реакціями переляку (питання 15–20).

Чим вищий сумарний бал, тим більш виражені симптоми ПТСР. Важливо зауважити, що результати опитувальника мають інтерпретуватися лише кваліфікованим фахівцем у сфері психічного здоров'я для точного встановлення діагнозу та визначення подальшої терапевтичної стратегії.

Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory – TSI), розроблений Дж. Брієром, є психологічним інструментом, спрямованим на оцінку широкого спектра симптомів, пов'язаних із наслідками психотравмуючого досвіду. Цей опитувальник дозволяє виявляти прояви

посттравматичного стресового розладу (ПТСР), дисоціативних розладів, а також супутніх (коморбідних) психоемоційних станів.

TSI включає 10 клінічних підшкал та 3 підшкали валідності:

Клінічні підшкали:

- Тривожне збудження – оцінює рівень загальної тривожності та внутрішнього напруження.
- Депресія – вимірює наявність і глибину симптомів депресивних станів.
- Гнів/Роздратування – оцінює інтенсивність і частоту емоцій гніву, агресії, дратівливості.
- Вторгнення – визначає частоту флешбеків, небажаних спогадів, нав'язливих образів, пов'язаних із травмою.
- Уникання – виявляє схильність до уникнення думок, почуттів і ситуацій, що асоціюються з травматичною подією.
- Дисоціація – оцінює наявність дисоціативних станів, таких як дереалізація, деперсоналізація тощо.
- Сексуальні занепокоєння – виявляє труднощі у сексуальній сфері, пов'язані з травматичним досвідом.
- Дисфункціональна сексуальна поведінка – вимірює ризиковану, компульсивну або неприйнятну сексуальну поведінку.
- Порушене самосприйняття – відображає негативні уявлення та емоції щодо власного «Я».
- Розрядка напруження – визначає схильність до поведінки, спрямованої на зниження емоційного напруження (наприклад, самопошкодження, імпульсивні дії).

Підшкали валідності:

- Рівень відповіді – оцінює загальну залученість респондента у процес відповідей.
- Атипова відповідь – виявляє нетипові або підозрілі відповіді, які можуть свідчити про симуляцію або небажання відповідати чесно.

- Непослідовна відповідь – визначає узгодженість відповідей на схожі або повторювані запитання.

TSI є ефективним інструментом у психодіагностиці, що дозволяє оцінити симптоми, характерні не лише для ПТСР, а й для тривожних, депресивних, дисоціативних та інших посттравматичних станів. Його використання передбачає подальший аналіз результатів фахівцем у сфері психології або психотерапії для точного визначення діагнозу та планування відповідного психокорекційного втручання.

Методика «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» Д. Холмса та К. Раге є психодіагностичним інструментом, розробленим для оцінки рівня стресостійкості особистості та її здатності до ефективної соціальної адаптації. Вона ґрунтується на концепціях психологічного стресу та адаптації, що дає змогу комплексно аналізувати, як індивід реагує на стресові фактори та взаємодіє із соціальним середовищем.

Методика представлена у вигляді серії тверджень або запитань, що стосуються повсякденних ситуацій, які можуть викликати стрес або вимагати адаптивної поведінки. Респонденти оцінюють свою згоду з кожним твердженням, зазвичай за шкалою Лайкерта, що дозволяє кількісно виміряти їхню реакцію.

Особливу увагу методика приділяє елементам соціальної адаптації, серед яких:

- здатність до командної взаємодії;
- уміння залучати та використовувати соціальну підтримку;
- ефективність вирішення міжособистісних конфліктів;
- навички комунікації та встановлення соціальних зв'язків.

Результати обробляються за допомогою кількісного аналізу, після чого здійснюється інтерпретація рівня стресостійкості та соціальної адаптації. Це дозволяє виявити як сильні сторони респондента, так і потенційні зони труднощів у сфері психосоціального функціонування. Методика є корисною у практиці психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і тренерів,

оскільки дозволяє не лише діагностувати рівень адаптивних ресурсів, але й розробити індивідуальні рекомендації для покращення психоемоційного стану, міжособистісної взаємодії та стрес-менеджменту.

Методика «Самооцінки психологічної адаптивності» призначена для визначення здатності особистості адаптуватися до змін в житті, справлятися зі стресом і ефективно функціонувати в соціальному середовищі. Вона оцінює емоційну регуляцію, реакції на стрес, стилі вирішення проблем і соціальні навички. Респонденти оцінюють свої реакції на твердження за шкалою Лайкерта, що дозволяє отримати комплексну характеристику рівня адаптивності.

Ця методика використовується психологами для консультування осіб, які переживають стресові ситуації або зміни в житті, наприклад, зміна роботи чи житла. Вона також застосовується у наукових дослідженнях для вивчення адаптаційних здібностей у різних групах населення. За результатами тестування можна виявити як сильні, так і слабкі сторони особистості, що допомагає розробити індивідуальні стратегії підтримки та розвитку.

Для аналізу отриманих даних було застосовано кореляційний аналіз за критерієм Пірсона, що дозволяє визначити силу та напрямок зв'язку між рівнем стресостійкості та симптомами ПТСР. Цей метод є надійним для оцінки лінійного зв'язку між кількісними змінними, що дозволяє зробити висновки про те, як зміни в стресостійкості можуть впливати на вираженість симптомів ПТСР.

