



## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПТСР У ДОРΟΣЛИХ .....	7
1.1. Поняття ПТСР та підходи до його вивчення.....	7
1.2. Симптоми та перебіг ПТСР.....	11
1.3. Чинники, що впливають на ПТСР.....	19
1.4. Тривожність та життєстійкість як суб'єктивні чинники ПТСР.....	25
Висновки до Розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНИХ ПРОЯВІВ ПТСР .....	38
2.1. Характеристика вибірки дослідження.....	38
2.2. Організація дослідження, обґрунтування вибору діагностичних методик та надійність даних.....	45
Висновки до Розділу 2.....	51
РОЗДІЛ III ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНИХ ПРОЯВІВ ПТСР В УМОВАХ ВІЙНИ .....	54
3.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	54
3.2. Розробка програми зниження впливу чинників суб'єктивних проявів ПТСР в умовах війни засобами психологічного тренінгу.....	95
3.3. Аналіз проведення тренінгу та його результатів.....	105
Висновки до розділу 3.....	110
ВИСНОВКИ.....	112
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	115
ДОДАТКИ.....	129

## ВСТУП

### **Обґрунтування актуальності теми**

З лютого 2022 року розпочалася повномасштабна війна, що охопила велику територію країни і призвела до значних психологічних навантажень на все суспільство.

Ось деякі цифри з офіційних джерел станом на початок 2024 року: 14 млн українців – третина населення країни – залишили свої домівки, понад 6,5 млн із них виїхали за кордон, а близько 3,7 млн залишаються переміщеними особами в Україні; 800 тис військовослужбовців; 31 тис загиблих військових та понад 10 тис. цивільних; 20 тис. дітей були примусово вивезені до Росії; 545 загиблих дітей; майже 250 тис. будівель в Україні пошкоджено або зруйновано.

І це не остаточні дані. Війна триває. За кожною цифрою є людські історії. Їх масштаб формує колективну травму українського народу. Травматичний досвід українців особливий. Ми маємо тривалу війну на території своєї країни. Європейський континент не мав такого досвіду з 2 світової війни. 64% українців визнають найбільшою проблемою психологічне здоров'я, яке розділяє 1 місце разом зі зниженням доходів за дослідженням Національного Демократичного Інституту у листопаді 2023 році.

Наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України 22 грудня 2022 року № 309 (із змінами відповідно Наказу 224 від 17 серпня 2023 року) затверджено перелік громад з 10 областей, де можуть відбуватись бойові дії, а це може означати, що мешканці цих громад є під вищим тиском та мають більше ризиків отримати ПТСР. З іншого боку, є також люди, які виїжджали з окупації та/або виїжджали із зони бойових дій, зон можливих бойових дій, на більш безпечні території України, які також могли бути учасниками травматичних подій і як наслідок могли отримати ПТСР.

## **Теоретико-методологічна основа дослідження**

Проблему ПТСР у своїх роботах висвітлюють такі вчені, зокрема Kevin L. Cook, Tracey Loughran, Fiona Reid, Abram Kardiner, Mardi J. Horowitz, Nancy Wilner, Nancy Kaltreider, Edna B. Foa, Michael J. Kozak, J.R. Johnson, O. Antonaccio, Ahmed Mohammad Al-Smadi, Loai Issa Tawalbeh та ін. У вітчизняній психології роботи пов'язані з ПТСР почали з'являтися переважно з 2014 року з початком АТО. Різноманітні психологічні аспекти та механізми розвитку ПТСР вивчали такі вітчизняні дослідники, як: Ю. Овчаренко, Я. Андрушко, І. Чамлай, І. Стрілецька, Б. Гунько Б., В. Волошин, В. Курило, С. Саржевський, О. Хованець, В. Лапчинський, М. Горіховський, В. Оганесян, С. Чорний С., Т. Татаренко А. Литвинчук, Р. Попелюшко та ін.

**Об'єкт:** суб'єктивні прояви ПТСР

**Предмет:** соціально-психологічні чинники суб'єктивних проявів ПТСР у дорослих

**Мета:** експериментальне обґрунтування соціально-психологічних чинників суб'єктивних проявів ПТСР у дорослих

**Завдання дослідження:**

1. Провести аналіз та вивчити наукові теорії, дослідження та надати визначення поняттю ПТСР, особливостям соціально-психологічних чинників суб'єктивних проявів у період війни.
2. Організувати і провести емпіричне дослідження соціально-психологічних чинників суб'єктивних проявів ПТСР у дорослих у період повномасштабного вторгнення.
3. Проаналізувати результати емпіричного дослідження та зробити висновки щодо соціально-психологічних чинників суб'єктивних проявів ПТСР у дорослих.

4. Розробити і провести психологічний тренінг з впливу на соціально-психологічні чинники суб'єктивних проявів ПТСР у дорослих та зробити висновки

Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі **методи дослідження:**

1. Для вирішення першого завдання, використано теоретичні методи: аналіз, синтез, класифікація, порівняння, узагальнення, систематизація даних;
2. Для вирішення другого, третього та четвертого завдань, проведення емпіричного дослідження, його аналізу, а також аналізу групи учасників тренінгу використано наступні методики:
  - опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)
  - шкала тривоги Бека
  - опитувальник «Самооцінка життєстійкості» (модифікація опитувальника Форверга на контактність Т. О. Ларіної)
  - а також опитувальник загальних даних про респондентів

**Теоретична значущість роботи.** Дослідження соціально-психологічних чинників допоможе доповнити існуючі теоретичні моделі ПТСР, зокрема моделі, які фокусуються на біологічних і когнітивних аспектах. Інтеграція соціально-психологічних компонентів дозволить створити більш комплексні та всебічні моделі, що враховують вплив підтримки та міжособистісних стосунків на розвиток і перебіг ПТСР. Теоретична значущість також полягає у вивченні взаємозв'язку між соціальними і психологічними чинниками, такими як самооцінка, тривожність, життєстійкість і соціальна підтримка. Це допоможе зрозуміти, як різні чинники взаємодіють між собою і впливають на розвиток ПТСР. Розробка теоретичних основ для психоедукаційних програм, спрямованих на підвищення обізнаності про соціально-психологічні чинники ПТСР

серед широкого загалу, включаючи професіоналів та людей, які пережили травматичні події.

**Практична значущість** магістерської роботи полягає в дослідженні поточного психологічного стану українців з виявленням рівня симптомів ПТСР, тривожності та життєстійкості. Це дослідження має якісні результати для практичної психології та може суттєво вплинути на методики психокорекції та групової терапії в Україні. Зокрема, визначення поширеності та інтенсивності ПТСР допоможе розробити цільові стратегії для надання психологічної допомоги населенню. Оцінка рівня тривожності у респондентів надає можливість визначити, які фактори найбільше впливають на психічний стан людей під час війни. Це дозволить розробити ефективні методики для зменшення тривожних станів, і як наслідок ймовірно вплинути на симптоми ПТСР. В той же час дослідження рівня життєстійкості допоможе визначити на скільки українці використовують ресурси та стратегії для подолання стресу та наслідків травматичних подій. Це надасть можливість створити програми підтримки та розвитку життєстійкості серед населення.

Результати дослідження можуть бути використані практичними психологами для психокорекції клієнтів, що страждають від ПТСР, високої тривожності та низької життєстійкості, а також під час групових психологічних тренінгів. Це дозволить створити ефективні програми індивідуальної та групової терапії, які сприятимуть покращенню психічного стану учасників, розвитку навичок подолання стресу та підвищенню життєстійкості.

## РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПТСР У ДОРΟΣЛИХ

### 1.1. Поняття ПТСР та підходи до його вивчення

Посттравматичний стресовий розлад (далі - ПТСР) - це психічний розлад, різновид неврозу, що виникає внаслідок переживання однієї чи кількох травматичних подій, що загрожують життю. ПТСР є одним із найбільш поширених психіатричних розладів - щонайменше 7% осіб (5% чоловіків та 10% жінок) матимуть його протягом життя. З них, близько у 30% осіб його перебіг матиме хронічний характер, з можливою персистенцією симптомів протягом 10 років і більше. ПТСР не єдиний розлад, пов'язаний з психотравмуючими подіями. Також з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих форм ПТСР до його комплексних форм, а також до складних дисоціативних розладів, дисоціативного розладу ідентичності. Цей факт говорить про важливість глибшого дослідження даних розладів для вірної їх диференціації [1].

ПТСР став офіційним терміном з 1980 року, коли було опубліковано третє видання Діагностичного та статистичного довідника психічних захворювань. У цьому довіднику ПТСР був у підкатегорії «тривожних розладів», які розвиваються у відповідь на «рідкісні зовнішні події».