Кореляційний аналіз є зручним і економічним методом, оскільки його можна провести, використовуючи вже існуючі дані, без необхідності створювати складні експериментальні умови чи проводити додаткові модифікації. Це дозволяє ефективно використовувати наявні дані для отримання важливих висновків, які можуть стати основою для подальших досліджень у сфері психічного здоров'я.

Для порівняння рівня стресостійкості та симптомів ПТСР між жінками та чоловіками був застосований t-критерій Стьюдента. Цей статистичний метод широко використовується для порівняння середніх значень двох незалежних груп і є особливо ефективним для аналізу різниць у рівнях стресостійкості та

ПТСР між чоловіками та жінками. t-критерій дозволяє оцінити, чи існують статистично значущі відмінності між групами, враховуючи варіативність даних у кожній з них. Оскільки t-критерій працює добре при нормальному розподілі даних, його можна використовувати після перевірки цього припущення. Він також підходить для порівняння помірних вибірок, зазвичай від 20 до 30 спостережень у кожній групі. Завдяки цьому методу можна точно визначити, чи є різниця між статями у рівні стресостійкості та симптомах ПТСР, і чи є ця різниця суттєвою з клінічної точки зору.

Отже, t-критерій Стюдента є оптимальним інструментом для цієї задачі, оскільки дозволяє ефективно оцінити відмінності між двома групами, що може допомогти краще зрозуміти вплив статі на рівень стресостійкості та прояви ПТСР.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів взаємозв'язку стресостійкості та симптомів ПТСР у цивільного населення

Метою даної частини дослідження було вивчення особливостей кореляційного зв'язку рівня переживання стресостійкості та симптомів ПТСР у цивільного населення в умовах війни.

В ході статистичної обробки результатів, що були отримані, по чергово здійснено кореляційний аналіз зв'язку рівня стресостійкості та симптомів ПТСР у цивільного населення в умовах війни.

Коефіцієнти кореляції показників симптомів ПТСР за опитувальником «PCL-5» із оцінками стресостійкості у цивільного населення в умовах війни наведено у табл. 2.1

Таблиця 2.1

Кореляційний зв'язок показників симптомів ПТСР за опитувальником «PCL-5» із оцінками стресостійкості у цивільного населення в умовах війни

Показники прояву	Показники переживання стресових станів
------------------	--

ПТСР	Поведінка в стресовій ситуації	Стресостійкість та соціальна адаптація	Психологічна адаптація
Опис травматичних подій	0,193***	0,276*	0,231*
Вторгнення	0,383**	-0,316**	-0,265*
Уникнення	0,310*	-0,342**	-0,265*
Негативні зміни у пізнанні та настрої	0,230**	0,243*	0,266*
Гіперактивність та збудженість	0,340**	0,116***	0,262*

Примітки: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p > 0,05$

Результати, наведені в табл. 2.1, показують наявність статистично значущих зв'язків між великою кількістю показників симптомів ПТСР та оцінками стресостійкості у цивільного населення в умовах війни. Показники симптому ПТСР «Вторгнення», «Уникнення» та «Негативні зміни у пізнанні та настрої» утворили вагомі кореляційні зв'язки із усіма показниками стресостійкості у цивільного населення в умовах війни.

У цивільних осіб, що пережили війну або збройний конфлікт, існує складний взаємозв'язок між симптомами посттравматичного стресового розладу, такими як «Вторгнення», «Уникнення» та «Негативні зміни у пізнанні і настрої», і рівнем їхньої стресостійкості. Ці прояви є взаємопов'язаними і можуть посилювати один одного, утворюючи замкнене коло, що ускладнює процес психологічної реабілітації.

Симптоми «Вторгнення», що включають нав'язливі спогади, флешбеки і кошмари, виникають у відповідь на травматичний досвід, і особи, що пережили травму, можуть постійно відчувати страх і жахи, пов'язані з пережитими подіями. Це підсилює рівень тривожності і стресу, а також може поглиблювати негативний погляд на світ і призводити до емоційної нестійкості.

З іншого боку, «Уникнення» виступає як захисний механізм, який люди використовують для уникнення травматичних спогадів і переживань. Втрата контакту з оточенням і уникнення ситуацій, що нагадують про травму, ведуть до соціальної ізоляції та погіршення психологічного стану. Таке уникнення є відповіддю на емоційний дискомфорт і може посилювати рівень стресу.

Взаємозв'язок між цими симптомами і високим рівнем стресових переживань підкреслює, що особи з високим ступенем «вторгнення» й «уникнення» частіше зазнають глибоких «негативних змін у пізнанні та настрої». Постійний стрес, спричинений війною, посилює відчуття безнадійності, депресії та втрати віри у власні можливості справлятися з життєвими труднощами.

Таким чином, ці три компоненти ПТСР є ключовими елементами, що формують загальний психоемоційний стан цивільного населення. Люди, які зазнають впливу війни, часто демонструють складні поведінкові моделі, що вимагають активної психосоціальної підтримки. Тому важливо розробляти програми, що сприяють зниженню проявів цих симптомів і покращенню психологічного стану. Такий підхід допоможе зробити вплив стресу на психіку населення в умовах війни менш деструктивним.

Коефіцієнти кореляції показників симптомів ПТСР за опитувальником «Симптомів травми» (Trauma Symptom Inventory (TSI) із оцінками рівня переживання стресових станів у цивільного населення в умовах війни наведено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

**Кореляційний зв'язок показників симптомів ПТСР за опитувальником
«Симптомів травми» із оцінками рівня стресостійкості у цивільного
населення в умовах війни**

Показники симптому ПТСР	Показники переживання стресових станів		
	Поведінка в стресовій ситуації	Стресостійкість та соціальна адаптація	Психологічна адаптація
Тривожне збудження	0,293*	0,280*	0,366**

Депресія	0,383**	0,316*	0,252*
Гнів/Роздратування	0,310**	0,020***	-0,320**
Вторгнення	0,383**	-0,316**	-0,265*
Уникнення	0,310*	-0,342**	-0,265*
Дисоціація	0,193***	0,200***	0,066***
Сексуальне занепокоєння	0,383**	-0,316*	-0,322**
Дисфункціональна сексуальна поведінка	0,260*	0,276*	0,340**
Порушення самосприйняття	0,330**	0,273*	0,266*
Розрядка напруження	0,340**	0,316*	0,262*

Примітки: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p > 0,05$

Результати, наведені в табл. 2.2, показують наявність статистично значущих зв'язків між великою кількістю показників симптомів ПТСР та оцінками стресостійкості у цивільного населення в умовах війни. Показники симптому ПТСР «Тривожне збудження», «Депресія», «Сексуальне занепокоєння», «Дисфункціональна сексуальна поведінка», «Порушення самосприйняття» та «Розрядка напруження» утворили вагомі кореляційні зв'язки із усіма показниками стресостійкості у цивільного населення в умовах війни.

У цивільного населення, що переживає військовий конфлікт, багато проявів стресових станів мають сильний зв'язок із симптомами ПТСР. Симптоми, такі як «Тривожне збудження», «Депресія», «Сексуальне занепокоєння», «Дисфункціональна сексуальна поведінка», «Порушення самосприйняття» та «Розрядка напруження», можуть виникати одночасно або бути взаємозалежними, формуючи складне емоційне сплетіння. Тривожне збудження часто є першим сигналом стресу і виникає через постійну загрозу та небезпеку.

Під час війни рівень тривожності значно зростає, що може проявлятися у фізичних симптомах, таких як прискорене серцебиття, пітливість і проблеми зі сном. Водночас депресія може виступати як реакція на тривале збудження й високий рівень стресу, що веде до відчуття безнадійності та втрати інтересу до життя.

Сексуальне занепокоєння може бути викликане травматичними переживаннями, які руйнують відчуття безпеки та довіри у стосунках. Це призводить до труднощів у сексуальній сфері, викликаючи відчуження між партнерами і фізичну дистанцію. Внаслідок цього може сформуватися дисфункціональна сексуальна поведінка, коли замість близькості люди починають уникати фізичного контакту або ведуть нездоровий спосіб життя у питаннях сексуальності.

Порушення самосприйняття також є важливим аспектом впливу війни на психологічний стан. Переживши травматичний досвід, люди можуть втратити відчуття своєї цінності і ідентичності, що сприяє негативним змінам у самооцінці. Взаємозв'язок між цими симптомами і загальним психоемоційним станом населення в умовах війни може бути особливо руйнівним.

Зазвичай, під впливом накопичених емоцій виникає розрядка напруження, яка часто проявляється у агресивній або імпульсивній поведінці. Люди починають «випускати пар» за допомогою неконструктивних способів, що лише погіршує їхній психологічний стан. Всі ці чинники взаємно посилюють один одного, формуючи замкнене коло стресових ситуацій.

Цей складний зв'язок між проявами ПТСР та станами стресу підкреслює важливість комплексного підходу до психосоціальної підтримки. Психологічна допомога з використанням методів управління стресом здатна допомогти людям краще контролювати свої емоції та долати внутрішні труднощі. Крім того, необхідно забезпечити ресурси для відкритого діалогу і постійної підтримки.

Таким чином, дослідження кореляційного зв'язку між різними симптомами ПТСР і рівнем стресостійкості є ключовим етапом у процесі відновлення психічного здоров'я. Розробка програм, що враховують ці взаємозалежні

чинники, може значно покращити якість життя постраждалих. Водночас, лікувальний підхід має бути цілісним та адаптованим до конкретних потреб населення в умовах війни.

2.4. Аналіз та інтерпретація особливостей взаємозв'язку стресостійкості та симптомів ПТСР у жінок та чоловіків

Метою даного кроку дослідження було проведення порівняльного аналізу стресостійкості та симптомів ПТСР у чоловіків та жінок. Дослідження оцінок симптомів ПТСР було проведено за допомогою методики «PCL-5» в адаптації Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г. та опитувальника «Симптомів травми» (Trauma Symptom Inventory (TSI), розробленого Дж. Бріером. Статистичну обробку даних було здійснено за допомогою порівняльного аналізу (t - критерій Стюдента).