Вперше дуже подібний до сучасного ПТСР синдром був описаний у солдатів Громадянської війни в Америці (Da Costa, 1864) і був названий «синдромом солдатського серця» [2]. Однак інформація про дію травматичних переживань фіксувалася протягом століть. Так, в 1867 р. J. E. Etichsen опублікував роботу «Залізнична та інші травми нервової системи», в якій описав психічні розлади в осіб, що пережили аварії на залізниці. У 1888 р. Н. Орpenheim ввів у практику широко відомий діагноз «травматичний невроз», в рамках якого описав багато симптомів сучасного ПТСР [3].

Важливі дослідження з'явилися у зв'язку з Першою світовою війною (1914–1918). Е. Краепелін (1916), характеризуючи травматичний невроз [4], вперше показав, що після важких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, що посилюються з часом. Далі підполковник Чарльз Майєрс (1873-1946) [5], антрополог і психолог-консультант Британського експедиційного корпусу, вперше публічно використав термін «артилерійський шок» в журналі «Ланцет» у лютому 1915 року. Цей термін мав на увазі прямий зв'язок між розривом снаряда та травмою, діагнозом, який був настільки ж емоційно потужним, як з медичної точки зору. Майєрс визначив відмінності між неврологічним розладом «контузії від розриву снаряда» і «снарядним шоком». Проте в той час, протягом усієї війни та після неї чоловіків продовжували описувати як «контужених», а також використовували низку інших термінів: істерія, неврастенія, гібридна істеро-неврастенія, нервовий шок, військовий шок, військовий невроз, виснаження. Реакції, обумовлені участю в бойових діях, стали предметом широких досліджень в ході Другої світової війни. Це явище у різних авторів називалося по-різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз».

Після другої світової війни, А. Кардінер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» [6]. Він вводить поняття «Центральний фізіоневроз», який, на його думку, служить причиною порушення ряду особистісних функцій, що забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу. Кардінер вважав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Ним вперше було дано комплексний опис симптоматики: 1) збудливість і дратівливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах події, що травмувала; 4) відхід від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій. Подібні типи розладів спостерігали у в'язнів концентраційних таборів і військовополонених.



Війна у В'єтнамі була наступним стимулом для досліджень американських психіатрів і психологів. До кінця 70-х років вони накопили значний матеріал про психопатологічні і особистісні розлади у учасників війни. Американські фахівці помітили подібні симптоми до першої і другої світових війн у військових через війну у В'єтнамі. Здебільшого, це була надмірна роздратованість та постійні пригадування травмуючої події, підвищена збудливість у відповідь на незначні подразники, наприклад шумних звуків або яскравого світла [7]. Ці симптоми згідно з дослідженнями, відбуваються в результаті довготривалого стресу, яким були піддані військові, і часто спостерігаються у ветеранів, які повернулися зі служби у В'єтнамі.

У зв'язку з тим, що симптомокомплекс ПТСР не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, в 1980 році М. Горовіц (Horowitz, 1980) [8] запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його «посттравматичним стресовим розладом» (posttraumatic stress disorder, PTSD). Це було значним кроком у розумінні та класифікації психічних розладів, оскільки вперше було визнано, що певні види травматичних подій можуть призводити до подібного комплексу симптомів, що відрізняється від звичайних реакцій на стрес. Поняття ПТСР дало змогу як лікарям, психологам, так і дослідникам глибше вивчити та розуміти наслідки травматичних подій для психічного здоров'я та розвитку ефективних методів лікування і підтримки для тих, хто стикається з цим станом. Пізніше, М. Горовіц та його колеги розробили діагностичні критерії ПТСР, які спочатку були включені до американських класифікацій психічних захворювань (DSM-IV і DSM-III), а потім, практично без змін, були відтворені в МКБ-10.

А. Бек вперше описав когнітивну модель реакції страху, яка стала основою когнітивних концепцій ПТСР [9]. Згідно з цією моделлю, реакція індивіда на ситуацію страху включає оцінку ступеня її небезпеки та оцінку

власних ресурсів, що дозволяють впоратися з цією ситуацією або уникнути її. У процес оцінювання ситуації страху включається когнітивна схема, яка сприймає ознаки, що відповідають їй, та уникає показників ситуації, які не вписуються в неї. Говорячи простіше, люди бачать те, що очікують побачити. Зумовлена минулим досвідом схема переживання страху актуалізується і змушує людину шукати інформацію, що відповідає цій схемі, та ігнорувати решту інформації. Зрештою дія схеми призводить до певних моторних реакцій – застигання на місці, боротьбі чи втечі [10].

Як вказує аналіз попередніх досліджень, воєнні дії стали катализатором для більш ретельного вивчення концепції посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його загального усвідомлення. Ці дослідження сприяли глибшому розумінню впливу травматичних подій на психічне здоров'я та виявились кроком у напрямку розробки ефективних підходів до лікування та підтримки тих, хто стикається з наслідками травматичних досвідів. Наприклад, статистика показує, що поширеність посттравматичного стресового розладу в країнах, які були втягнуті в військові конфлікти, коливається від 11% до 50% населення [1]. Зараз, у зв'язку з повномасштабною агресією Російської Федерації, значна кількість українського населення, що мешкає на окупованих територіях та регулярно піддається ракетним обстрілам, була змушена залишити свої домівки. Згідно з офіційною інформацією, наданою Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, наразі зареєстровано майже 5 мільйонів внутрішньо переміщених осіб [11]. Така цифра свідчить про ймовірність переживання цими людьми високого рівня стресу, що потенційно міг призвести до розвитку ПТСР. Так в одному з досліджень було виявлено прямий вплив травматичних подій пов'язаних з конфліктом (65%) серед ВПО, в порівнянні із значною меншістю (23%) мирного населення міст [12].

Тому на сьогоднішній день, Україна, яка зазнає постійного тиску російської військової агресії, стикається з необхідністю ретельного вивчення проблем психічного здоров'я різних категорій населення. Це включає в себе не лише військових, які перебувають на передовій, але і цивільне населення, яке зазнає великого стресу через обстріли та окупацію. Розуміння впливу військових дій на психічне здоров'я, зокрема таких розладів як ПТСР, є важливим для розробки та впровадження ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації для тих, хто постраждав від цих подій.

## **1.2. Симптоми та перебіг ПТСР**

ПТСР не виникає відразу після травмуючої події. Спочатку з'являється гостра стресова реакція, яка може тривати кілька годин. У деяких постраждалих вона може перерости в гострий стресовий розлад. Він зазвичай діагностується, якщо симптоми виникають протягом трьох днів після травматичної події і тривають від трьох днів до одного місяця. Для нього характерні такі симптоми: нав'язливі думки про травматичну подію, уникання всього, що нагадує про неї, розлади сну у вигляді безсоння або, навпаки, надмірної сонливості, зниження когнітивних функцій, постійний стан тривоги та збудження, неможливість об'єктивно пригадати і вербально відтворити події, що сталися, стійке зниження настрою та песимістичні думки, втрата мотивації [13]. Більшість людей з гострим стресовим розладом поступово одужують протягом кількох тижнів. Однак у деяких випадках він може перейти в ПТСР, якщо симптоми не зникають або посилюються. Якщо говорити про те, чому після проживання однієї і тієї ж травмуючої події у одних людей з часом буде виявлено ПТСР, а в інших ні, то тут грають роль як внутрішні, так і зовнішні чинники, які ми детальніше розглянемо у наступному підрозділі.

Щоб окреслити симптоми ПТСР, ми звертаємось саме до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10) та Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів 5-го видання (DSM-5) через ряд факторів. МКБ-10 використовується Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і є міжнародно визнаним стандартом для класифікації хвороб. МКБ-10 надає чіткі критерії для діагностики ПТСР, що сприяє уніфікації підходів у діагностуванні та лікуванні психічних розладів на глобальному рівні. У відповідності до українського законодавства офіційні медичні документи і статистика мають базуватися на міжнародно визнаних класифікаціях, таких як МКБ-10. В той же час варто зазначити, що міжнародна спільнота перейшла вже на використання МКБ-11. DSM-5 виданий Американською психіатричною асоціацією і є широко використовуваним стандартом у багатьох країнах, включаючи Україну. DSM-5 також пропонує детальні критерії для діагностики ПТСР, які допомагають клініцистам точно ідентифікувати симптоми і проводити диференційну діагностику. Використання МКБ-10 та DSM-5 дозволяє українським дослідникам порівнювати свої дані з міжнародними дослідженнями, оскільки більшість наукових досліджень використовують ці стандарти. Це сприяє розвитку наукових знань і покращенню лікувальних методик на основі глобальних даних.

Відповідно, якщо у людини триває гострий стресовий розлад більше місяця, він перетікає в ПТСР і згідно з МКХ-10 [14] включає такі групи ознак:

- симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни;
- симптоми уникання, такі як уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією;
- симптоми заціпеніння, такі як відчуття відстороненості від інших;

- симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість.

До основних діагностичних критеріїв посібника з діагностики та статистики психічних розладів DSM-V [15] належать:

- безпосереднє зіткнення зі смертю або загрозою життю;
- інтрузивні симптоми;
- стійке уникання травматичних спогадів та нагадувань про подію;
- негативні зміни у думках та настрої;
- помітні зміни в реактивності;
- тривалість порушень понад 1 місяць;
- сильний дистрес та порушення важливих сфер життєдіяльності;
- відсутність зв'язку симптомів із впливом психоактивних речовин чи іншими медичними причинами.

Наукові дослідження підтверджують, що зіткнення з травматичними подіями спричиняє сильний стрес, який активує нервову систему і призводить до вивільнення гормонів, таких як норадреналін. Це допомагає людині швидше зорієнтуватися і відреагувати на загрозу. Основну роль у цій реакції відіграє мигдалеподібне тіло (амигдала) мозку, яке відповідає за емоційну обробку і підготовку організму до реакцій на стрес, таких як втеча або напад. Під час стресу вивільняється норадреналін, який впливає на мигдалеподібне тіло, посилюючи його активність і сприяючи формуванню та збереженню пам'яті про травматичні події. Це підтверджується дослідженнями, які показують, що емоційно збудливі події підвищують рівень норадреналіну в амігдалі, що, в свою чергу, впливає на процеси пам'яті [16].

При ПТСР нервова система не повертається до нормального стану після закінчення травматичної події. Замість цього вона продовжує перебувати у стані збудження, що підтримується на високому рівні через

постійне вивільнення стресових гормонів, таких як норадреналін. Це призводить до постійного відчуття тривоги, агресивності і збудження, характерного для ПТСР [16]. Будь-які нагадування про травматичну подію викликають зростання збудження та знову повертають людину у ситуацію травми, провокуючи нав'язливі спогади і зростання тривоги. Префронтальна кора головного мозку, яка відповідає за логічне мислення та прийняття зважених рішень, під час стресових ситуацій може втрачати свою активність. Це пояснюється тим, що при активації амигдали пригнічується її функція, що веде до зниження здатності ясно мислити та раціонально оцінювати ситуацію. Дослідження показують, що у пацієнтів з ПТСР часто спостерігається знижена активність та об'єм префронтальної кори, що корелює з важкістю симптомів розладу.

При ПТСР також порушується функціонування гіпокампу, що відповідає за спогади, їхню автобіографічність - послідовність і зв'язність у цілісну історію життя. Завдяки утворенню нових нервових клітин (нейрогенезу) та зв'язків між ними, усі нові події життя запам'ятовуються та логічно ув'язуються з попереднім досвідом. У результаті надмірного та тривалого збудження нервової системи, діяльність гіпокампу порушується, нейрогенез сповільнюється і людська пам'ять втрачає свою логічну послідовність. Травматична подія ніби випадає з автобіографії і замість того, аби зайняти своє місце в часі - постійно втручається в життя людини нав'язливими спогадами та нічними жахіттями [1].

Як зазначалось раніше, часовий критерій, протягом якого у пацієнта спостерігаються прояви вищезазначених симптомів, повинен становити не менше місяця. Тільки в цьому випадку можна говорити про наявність ПТСР. Прояви ПТСР, що розвиваються через 6 місяців і більше після травми, класифікуються як специфічно відстрочені.

Існують такі типи ПТСР:

1. **Гострий ПТСР:** Симптоми з'являються протягом перших 6 місяців після травматичної події. Вони можуть бути інтенсивними, але тривають менше шести місяців. Гострий ПТСР часто включає нав'язливі спогади, кошмари, підвищену тривожність, уникнення місць чи ситуацій, які нагадують про травму, та емоційне оніміння.
2. **Хронічний ПТСР:** Симптоми тривають більше 6 місяців після травми. Хронічний ПТСР характеризується стійкими симптомами, такими як безсоння, постійний стан тривоги, депресивні стани, проблеми з концентрацією та пам'яттю, а також соціальна ізоляція. Хронічний ПТСР може мати значний негативний вплив на якість життя людини, включаючи професійну діяльність, особисті стосунки та загальне здоров'я.
3. **Відстрочений ПТСР:** Симптоми виникають більше ніж через 6 місяців після травматичної події. Відстрочений ПТСР може виникнути навіть через багато років після первинної травми. Часто це відбувається через додаткові життєві стресори або нові травматичні події, які можуть "активувати" спогади та симптоми минулої травми. Відстрочений ПТСР є рідше діагностованим, але дослідження показують, що до чверті випадків ПТСР можуть мати відстрочений початок[17;18].

Люди з посттравматичним стресовим розладом мають різко погіршену здатність інтегрувати травматичний досвід з іншими життєвими подіями, їхні травматичні спогади не існують у формі зв'язаних історій, а складаються з інтенсивних емоцій і тих соматосенсорних елементів, які актуалізуються, коли постраждалий від посттравматичного стресового розладу перебуває у стані збудження або чутливості до подразників чи ситуацій, які нагадують йому про травму. Через те, що травматичні спогади залишаються неінтегрованими в когнітивну схему індивіда і практично не змінюються з часом. Людина залишається «замороженою» в травмі як

фактичному досвіді, замість того, щоб приймати його як щось, що належить минулому.

Симптоми ПТСР умовно поділяють на шість груп [19]:

1. **Порушення афектів (емоційної регуляції).** Люди з ПТСР часто мають труднощі з регуляцією своїх емоцій. Це може включати підвищену тривожність, депресію, роздратованість, або емоційне оніміння. Вони можуть мати спалахи гніву або відчувати сильну провину і сором.
2. **Зміна свідомості.** Це може включати дисоціацію [20], коли людина відчуває себе відірваною від свого тіла або переживань. Деякі можуть відчувати, що їхні спогади про травму є нереальними або ніби відбуваються з іншою людиною.
3. **Зміна сприйняття себе.** Люди з ПТСР часто мають знижену самооцінку. Вони можуть відчувати себе безпорадними, недостойними, або відчувати сильну провину за події, що відбулися, навіть якщо вони не мали контролю над ними. Це може призводити до відчуття власної неповноцінності та ізоляції від інших.
4. **Порушене сприйняття кривдника.** Симптом відомий як «Стокгольмський синдром», коли жертва починає відчувати позитивні почуття до свого кривдника. Це може включати виправдання його дій, навіть якщо вони були дуже жорстокими. Це може бути механізмом виживання, де жертва шукає спосіб зменшити загрозу.
5. **Проблеми у відносинах.** Люди з ПТСР можуть мати значні труднощі у стосунках з іншими. Вони можуть уникати близькості, мати труднощі з довірою або бути надмірно залежними від інших. Особливо це важливо для тих, хто зазнав сексуального насильства, оскільки такі травми можуть сильно впливати на інтимні стосунки.



6. **Зміна системи цінностей і світогляду.** Травматичні події можуть суттєво вплинути на світогляд людини. Вони можуть почати бачити світ як небезпечне і ворожнє місце, втратити віру в справедливість і добро. Це може включати цинізм, втрата релігійних або моральних переконань, і загальне зниження життєвого оптимізму.

Деякі дослідники виділяють чотири типи течії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [21] для більш точного розуміння різноманітних проявів цього розладу та кращого підходу до лікування. Кожен тип ПТСР має свої унікальні симптоми і механізми, що впливають на пацієнтів по-різному. Ось основні характеристики цих типів:

#### **1. Тривожний тип ПТСР:**

- Основні симптоми: високий рівень тривоги, нав'язливі спогади про травматичну подію, постійне відчуття загрози, панічні атаки.
- Причини: цей тип часто пов'язаний з подіями, які безпосередньо загрожували життю або фізичній безпеці.

#### **2. Астенічний тип ПТСР:**

- Основні симптоми: хронічна втома, слабкість, зниження життєвої енергії, відчуття безпорадності.
- Причини: часто виникає після тривалих і виснажливих травматичних подій.

#### **3. Дисфоричний тип ПТСР:**

- Основні симптоми: роздратованість, гнів, депресія, дратівливість, часті конфлікти з оточуючими.
- Причини: Пов'язаний з травматичними подіями, що викликали сильне відчуття несправедливості або образи.

#### **4. Соматоформний тип ПТСР:**

- **Основні симптоми:** Фізичні симптоми без очевидної медичної причини, такі як біль, порушення шлунково-кишкового тракту, головні болі.
- **Причини:** Пов'язаний з тілесними реакціями на психологічний стрес, часто після травматичних подій, що мали фізичний компонент.

Визначення специфічного типу ПТСР дозволяє спеціалістам краще зрозуміти основні механізми, що лежать в основі розладу у кожного конкретного пацієнта, і забезпечити більш точну діагностику.