Результати порівняльного аналізу оцінок симптомів ПТСР у чоловіків та жінок представлено у таблиці 2.3 та на рисунку 2.1.

Таблиця 2.3.

Відмінності в симптомах ПТСР у чоловіків та жінок

Показники симптомів ПТСР	Досліджувані		Т	Р
	Чоловіки	Жінки		
Опис травматичних подій	1,8	3,4	3,76*	0,000
Вторгнення	3,3	1,9	2,26*	0,000
Уникнення	2,9	1,8	3,66*	0,001
Негативні зміни у пізнанні та настрої	2,9	3,1	0,00**	0,995
Гіперактивність та збудженість	1,6	3,7	2,76*	0,000
Тривожне збудження	1,3	3,1	2,26*	0,000
Депресія	2,3	1,1	3,26*	0,000
Гнів/Роздратування	2,4	1,3	3,81*	0,000
Вторгнення	2,5	2,4	0,00**	0,855
Уникнення	1,8	3,4	3,76*	0,000
Дисоціація	1,3	3,1	2,26*	0,000

Сексуальне занепокоєння	3,4	3,1	0,00**	0,725
Дисфункціональна сексуальна поведінка	2,9	3	0,00**	0,995
Порушення самосприйняття	1,8	3,4	3,76*	0,000
Розрядка напруження	3,3	1,9	2,26*	0,000

Примітки: * – значущі розбіжності; ** – відсутність розбіжностей

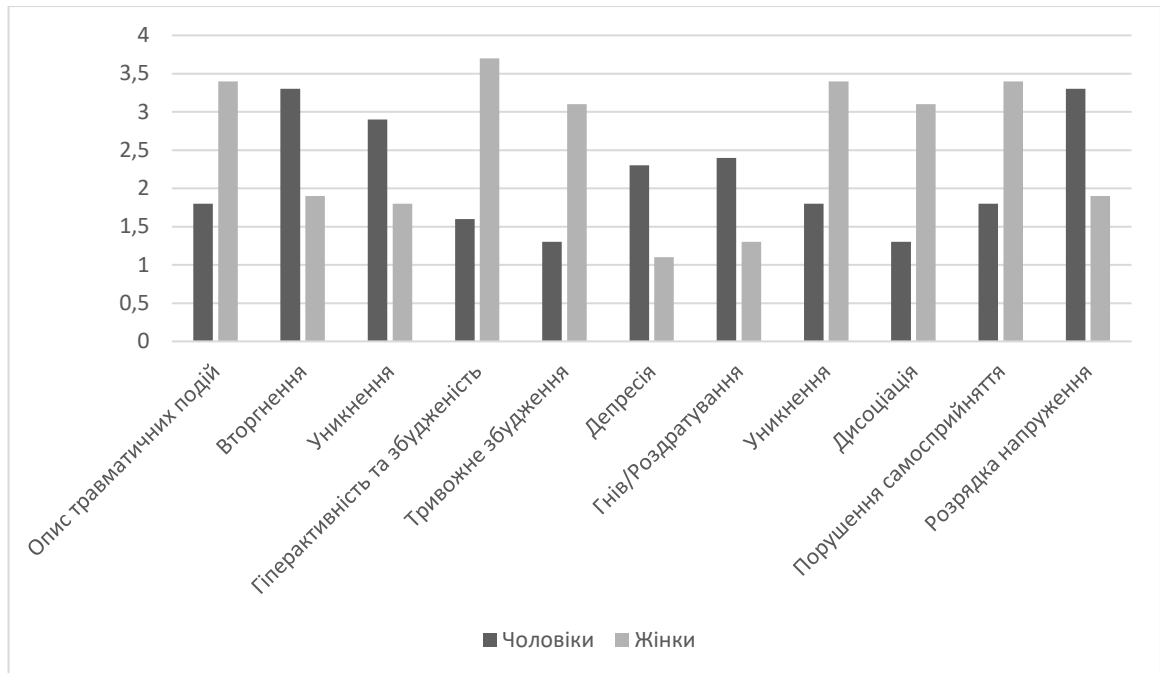


Рис 2.1. Порівняння симптомів ПТСР у жінок та чоловіків

Результати, наведені в табл. 2.3. та рис. 2.1, показують статистично значущу різницю між симптомами ПТСР у чоловіків та жінок. Різні симптоми ПТСР у жінок та чоловіків можуть бути зумовлені кількома факторами, включаючи біологічні, соціальні та психологічні аспекти.

По-перше, існують біологічні різниці між статями, такі як відмінності в гормональному фоні. Жінки, як правило, більш чутливі до стресу через вплив естрогену, що може впливати на їхню реакцію на травматичні події. Це може призводити до більш виражених емоційних симптомів, таких як тривога, депресія та переживання почуття провини.

По-друге, соціальні та культурні норми можуть відігравати важливу роль у формуванні симптоматики. Жінки часто виховуються в соціальному середовищі, де емоційна відкритість і підтримка вважаються позитивними рисами, тоді як

чоловікам зазвичай прищеплюється трактування мужності через стриманість і незалежність. Це може призвести до того, що жінки відкритіші у вираженні своєї травми і, отже, можуть проявляти більше емоційних симптомів, в той час як чоловіки можуть мати більше проявів агресії або уникнення.