Оскільки посттравматичний стресовий розлад часто супроводжується іншими психічними розладами, важливо враховувати, окрім впливу травми, те, що відрізняє ПТСР від інших розладів, - це повторне переживання симптомів (наприклад, кошмари та спогади). Багато інших симптомів посттравматичного стресового розладу, таких як підвищене збудження, уникнення та оніміння, збігаються з іншими психічними розладами, такими як генералізований тривожний розлад, панічний розлад і депресія. Тому важливо під час діагностики визначати, чи людина повторно відчуває симптоми, пов'язані з травматичною подією [22].

За даними DSM-V, ризик тих, хто має ознаки ПТСР мати коморбідний розлад (дипресію та ін.), складає 80%. Ці розлади суттєво впливають на рівень психологічного добробуту людини, на якість її життя, на стосунки із близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції особистості та навіть її інвалідації.

Варто також зазначити різницю між ПТСР та комплексним ПСТР, який вже внесений до МКХ-11, проте ще не акцептований в Україні. ПТСР у МКХ-11 включає три кластери симптомів: повторне переживання травми тут і зараз, уникнення травматичних нагадувань і відчуття поточної загрози. На додаток до трьох кластерів симптомів ПТСР, КПТСР включає три

додаткові кластери симптомів, які відображають порушення самоорганізації. Кластери симптомів порушення самоорганізації включають афективну дерегуляцію, негативну самоконцепцію і порушення стосунків. Ці симптоми часто пов'язані з тривалими, повторюваними та кількома формами впливу травми (наприклад, кампанії геноциду, серйозне домашнє насильство, війна тощо), або жорстоке поводження з дитинства, тортури, рабство [23]. МКХ-11 важливо прийняти вже в Україні в практику, оскільки за типом рівня травматизації та глибини травм, значна частка населення ймовірно може мати КПТСР, який поки не можуть спеціалісти діагностувати, оскільки класифікатор не прийнятий.

### **1.3. Чинники, що впливають на ПТСР**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним розладом, що виникає у деяких людей після переживання травматичної події. Існують різні чинники, які сприяють виникненню та розвитку посттравматичного синдрому. У науковій літературі виділено 4 групи факторів:

- 1 група – природа травми;
- 2 група - тривалість впливу;
- 3 група - інтенсивність переживань травми;
- 4 група - вразливість, чутливість особистості: ранні переживання травми (всі події сприймаються як ПТСР від раніше пережитих травм в анамнезі); копінг-стратегії; реакція на навколишній світ.

Чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик отримати ПТСР. Свою роль відіграє і фактор жорстокості травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до ПТСР, ніж стихійні лиха та техногенні катастрофи.

Особливості суб'єктивного сприйняття травми (заслужена кара), особливості копіngu з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям, перенесені і неінтегровані травми в дитинстві. наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до травмуючого впливу.

Брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (відторгнення, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація тощо).

Додатковими факторами впливу на появу ПТСР може бути масовість - травма торкнула одну людину, чи цілу спільноту; наявність супутніх життєвих стресіві проблем, спричинених травмою, так і тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм тощо [1].

Пропонуємо розглянути ряд даних факторів більш детальноше.

**Травматична подія.** Рівень тяжкості та масовості травматичної події та сприйняття людиною події як травматичної безпосередньо впливає на наявність ПТСР. Критерій стресора вимагає впливу «смерті, загрози смерті, реального або загрозливого серйозного пошкодження або сексуального насильства чи його загрози» [24]. Військові дії є одним із найбільших стресових факторів і часто призводять до серйозних проблем із психічним здоров'ям, у тому числі посттравматичного стресового розладу. Важливо зазначити, що основна арена воєнних дій (наприклад, бойових дій Росії в Україні) знаходиться не у фізичному просторі, а в психологічному. Зараз військові дії спрямовані на те, щоб зламати бойовий дух ворога та зменшити його опір. У сучасних військових операціях різниця між військовими та цивільними особами стирається. З'являються нові види війни. До них

відносяться гібридна війна, асиметрична війна, війна нового покоління, нелінійна війна, контрольований хаос і конфлікт низької інтенсивності [25].

**Генетична схильність.** Як і у випадку з багатьма психіатричними розладами, ризик ПТСР після травми має помірну генетичну спадковість. Дослідження показують, що деякі люди можуть мати генетичну схильність до розвитку ПТСР. Це означає, що певні гени можуть впливати на ризик розвитку цього розладу. Генетична схильність може впливати на те, як організм реагує на стрес і травму, що робить деяких людей більш вразливими до ПТСР. Наприклад, дослідження показали, що розвиток ПТСР після травми може бути спадковим - генетичні фактори ризику можуть становити до 30–40% цієї спадковості [26].

#### **Психологічні фактори:**

- **Низький рівень самооцінки:** У різних дослідженнях низька самооцінка постійно пов'язувалася з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Дослідження показали, що люди з низькою самооцінкою частіше відчувають симптоми ПТСР [27]. Також виявлено, що симптоми ПТСР негативно пов'язані з самооцінкою, що вказує на те, що нижчі рівні самооцінки пов'язані з вищими рівнями симптомів ПТСР. Самооцінка також була ідентифікована як захисний фактор [28].
- **Високий рівень тривожності.** Тривога є важливим фактором, який може вплинути на наслідки посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Взаємозв'язок між тривогою та посттравматичним стресовим розладом досліджувався в різних контекстах, наприклад, особи, які є тривожними, мають в анамнезі депресивні епізоди, obsesивно-компульсивний розлад є схильними до складнішого переживання травми і, як наслідок, до ПТСР [29]. Також було

виявлено серед біженців, що тривога, посттравматичний стрес і безсоння є взаємопов'язаними, підкреслюючи багатогранний характер психологічного дистресу в уразливих групах населення [30].

**Життєстійкість.** Життєстійкість - це вміння протистояти стресу, відновлювати себе, свій психічний, фізичний та емоційний стан після травмуючих подій. Дослідження показали, що стійкість може пом'якшити вплив травми на симптоми посттравматичного стресового розладу, а прийняття соціальної підтримки діє як один із фактор стійкості [31]. Стійкість також діє як захисний фактор, зменшуючи прояви симптомів ПТСР, покращуючи якість життя [32].

**Брак психологічних ресурсів.** Нездатність опрацювати попередній досвід або брак внутрішніх психологічних ресурсів для подолання наслідків війни може збільшити вразливість до сприйняття або спогадів про ці небезпечні для життя події, що підвищує ризик розвитку посттравматичної психопатології [33]

**Попередній травматичний досвід.** У багатьох звітах птрактиків та дослідників задокументовано зв'язок між попереднім травматичним досвідом і розвитком психопатології в подальшому житті, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [34]. До прикладу, якщо хтось переживав в дитинстві насилля або іншого роду травму, то і в дорослому віці ці чинники матимуть на людину більш руйнівний вплив. Також на більшу вірогідність виникнення ПТСР впливає наявність певного кризового періоду ще до, власне, травми [29].

**Деякі особистісні характеристики.** Дослідження показали, що нижчий рівень надії та оптимізму пов'язаний із більшою частотою посттравматичних стресових розладів [35; 36].

**Соціальні фактори.** Підтримка з боку сім'ї, друзів і суспільства в цілому може грати важливу роль у зниженні ризику розвитку ПТСР після травматичної події. Соціальна підтримка допомагає людям краще справлятися зі стресом і відновлюватися після травм[29]. Дослідження показують, що тяжкість травми, відсутність соціальної підтримки та додатковий життєвий стрес, мали дещо сильніший вплив, ніж фактори, що передували травмі [36]. А також втрата близької людини, зокрема чоловіка чи дружини, значно посилює ризик отримати ПТСР [38].

**Фізичні травми, захворювання.** Травми голови, такі як струс мозку або інші фізичні ушкодження голови, можуть впливати на розвиток ПТСР. Також деякі хронічні захворювання, такі як серцево-судинні хвороби або діабет, можуть збільшити ризик розвитку ПТСР через постійний стрес, пов'язаний з лікуванням. Фізичний стрес і емоційне напруження, пов'язані з хронічними захворюваннями, можуть посилювати симптоми ПТСР. Наприклад, за дослідженням пацієнтів з різним механічним ушкодженням продемонстрували широкий спектр психологічних проблем та проявлених симптомів. Негативні зміни в настрої та когнітивних здібностях з подальшим гіперзбудженням викликали більш високий рівень дистресу у пацієнтів, які отримали посттравматичні ушкодження [39].

**Гормональні зміни.** Деякі гормональні зміни, зокрема рівень норадреналіну, можуть підвищити вразливість до ПТСР. Норадреналін, певна його кількість (0,3 мкг) впливає на процеси пам'яті та емоційного регулювання, сприяючи виникненню симптомів ПТСР [40].

**Інші психічні захворювання.** Люди з іншими психічними захворюваннями, такими як депресія, тривожні розлади або біполярний розлад, мають підвищений ризик розвитку ПТСР. Коморбідні стани можуть посилити симптоми ПТСР і ускладнити процес відновлення. Пацієнти з попереднім психіатричним захворюванням показали частіші випадки

ПТСР [41]. Також ПТСР після реанімації частіше виникав серед пацієнтів із попередніми психіатричними захворюваннями.

**Стать.** Дослідження свідчать, що жінки мають більшу схильність отримати ПТСР, ніж чоловіки. Зокрема, скандинавські дослідження показали, що жінки мали вдвічі більшу поширеність ПТСР, ніж чоловіки. Однак у певному віці співвідношення жінок і чоловіків було майже 3:1. Найвище співвідношення жінок і чоловіків було виявлено у віці від 21 до 25 років, що є найбільшою віковою групою ризику для жінок [42]. Ця тенденція також прослідковується в Україні [43] та інших країнах [44].

**Вік.** За дослідженнями в Україні у період повномасштабного вторгнення різні вікові групи можуть мати ПТСР [45]. В той же час нові дослідження вказують на те, що триваючий конфлікт в Україні призвів до збільшення поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед дітей і підлітків [46], а також серед людей літнього віку.

**Освіта.** Дослідження показують, що наявність вищої освіти корелює з більш легкими симптомами ПТСР [47]. Натомість низький рівень освіти або взагалі її відсутність підвищує ризик ПТСР [37].

**Професія.** Результати досліджень показали [48], що професійні групи такі як медичні працівники, поліція, працівники в'язниць і персонал екстреної допомоги мають підвищений ризик переживання травматичних подій, які підвищують у них ймовірність розвитку ПТСР. Також журналісти [49] та військові мають підвищений ризик отримати ПТСР у зв'язку з травматичними подіями під час роботи. Якщо військові не беруть участь у бойових діях, то ризик отримати ПТСР може бути низьким. Якщо робота переходить до активних бойових дій, то відповідно підвищується ризик отримати ПТСР. Дане твердження підтверджує дослідження британських вчених. Зокрема було проведене дослідження серед військовослужбовців Збройних силах Великобританії (1,6-6%), яке показало низький рівень посттравматичного стресового розладу, проте участь у воєнних діях в Іраку



та Афганістані показало підвищений ризик посттравматичного стресового розладу серед відповідної групи [50]. Військовий персонал особливо вразливий до посттравматичних стресових розладів через бойові дії, причому бойові дії постійно пов'язані з розвитком посттравматичних стресових розладів [51].

Важливо розуміти, що ПТСР може розвинути у будь-кого, і наявність одного або декількох з цих факторів не обов'язково призведе до розвитку розладу. Кожна людина реагує на травму по-різному, і фактори, що впливають на розвиток ПТСР, є комплексними і багатогранними.

#### **1. 4. Тривожність та життєстійкість як суб'єктивні чинники ПТСР**

Для більш детального розгляду чинників, які впливають на ПТСР, ми обрали тривожність і життєстійкість. Особлива увага до тривожності і життєстійкості важлива при розумінні факторів, які впливають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), з ряду причин.

- **Тривожність впливає на загострення симптомів.** Люди з високим рівнем тривожності можуть мати підвищений ризик розвитку ПТСР, оскільки вони частіше переживають сильні емоційні реакції на стресові події. Тривожність може підсилювати симптоми ПТСР, такі як нав'язливі спогади, нічні кошмари та постійне відчуття загрози.
- **Коморбідність тривожності.** Тривожність часто супроводжує інші психічні розлади, такі як депресія, що може погіршувати загальний психічний стан і підвищувати вразливість до ПТСР.
- **Фізичні прояви тривожності.** Високий рівень тривожності може впливати на фізичне здоров'я, зокрема спричиняючи підвищений рівень кортизолу та норадреналіну, які беруть участь у реакції організму на стрес.

- **Життєстійкість зменшує ризик розвитку ПТСР.** Життєстійкість, або здатність до адаптації після травматичних подій, може знижувати ризик розвитку ПТСР. Люди з високим рівнем життєстійкості краще справляються зі стресовими ситуаціями та швидше відновлюються після них.
- **Вплив життєстійкості на соціальну підтримку.** Життєстійкі особи часто мають кращу соціальну підтримку, що є ключовим фактором у зменшенні ризику ПТСР. Соціальна підтримка допомагає знижувати рівень стресу та сприяє емоційному відновленню.
- **Життєстійкість пов'язана з психологічними ресурсами людини.** Високий рівень життєстійкості пов'язаний з наявністю внутрішніх психологічних ресурсів, таких як оптимізм, впевненість у собі та здатність до саморегуляції, які допомагають впоратися з наслідками травматичних подій.

### **Тривога і тривожність**

Тривожність і життєстійкість можуть взаємодіяти між собою, впливаючи на ризик розвитку ПТСР. Наприклад, люди з високим рівнем тривожності, але водночас з високим рівнем життєстійкості ймовірно можуть краще здійснювати саморегуляцію та знаходити шляхи подолання стресу, що може зменшити ймовірність розвитку ПТСР. Таким чином, глибше розуміння та вивчення тривожності та життєстійкості допоможе краще зрозуміти ризики та індивідуальні особливості реакції на травматичні події людини, що в свою чергу може бути корисним для розробки програм підтримки та інтервенцій для тих, хто має ПТСР.

У широкому вжитку є два близьких поняття - тривога та тривожність, проте дослідники їх розрізняють. **Тривога** - це емоційна реакція на очікувану загрозу. Це природна реакція на стресові ситуації, яка може

допомогти людині підготуватися до можливих небезпек. Тривога часто супроводжується фізіологічними симптомами, такими як підвищене серцебиття, пітливість, і м'язова напруга. Тривога зазвичай пов'язана з конкретною ситуацією і зникає, коли загроза минає. в той же час **тривожність** - це стійка психологічний стан тривоги, яка не обов'язково прив'язана до конкретної загрози. Це може включати постійні, нав'язливі думки і відчуття страху або занепокоєння. Коли тривожність стає надмірною і заважає повсякденному життю, вона може перерости в тривожний розлад, який потребує медичної допомоги. Тривожні розлади можуть змусити людей намагатися уникати ситуацій, які викликають або погіршують їхні симптоми. Це може вплинути на ефективність роботи, навчання в школі та особисті стосунки. Тривожні розлади є найпоширенішими психічними розладами. Вони вражають майже 30% дорослих у певний момент їхнього життя [52].

Хоча тривога має явно деструктивний характер, вона також виконує конструктивні функції. На думку Г. Сельє, тривога може активізувати загальний адаптаційний синдром людини у невизначених або загрозливих ситуаціях [53]. Р. Мей вважає, що тривожність є індивідуальною рисою, стійкою особистісною характеристикою, яка проявляється через переживання певної емоційної модальності та впливає на мотиваційні, афективні та операціональні аспекти діяльності та поведінки [54]. І. Стрілецька зазначає, що тривожність актуалізується в умовах невизначеності і сприймається як переживання дифузійної або безпредметної загрози, що загрожує цінностям, престижу, здоров'ю або благополуччю людини [55].

О. Халік підкреслює, що тривожність є особистісною властивістю, яка формується протягом онтогенезу під впливом різноманітних факторів, включаючи генетичну схильність, виховання, соціальне середовище та особистий досвід. Вона формується як адаптивний механізм, що допомагає

людині справлятися з невизначеністю та загрозами. Тривожність виражається у готовності індивіда до емоційного напруження та негативного переживання подій, які мають суб'єктивно значущий характер. Вона є стійкою особистісною рисою, яка проявляється у постійних формах поведінки, переважно компенсаторної та захисної спрямованості [56]. Тривожність виступає показником інтенсивності афективного ставлення до типових загрозливих ситуацій. Це може включати фізіологічні реакції, такі як підвищене серцебиття або пітливість, а також психологічні реакції, такі як страх або занепокоєння. Такі прояви дозволяють прогнозувати характер емоційного реагування особистості в майбутньому.

На думку А. Хорнблоу, М. Ентоні, процес переходу тривожності у стійке утворення, обумовлюється тривалістю та інтенсивністю переживань і відбувається через проходження декількох стадій [57; 53]:

- мінімальна напруженість, незначне хвилювання (сигнальне та адаптивне значення);
- зростання напруги, відчуття загрози, поява неспокою;
- власне тривога, тривале почуття загрози;
- конкретизація небезпеки, почуття страху;
- відчуття жаху, невідворотності катастрофи, шок, паніка;
- інтенсивне, глибинне і тривале переживання, перехід у особистісну тривожність.

У межах системного підходу тривожність розглядається з позиції її прояву на всіх рівнях життєдіяльності: фізіологічному, психологічному і соціально-психологічному. Тривожність негативно впливає на якість життя та здоров'я особистості, характеризується відповідними соматичними реакціями (тремор, підвищення тиску, головний біль тощо). Виявляються проблеми в роботі ендокринних процесів, серцево-судинної, нервової та травної систем [58]. Людина часто хворіє, стає виснаженою, підвищено збудливою, часто відчуває апатію та пригнічений настрій тощо.