Ще один чинник – це характер травматичних подій, з якими стикаються жінки і чоловіки. Наприклад, жінки частіше стають жертвами насильства, що може викликати специфічні емоційні реакції. Чоловіки, які зазнали бойових дій або фізичного насильства, можуть виявляти симптоми, пов'язані з агресією чи порушеннями поведінки.

Таким чином, різні симптоми ПТСР у жінок і чоловіків можуть бути зумовлені комбінацією біологічних, соціальних і психологічних факторів, які впливають на їхню реакцію на травму і способи вираження своїх переживань.

Дослідження оцінок стресостійкості було проведено за допомогою методики «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» Д. Холмса та К. Раге; методики «Самооцінки психологічної адаптивності». Статистичну обробку даних було здійснено за допомогою порівняльного аналізу (t - критерій Стьюдента).

Результати порівняльного аналізу оцінок стресостійкості у чоловіків та жінок представлено у таблиці 2.4. та на рисунку 2.2.

Таблиця 2.4

Відмінності в стресостійкості у чоловіків та жінок

Показники симптомів ПТСР	Досліджувані		Т	Р
	Чоловіки	Жінки		
Поведінка в стресовій ситуації	3,4	1,8	3,76*	0,000
Стресостійкість та соціальна адаптація	3,1	1,3	2,26*	0,000
Психологічна адаптація	1,8	3,4	3,76*	0,000

Примітки: * – значущі розбіжності; ** – відсутність розбіжностей

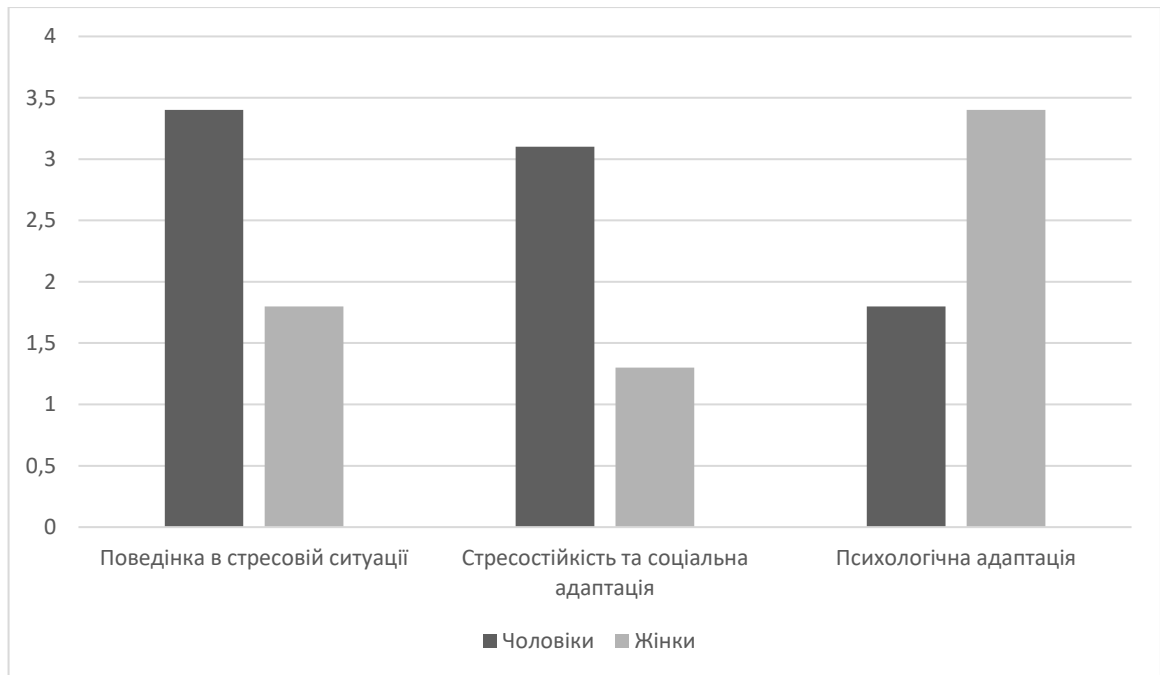


Рис 2.2. Порівняння оцінок стресостійкості у жінок та чоловіків

Результати, наведені в табл. 2.4 та рис. 2.2, показують статистично значущу різницю між оцінками стресостійкості у чоловіків та жінок. Статистично значуща різниця між рівнем показників стресостійкості у чоловіків та жінок може виникати через ряд комплексних факторів, що впливають на психологічну та емоційну реакцію на стресові ситуації. По-перше, біологічні аспекти, такі як гормональні профілі, мають суттєвий вплив на стресостійкість. Наприклад, естроген, який переважає у жінок, може впливати на їх сприйняття стресу та емоційну регуляцію, роблячи їх більш чутливими до певних типів стресових ситуацій. По-друге, соціалізація та культурні очікування також відіграють вагомую роль. Чоловікам часто прищеплюється ідеал стриманості та сили, тоді як жінки можуть бути більш емоційно відкритими і схильними до вираження своїх почуттів. Це може призвести до того, що жінки частіше звертаються за допомогою і підтримкою, що, в свою чергу, може підвищувати їхній рівень стресостійкості в порівнянні з чоловіками, які можуть уникати відкритого вираження своїх переживань. Також варто врахувати, що чоловіки та жінки можуть по-різному реагувати на травматичні події, що визначає їхні стратегії копінгу. Наприклад, чоловіки можуть більше схилитися до агресивних або

активних форм реагування, тоді як жінки можуть використовувати комунікацію та соціальну підтримку. Ці різниці в стратегіях можуть впливати на їхній загальний рівень стресостійкості.

У результаті, поєднання біологічних, психологічних та соціальних чинників формує статистично значущі відмінності в рівні стресостійкості між чоловіками та жінками. Це підкреслює важливість врахування цих аспектів у дослідженнях, які стосуються психічного здоров'я та реакцій на стрес.

Висновки до розділу 2

1. Емпіричне дослідження підтвердило, що між рівнем стресостійкості та симптомами ПТСР існує статистично значущий зв'язок у цивільного населення, яке перебуває в умовах війни. Аналіз даних показав високу кореляційну коректність результатів, що говорить про те, що чим нижчий рівень стресостійкості, тим більш виражені симптоми ПТСР. Крім того, отримані дані свідчать про необхідність системних психосоціальних заходів для профілактики і корекції травматичних станів. Виявлені зв'язки мають важливе значення для розробки адаптивних та реабілітаційних програм, що направлені на зниження рівня травматизації населення.

2. Аналіз взаємозв'язку симптомів ПТСР, таких як вторгнення, уникнення і негативні зміни у пізнанні та настрої показав, що ці компоненти є ключовими у формуванні психоемоційного стану постраждалих у умовах війни. Висока кореляція між цими симптомами і рівнем стресостійкості свідчить про їхню важливість як основних факторів, що поглиблюють травматизацію. Виявлено, що ці симптоми створюють замкнене коло, яке ускладнює процес психічної адаптації і відновлення. Це підкреслює необхідність цілеспрямованих психологічних інтервенцій, спрямованих на зниження рівня цих симптомів. Враховуючи їхню роль, підхід до терапії має бути комплексним і зорієнтованим на зменшення цих критеріїв для покращення якості психічного здоров'я постраждалих.

3. Виявлені у дослідженні відмінності у симптомах ПТСР та стресостійкості між статтю підтверджують наявність біологічних та соціально-когнітивних факторів, що впливають на прояв травматичних реакцій. Жінки демонстрували значно вищий рівень емоційних і когнітивних симптомів, а також більшу схильність до емоційної відкритості, що може бути зумовлено гормональними та соціокультурними особливостями. Чоловіки, навпаки, значно більшою мірою схильні до вираження агресії і уникання травматичних реалій, що відображається у їхніх симптомах. Це доводить важливість врахування статевих особливостей при діагностиці та підборі психотерапевтичних методів. Отже, для більш ефективної терапії потрібно використовувати індивідуальний підхід, що враховує і статеву приналежність, і особистісні особливості, щоб зменшити травматичний вплив війни.

4. Виявлено, що біологічні, соціальні та психологічні чинники мають значний вплив різні прояви ПТСР і рівень стресостійкості у залежності від статі та індивідуальних особливостей. Біологічні аспекти, зокрема гормональні особливості, створюють передумови для більш емоційної реактивності у жінок, тоді як соціокультурні норми формують різні моделі поведінки у чоловіків і жінок у відповідь на травму. Передусім, сприйняття та вираз емоцій, а також реакції копіngu визначаються цими факторами і мають значущу роль у формуванні травматичних симптомів. Це підтверджує, що підходи до психологічної допомоги мають бути індивідуалізовані та враховувати статеві й культурні особливості.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз літератури показує, що стресостійкість — це важлива здатність особистості адаптуватися до стресових ситуацій, що дозволяє зменшити ризик розвитку психічних розладів, таких як ПТСР. Хронічний стрес, спричинений різними психологічними, соціальними та фізіологічними чинниками, негативно впливає на психічне здоров'я та може сприяти виникненню особистісних та функціональних порушень. ПТСР — це складний розлад, що може розвинутися після травматичних подій, таких як війна, природні катастрофи чи насильство, і проявляється в нав'язливих спогадах, униканні і емоційному онімінні. Механізми розвитку ПТСР включають біологічні реакції на стрес, психологічні фактори, як румінація, та соціальні умови, зокрема підтримку оточення. Висока стійкість до стресу є захисним фактором, який може зменшити ймовірність ураження ПТСР після травми. Водночас низький рівень стресостійкості і несприятливі соціальні умови сприяють розвитку розладу, посилюючи симптоми та ускладнюючи процес відновлення. Комплексна взаємодія біологічних, психологічних і соціальних чинників визначає індивідуальні варіації у прояві і тривалості ПТСР.

2. Емпіричне дослідження підтвердило, що між рівнем стресостійкості та симптомами ПТСР існує статистично значущий зв'язок у цивільного населення, яке перебуває в умовах війни. Аналіз даних показав високу кореляційну коректність результатів, що говорить про те, що чим нижчий рівень стресостійкості, тим більш виражені симптоми ПТСР. Крім того, отримані дані свідчать про необхідність системних психосоціальних заходів для профілактики і корекції травматичних станів. Виявлені зв'язки мають важливе значення для розробки адаптивних та реабілітаційних програм, що направлені на зниження рівня травматизації населення.