Тривожність виступає складним поліфакторним утворенням, на який впливають такі чинники [59]:

- біологічні, що пов'язані з особливостями вищої нервової діяльності людини (сенситивна, слабка, неврівноважена, інертна нервова система зумовлює високу тривожність);
- гормональні процеси;
- посилення рівня активації психофізіологічних механізмів та недостатня їх адаптивність до впливу екстремальних подразників.
- тривожність як риса особистості пов'язана з генетичними властивостями функціонування мозку людини, що зумовлюють постійно підвищений рівень емоційного збудження;
- соціальні (умови виховання та спілкування, особливості життєвого та професійного середовища, частота дії стрес-факторів, труднощі адаптації, соціально-політичні зміни, конфлікти, війна);
- індивідуально-психологічні (динамічні властивості, риси характеру, зміст «Я-концепції», механізми саморегуляції, рівень самооцінки, локус контролю тощо).

Тривожність, як стійка особистісна властивість характеризується не лише структурною, а й рівневою організацією. Зазвичай науковці виділяють високий та низький рівні [54;60].

Високий рівень тривожності є деструктивною особистісною рисою, знижує рівень працездатності, пам'яті, концентрації, впливає на зниження самооцінки і мотивації, не сприятливо позначається на всіх сферах існування. Люди з високим рівнем тривожності, зазвичай є більш емоційними, вразливими, сенситивними, гостріше за інших реагують на стрес-фактори, постійно очікують неприємностей, довше і гостріше на їх реагують. Частіше виявляється нервозність, песимістичність, труднощі спілкування тощо. Особистість, яка відчуває підвищену тривожність, перебуваючи в постійній напрузі, безцільно витрачає свої психофізичні

ресурси, постійно відчуває втому і нездатність справлятися з поставленими завданнями. Люди, схильні до підвищеного занепокоєння, часто замкнуті, нетовариські, дистанційовані від оточення; відчувають себе менш щасливими і життєрадісними.

Натомість, люди з низьким рівнем тривожності більш оптимістичні, активні, впевнені у своїх силах, мають більш високий соціальний статус та рівень задоволеності життям. Вони є більш стриманими та раціональніше підходять до вирішення проблемних ситуацій.

Таким чином, тривожність – це стійке особистісне утворення, що характеризується складною змістовною організацією, розгорнутою варіативною специфікою, динамічними властивостями та широкою системою детермінант.

**Особливості проживання тривожності у період війни.** Повномасштабна війна стала для української нації величезним випробуванням у XXI століття. Тривожність несе негативний вплив на стан здоров'я особистості, порушуючи психічний, фізичний й соціальний добробут. На жаль, тривожність на сьогодні стала нормою.

Тривожитися в час війни, в кризових умовах – нормально. Тривожність адекватна тим подіям, в яких ми живемо. Разом з тим постійна, надмірна, деструктивна, патологічна тривога може мати наслідки для здоров'я. Людині доводиться відмовлятися від усталених уявлень про цінності, ідеали, сенси, цілі [61;62]. Змінювати своє життя від рутинних щоденних справ, до цілей довжиною в життя.

Рівень тривоги залежить від сукупності чинників, що впливають на якість життя: соціальних і особистісних (особистісна тривожність, ситуативна тривожність; ступінь контролю).

Агенція «Gradus» провела дослідження «Опитування українців: особливості ментального здоров'я під час повномасштабної війни». За суб'єктивною оцінкою 41% опитаних оцінили свій ментального здоров'я як

задовільний, тоді як половина (51%) визнали його як середній стан. Опитуванні останнім часом відчували такі негативні стани, як тривожність, напругу (50%), поганий настрій (45%), погіршення сну (41%) та роздратування й злість (38%). [63]. Разом з тим за даними досліджень Національного Демократичного Інституту, про яке згадувалось на початку, 64% українців визнають найбільшою проблемою психологічне здоров'я, яке на 2 місці після зниження доходів.

Існують фактори ризику, що мають здатність підсилювати, збільшити ймовірність тривожного розладу. Серед них такі: травма, травматичний досвід; стрес чи хвороба; наростання стресу; люди з певним типом особистості, що більш схильні до тривожних розладів; інші розлади психічного здоров'я; генетична спадковість; наявність родичів з тривожними розладами; вживання наркотиків чи алкоголю [64].

Серед причин, що найчастіше можуть спричиняти тривожність: втрата безпеки; страх, життя під час війни (що буде далі; з роботою, близькими тощо); втрата контролю; руйнація планів; інформаційне перевантаження; страх розлуки з близькими (як пережити розлуку); переживання за рідних (чоловік чи син, дочка, які на війні; як рятувати близьких, якщо виникне така потреба); зміна цінностей; втрата стабільності; біологічні чинники, психосоматичні відчуття (відчуття, що щось не так із тілом); почуття провини; сімейні чинники (проблеми в сімейних парах, що «оголилися» під час війни). Більшість із цих факторів присутня чи не в кожній родині в Україні на сьогодні.

### **Життєстійкість**

Дослідники розглядають життєстійкість як важливу особистісну якість, яка визначає здатність людини до самозбереження та ефективної діяльності у процесі подолання життєвих перешкод (стресів, криз, несприятливих соціальних обставин) та збереження активної життєвої позиції. Життєстійкість – інтегративний феномен, який корелює із особистісною

тривожністю, психологічним благополуччям, оптимізмом, стратегіями подолання стресових ситуацій, локусом контролю тощо [65]. Життестійкість включає вміння не лише протистояти несприятливим умовам, але й швидко відновлюватися після них, зберігаючи при цьому психологічне здоров'я та функціональність. Життестійкість проявляється через:

1. **Адаптивність.** Життестійкість включає здатність пристосовуватися до нових умов і ефективно діяти в умовах невизначеності та змін. Це може включати зміну поведінки, переоцінку цінностей і цілей, а також знаходження нових ресурсів для подолання труднощів.
2. **Психологічна стійкість.** Це вміння підтримувати емоційну рівновагу та оптимізм навіть у складних ситуаціях. Життестійкі люди часто вміють зберігати спокій, контролювати, проживати, контейнувати свої емоції та знаходити позитивні аспекти навіть у важких обставинах.
3. **Соціальна підтримка.** Життестійка людина будує власну мережу підтримки з боку сім'ї, друзів і громади. Взаємодія з іншими людьми, отримання підтримки і допомоги сприяють зміцненню психологічної стійкості.
4. **Вміння вчитися на досвіді.** Життестійкі люди мають здатність вчитися на своїх помилках і невдачах, використовувати отриманий досвід для особистісного зростання і розвитку. Це допомагає їм краще підготуватися до майбутніх труднощів.

Вплив життестійкості на умови життя під час війни є важливою сферою дослідження, особливо щодо результатів психічного здоров'я постраждалого населення. Стійкість, яка визначається як здатність адаптуватися та відновлюватися після травматичного досвіду, була визначена як значний захисний фактор [66]. Дослідження показали, що



підвищення стійкості постраждалих від війни осіб, особливо молоді, може відігравати важливу роль у пом'якшенні негативних наслідків збройного конфлікту [67]. Крім того, концепція витривалості, яка охоплює такі характеристики, як контроль над своїм життям і ситуаційна етика, була пов'язана з подоланням посттравматичного стресового розладу та нервових розладів [68].

В умовах війни такі фактори, як життєва сила та психологічне виснаження, є важливими показниками адаптації. Дослідження висвітлили динаміку психологічних станів під час війни, включаючи рівні стійкості, психологічне виснаження, емоційний стрес і специфічні психологічні риси [69]. Крім того, дослідження показують, що в умовах війни такий цілеспрямований вид діяльності, як освіта, може сприяти життєстійкості молоді. Водночас, необхідні цільові втручання, включно з позанавчальними тренінгами по управлінні стресом, розвитку емоційного інтелекту, подолання стереотипів та опанування ефективної комунікації [70].

Фактори, що впливають на життєстійкість людини, є багатогранними та охоплюють різні сфери, такі як психологічні, соціальні, економічні та екологічні аспекти. Дослідження показують, що на життєстійкість можуть впливати такі фактори, як соціальні ресурси, психологічні інтервенції, людські цінності, відданість роботі та генетичні компоненти [71]. Наприклад, соціальні ресурси відіграють вирішальну роль у підвищенні стійкості, надаючи підтримку та відчуття причетності. Соціальна підтримка служить буфером проти негативного впливу низької стійкості на психічне здоров'я і відповідно підвищує рівень життєстійкості [72]. Соціальний обмін, якісна взаємодія, взаємопідтримка допомагає швидше подолати наслідки кризи та відновитись [73].

Доведено, що психологічна інтервенція сприяє підвищенню стійкості шляхом усунення факторів навколишнього середовища та перенаправлення

звинувачень з окремих осіб на суспільні обов'язки. Це включає зміни в політиці, що стосуються підтримки сімей, забезпечення доступу до медичних послуг та створення сприятливих умов для розвитку дітей та дорослих. Такий підхід допомагає зменшити почуття провини та збільшити почуття контролю над ситуацією [74]. Оптимізм, самооцінка, саморегуляція, емоційна інтелігентність та почуття контролю над своїм життям є важливими психологічними факторами, які сприяють життєстійкості. Люди, які мають високу самооцінку і відчують контроль над своїм життям, краще справляються зі стресом. Результати дослідження показали, що самооцінка, саморегуляція емоцій, використання емоцій для сприяння продуктивності та прийняття себе і свого життя як фактори життєстійкості напряду впливають на задоволеність життям, що становить 48% дисперсії [75].

Крім того, людські цінності та відданість роботі мають прямий позитивний вплив на стійке лідерство, життєстійкість та результативність, що вказує на важливість особистих цінностей і відданості у розвитку стійкості [76].

Крім того, генетичні фактори також можуть відігравати певну роль у стійкості до стресу, про що свідчать дослідження, що вивчають генні мережі та їхній вплив на стійкість до різних стресових факторів [77]. Розуміння генетичної основи стійкості може дати розуміння індивідуальних відмінностей у механізмах подолання та адаптивних реакцій на виклики.

Концепція життєстійкості поширюється за межі індивідуального рівня і включає більш широкі соціально-екологічні системи. Дослідження підкреслили важливість таких факторів, як справедливість, соціальні конфлікти та управління навколишнім середовищем, у формуванні стійкості на рівні громади та суспільства. Наприклад, вирішення питань

маргіналізації та соціальних конфліктів має вирішальне значення для розподілу ризиків і формування стійкості в громадах [78].

Отже перелічені фактори впливу на життєстійкість ми можемо згрупувати наступним чином:

- 1. Індивідуальні фактори:** генетичні та біологічні; психологічні риси особистості
- 2. Соціальні фактори:** соціальна підтримка; якість міжособистісних відносин.
- 3. Економічні, екологічні та культурні фактори:** соціально-економічний статус особистості; культурні норми та цінності.
- 4. Досвід та навчання:** уміння долати труднощі, досвід у цьому; рівень освіти.

Життєстійкість є багатогранним явищем, яке залежить від комбінації індивідуальних, соціальних та екологічних факторів. Вона забезпечує здатність людей ефективно адаптуватися до стресових ситуацій, зберігати психічне здоров'я і функціональність. Психологічні та соціальні інтервенції можуть значно сприяти підвищенню життєстійкості, допомагаючи людям краще справлятися з викликами і підтримувати високий рівень якості життя.

Ці висновки базуються на численних дослідженнях, які підкреслюють важливість комплексного підходу до розвитку життєстійкості через підтримку індивідуальних та соціальних ресурсів.

## **Висновки до розділу I**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний розлад, який лише нещодавно був внесений до переліку загальновизнаних хвороб. Він виникає внаслідок переживання або свідчення травматичних подій, які

загрожують життю та безпеці людини. Ці події можуть включати військові дії, природні катастрофи, насильство, аварії та інші екстремальні ситуації. ПТСР характеризується наступними ознаками: повторне переживання травматичної події; уникнення нагадувань про подію; постійне сприйняття підвищеної загрози в поточний момент.

Оскільки першим критерієм діагностування ПТСР є наявність травматичної події у житті людини, існує велика потреба у глибшому вивченні цього розладу на території України в час війни. Дослідження ПТСР серед населення України можуть надати цінну інформацію про вплив військових дій на психічне здоров'я громадян. Це, у свою чергу, дозволить розробити ефективні методи допомоги та підтримки для постраждалих.

Тривожність – це стійка і надмірна тривога, яка може бути генералізованою або специфічною, що не завжди прив'язана до конкретної загрози. Тривожність може суттєво впливати на повсякденне життя людини, викликаючи фізичні та психологічні симптоми, такі як підвищене серцебиття, пітливість, безсоння, та постійне відчуття занепокоєння. Тривожність має значний вплив на розвиток та перебіг посттравматичного стресового розладу. Тісний взаємозв'язок між цими двома станами відображає те, як тривожність може погіршувати симптоми ПТСР і ускладнювати процес відновлення.

Життестійкість, або резильєнтність, – це здатність людини ефективно адаптуватися до стресу і травматичних подій. Вона включає у себе не лише опір несприятливим умовам, але й швидке відновлення після них. Життестійкі люди зазвичай демонструють високий рівень оптимізму, самооцінки, саморегуляції та емоційної інтелігентності. Життестійкі люди демонструють меншу схильність до розвитку ПТСР після переживання травматичних подій. Вони краще справляються зі стресом і мають нижчий

рівень симптомів ПТСР, таких як повторні спогади, уникнення, підвищена збудливість та негативні зміни в настрої. Дослідження показують, що життєстійкість допомагає знижувати інтенсивність симптомів ПТСР та прискорює процес відновлення.

Отже, ПТСР, життєстійкість та тривожність є взаємопов'язаними станами, що суттєво впливають на психічне здоров'я та загальне благополуччя людини. Розуміння факторів, що впливають на ці стани, є ключовим для розробки ефективних методів профілактики та лікування. Психологічні та соціальні інтервенції, спрямовані на підвищення життєстійкості, покращення самооцінки та надання соціальної підтримки, можуть суттєво зменшити негативний вплив стресових подій на психічне здоров'я індивідів. Ці висновки підтверджуються численними науковими дослідженнями, які акцентують на важливості комплексного підходу до підтримки психічного здоров'я та життєстійкості.

## РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНИХ ПРОЯВІВ ПТСР

### 2.1. Характеристика вибірки дослідження

Вибірка складається з 95 досліджуваних, серед яких 40 утворюють експериментальну групу (ті, хто проживають на території можливих бойових дій), а решта 55 – контрольну (ті, хто змінили місце проживання з території можливих бойових дій). Географія респондентів - переважно Запорізька, Сумська, Донецька, Харківська, Київська, Одеська області.

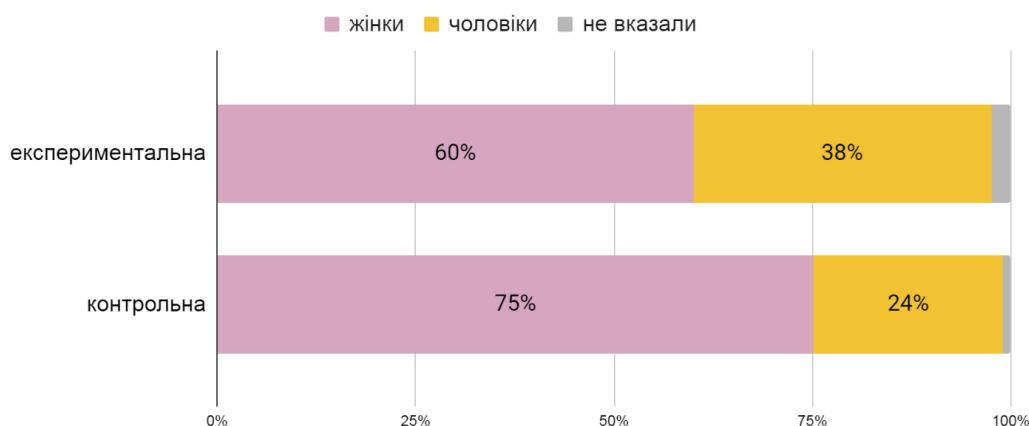


Рисунок 2.1. Розподіл по статі в експериментальній та контрольній групах

Жіноча група респондентів дещо перевищує в чисельності, що є очікувано, оскільки демографічна частка жінок більшою була і до повномасштабного вторгнення. Наразі значна кількість чоловіків призвані до ЗСУ, що також суттєво впливає на вибірку.

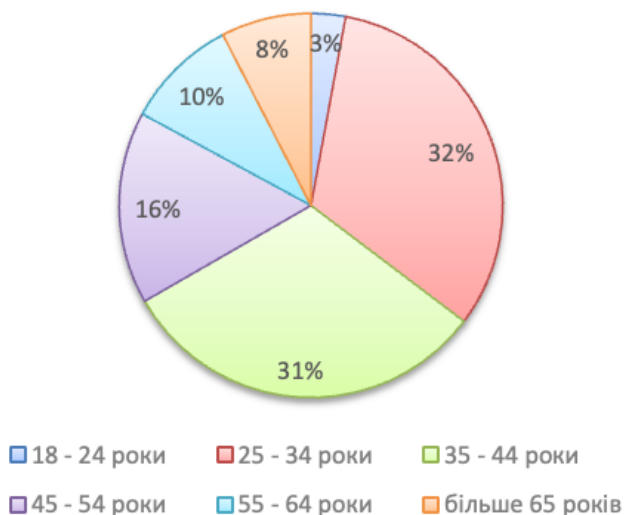


Рисунок 2.2. Розподіл групи респондентів за віком

Вибірка респондентів найбільше представлена двома віковими групами - 25 - 34 роки та 35 - 44 роки, з чого можемо зробити висновок, що дослідження більше описує вікову групу від 25 до 44 років (в сукупності 63% респондентів).