3. Аналіз взаємозв'язку між симптомами ПТСР, такими як «Вторгнення», «Уникнення» і «Негативні зміни у пізнанні та настрої», показав їхню ключову роль у формуванні психоемоційного стану людей, які пережили військові дії.

Висока кореляція цих симптомів із рівнем стресостійкості свідчить про їхню важливість у посиленні травматизації. Виявлено, що ці прояви утворюють замкнене коло, яке ускладнює процес психічної адаптації та відновлення. Це підкреслює необхідність спеціалізованих психологічних втручань, спрямованих на зменшення рівня таких симптомів. Ураховуючи їхню значущість, терапевтичний підхід має бути комплексним і орієнтованим на зниження цих проявів для покращення психічного здоров'я постраждалих.

4. Виявлені в дослідженні різниці в симптомах ПТСР і рівні стресостійкості у залежності від статі підтверджують існування біологічних і соціально-когнітивних факторів, що впливають на прояв травматичних реакцій. Жінки показували вищий рівень емоційних і когнітивних симптомів і були більш відкритими у вираженні емоцій, що може бути зумовлено гормональними та соціокультурними особливостями. Чоловіки, навпаки, частіше проявляли агресію і схильність до уникнення травматичних ситуацій, що відображалось у їхніх симптомах. Це підкреслює необхідність враховувати статеві особливості при діагностиці та виборі психотерапевтичних підходів. Для підвищення ефективності терапії важливо застосовувати індивідуальний підхід, який враховує як статеву приналежність, так і особистісні характеристики, щоб зменшити травматичний вплив війни.

Перспективи подальшого дослідження у сфері впливу стресостійкості на розвиток і прояви ПТСР у цивільного населення в умовах війни полягають у кількох основних напрямках. По-перше, доцільно розробляти та апробовувати інноваційні психосоціальні програми і терапевтичні методики, які будуть орієнтовані на підвищення рівня стресостійкості, формування ефективних копінг-стратегій та зменшення симптомів ПТСР, з урахуванням вікових, статевих та культурних особливостей. По-друге, варто поглиблювати дослідження ролі соціальної підтримки, її структурних особливостей і впливу на формування стійкості до психологічних травм у контексті війни, а також розширювати коло досліджуваних груп, зокрема залучати вразливі категорії населення, такі як діти, літні люди та особи з хронічними захворюваннями. По-третє, важливо

досліджувати біосоціальні механізми формування травматичного реагування, включаючи генетичні, нейробиологічні та психологічні фактори, що дозволить розробити нові біо-психологічні підходи до профілактики й лікування ПТСР. Крім того, перспективним є аналіз довгострокових наслідків травми та стресу у постконфліктний період для формування стратегій ресоціалізації та психічної реабілітації населення, а також вивчення ефективності застосування сучасних технологій, таких як телемедицина та мобільні додатки, для масової психологічної підтримки в умовах кризових ситуацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антоненко І. Як зняти стресс. Психолог. 2008. № 18. 15 с. URL: <https://naurok.com.ua/treningovi-zanyattya-svityachi-inshim-ne-zgori-sam-241065.html>
2. Байдик В.В. Особливості використання копінг-стратегій у працівників закладів освіти в умовах професійного стресу . Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2013. №2(31). 29–34 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740194/1/monographia.pdf>
3. Брич В. В. Зміцнення реабілітації як стратегії охорони здоров'я: погляд всесвітньої організації охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 4. С. 31-37. URL: https://www.researchgate.net/publication/360360221_ZMICNENNA_REABILITACII_AK_STRATEGII_OHORONI_ZDOROV%27A_POGLAD_VSESVITNOI_ORGANIZACII_OHORONI_ZDOROV%27A
4. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукраїнської наук-практ. конф., м. Київ, 13- 14 квітня 2016 р. Київ, 2016. 126 с. URL: https://psy.knu.ua/files/pdf/web/download/Збірник_тез_Військова_психологія_2016.pdf
5. Власенко С.Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*. 2017. №2 (21).С. 59-72. URL: <https://elar.navs.edu.ua/server/api/core/bitstreams/2055b781-2b90-44af-a717-108ab2fd6b4d/content>
6. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів: Методичний посібник / Н.А. Агаєвта ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf
7. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf>
8. Кириленко О.А. Психологічні детермінанти професійного стресу у представників професії типу “людина – людина”: автореф. дис. ... канд. психол. наук. 12.00.02. Київ. 2007. 24 с. URL: https://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/3_1529249902.pdf
9. Корольчук О.Л., Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід: науково-практичний журнал. Чорноморський держ. ун-т ім. Петра Могили; ТОВ «ДСК Центр»*. Київ, 2016. С. 104-111. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/33755/1/ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ%20СТРЕСОВИЙ.pdf>

10. Коваленко А. Б., Корнев Н. Н. Соціальна психологія. Київ, 2006. 400с. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/24679/1/soc%20psuxol.pdf>
11. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ніка-Центр, 2009. 580 с. URL: <https://www.nikacenter.com.ua/book/korolchuk-kraynyuk-sotsialno-psikhologichne-zabezpechennya-diyalnosti-v-zvichaynikh-ta-ekstremalnikh-umovakh>
12. Корнієнко О.В. Підтримання психоматичного здоров'я практично здорових людей: навчальний посібник. Київ.: Вид. центр "Київський університет", 2000. 126 с. URL: <https://library.kubg.edu.ua/handle/123456789/1234>
13. Львов О. О., Жабко Н. В. Важливість профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів. Арт-терапевтичний підхід. Психологічні та психотерапевтичні аспекти. Простір арт-терапії. Київ : Золоті ворота, 2018. – 159 с. URL: <https://arttherapy.com.ua/psikhologichni-ta-psikhoterapevtychni-aspekty-prostir-art-terapiyi>
14. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Вісник Національного Університету Оборони України. 2019. № 50 (2). С. 65–73. URL: <https://journal.nuos.edu.ua/article/view/1234>
15. Мартинюк С.Р. Аналіз зумовленості стресостійкості її первинними характеристиками. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ.: Логос, 2007. Т.7. Вип. 10. 178–183 с. URL: <https://logoseu.com.ua/journal/aktualni-problemi-psikhologii-t-7-vyp-10>
16. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є. та ін. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник. Харків: ХМАПО, 2013. 224 с.
17. Мушкевич М. І. Основи психотерапії: навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/153588416.pdf>
18. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень : матеріали Міжнар. конф. : у 2 т. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.) Одеса, 2020. С. 89–91. URL: https://www.academia.edu/122224279/ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ_СТРЕСОВИЙ_РОЗЛАД_ЯК_МЕДИКО_ПСИХО_СОЦІАЛЬНА_ПРОБЛЕМА
19. Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. та ін. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації. – Харків, 2002. – 47 с. URL: <https://static.inpn.org.ua/uploads/userpages/publications/130320195013Binder2.pdf>
20. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І., Царенко Л. Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З. Г. Кісарчук. – Київ : ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. – 207 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/706344/>
21. Романовська Д. Д., Ілащук О. В. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: методичний посібник. – Чернівці: Технодрук,

2014. — 133 с. URL: https://e-pidruchniki.com/book/14_profilaktika_posttravmatichnih_stresovih_rozladiv_psihologichni_aspekti
22. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). Р. 297–304. URL: <https://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/404>
 23. Савенкова Л. О. Тренінг як засіб формування психолого-педагогічної компетентності викладачів. Наукові праці. Чорноморський державний університет імені Петра Могили. Сер. : Педагогіка. 2009. Т. 108. Вип. 95. 90–94 с. URL: <https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/naukpraci/pedagogika/2009/108-95-17.pdf>
 24. Селюкова Т. В. Психологічна діагностика посттравматичних стресових розладів: Курс лекцій. Харків : НУЦЗ України, 2016. 54 с. URL: <https://books.nuczu.edu.ua/download.php?mode=1&rec=5902>
 25. Старцева О. Що таке стрес і як з ним боротися? Психолог. 2007. №2. 22-24 с. URL: https://hnpu.edu.ua/sites/default/files/files/biblioteka/psyho_soc_stres_2020.pdf
 26. Токар М. Стрес і його джерела. Психолог. 2007. № 38. 9-12 с. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/08cbd39f-a57d-4201-93b8-f2b37d26dae4/content>
 27. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
 28. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. Мистецтво лікування. 2014. № 7 (8). С. 57–58. URL: <https://www.health-medicx.com/articles/mistetzvo/2014-10-16/6.pdf>
 29. Фурман А.В. Психодіагностика особистісної адаптованості: наукове видання. Тернопіль: Економічна думка. 2000. 197 с. URL: <https://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12698/1/Фурман%20А..pdf>
 30. Хомуленко Т. Б., Поденко А. В., Фоменко К. І. Тренінгові психотехнології в програмах психологічного супроводу. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2016. № 54. 247-260 с. URL: https://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21STN=1&S21REF=10&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I%3D&S21STR=VKhnpu_psykhol_2016_54_25
 31. Чабан О.С. Хаустова ОО. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Укр Мед Часопис*, 2022. 4(150). С. 1-11. URL: <https://www.umj.com.ua/article/234791/mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi>
 32. Шеремет О. Вийдемо зі стресу разом. Соціально-психологічний тренінг Психолог. 2007. № 23-24. 17-24 с. URL: <https://www.inem.lviv.ua/stres-menedzhment-u-pedagogichnij-diynosti/>

33. Banerjee S.B., Morrison F.G., Ressler K.J. Genetic approaches for the study of PTSD: Advances and challenges. *Neurosci Lett*, 2017. C.139-146. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242325/>
34. Blinov O. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. *Psychological Journal*. 2018. № 12 (2). С. 9–22. URL: <https://www.psych-journal.com/index.php/psych/article/view/237>
35. Brewin C. R. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. *J Trauma Dissociation*. 2005. No. 6 (2). P. 123–130. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16150674/>
36. Fomenko K. Self-regulation of labor activity: the means of psychodiagnostics and the role in motivation. *Наука і освіта*. 2017. №11. P. 98-104. URL: <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/en/articles/2017-11-doc/2017-11-st13-en>