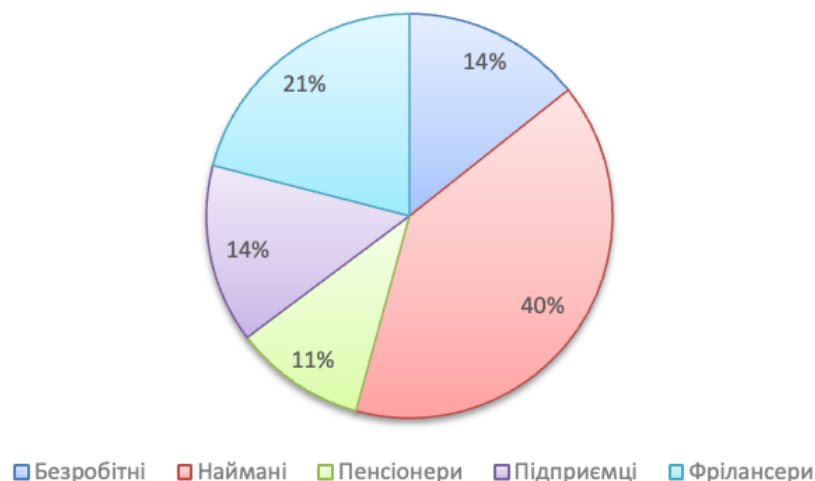


Рисунок 2.3. Розподіл респондентів за зайнятістю

Респонденти щодо зайнятості представлені найманими працівниками (40%), фрілансерами (21%), підприємцями (14%), безробітними (14%) та пенсіонерами (11%). Респонденти переважно характеризують економічно активне населення.

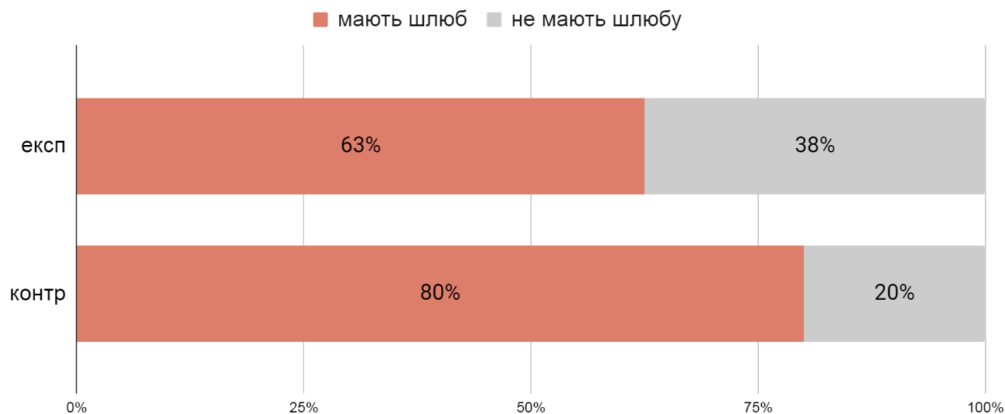


Рисунок 2.4. Розподіл по сімейному статусу в експериментальній та контрольній групах

З рисунку бачимо, що більша кількість респондентів знаходяться в шлюбі, особливо в контрольній групі. Тож можемо зробити висновок, що дане дослідження більш характерне для людей, що перебувають в шлюбі.

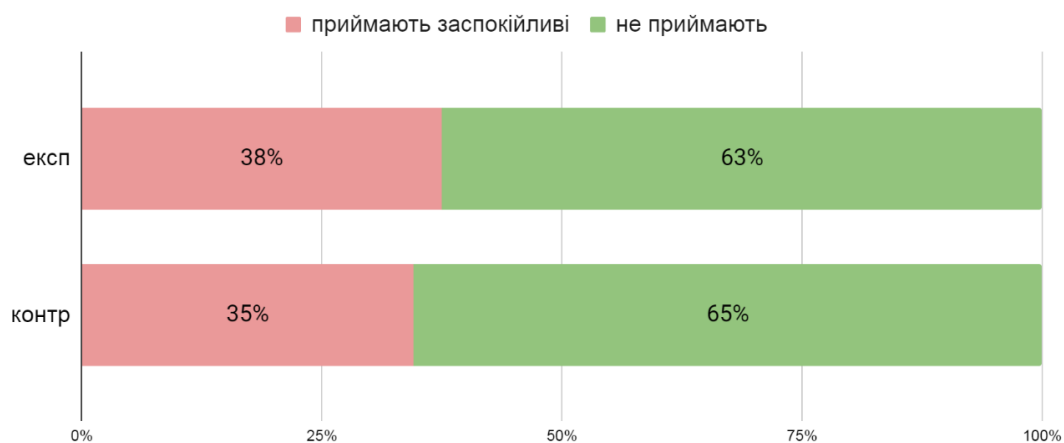


Рисунок 2.5. Розподіл за підгрупами тих, хто приймають та хто не приймають заспокійливі, в експериментальній та контрольній групах

З рисунку бачимо, що переважна більшість респондентів не приймають заспокійливих. У контрольній та експериментальній групах заспокійливі приймають майже однакова кількість респондентів - 35% та 38% відповідно. З цього можемо зробити висновок, що прийом заспокійливих однаковою мірою характерний для обох груп.



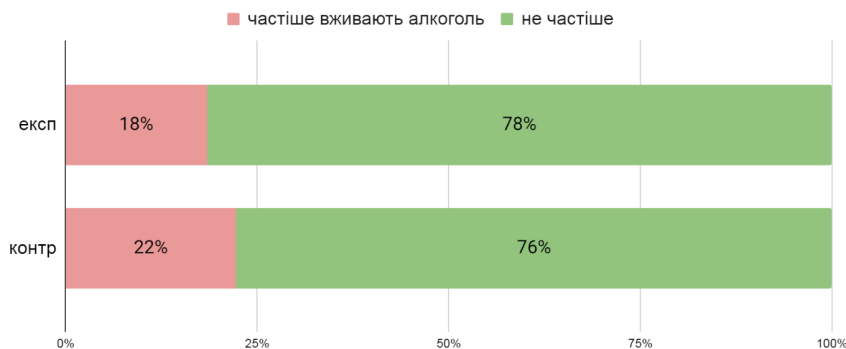


Рисунок 2.6. Розподіл за підгрупами тих, хто стали частіше вживати алкоголь та хто не стали вживати частіше, в експериментальній та контрольній групах

З рисунку бачимо, що респонденти у переважній більшості не почали вживати частіше алкоголь як у контрольній так і у експериментальній групах. Ті, хто почали частіше вживати алкоголь, близькі за представленням - в експериментальній групі 18%, у контрольній - 22%.

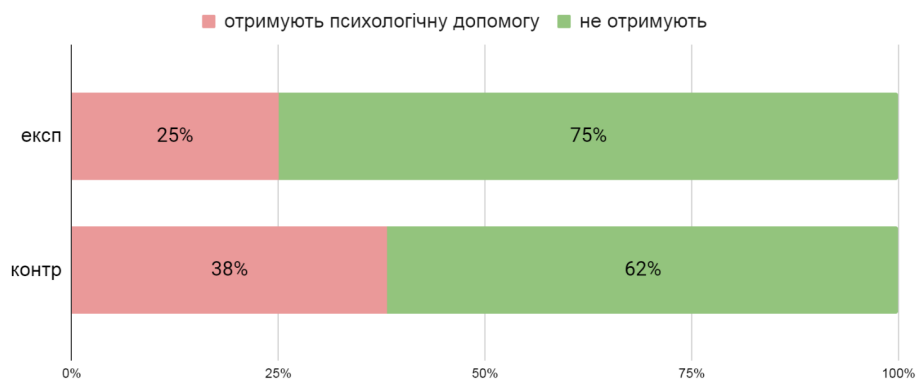


Рисунок 2.7. Розподіл за підгрупами тих, хто звертаються за психологічною підтримкою та тими, хто не звертаються, в експериментальній та контрольній групах

Респонденти у переважній більшості не отримують психологічної допомоги. У контрольній групі дещо вища кількість респондентів, які отримують психологічну допомогу - 38%, у експериментальній групі - 25%. Ймовірно це пов'язано з тим, що людям, які змінили місце проживання,

приймаючі громади частіше пропонували отримати психологічну підтримку. Також ймовірно громади, які знаходяться в більшій небезпеці, мають менше кваліфікованих кадрів, які б могли надавати психологічну допомогу.

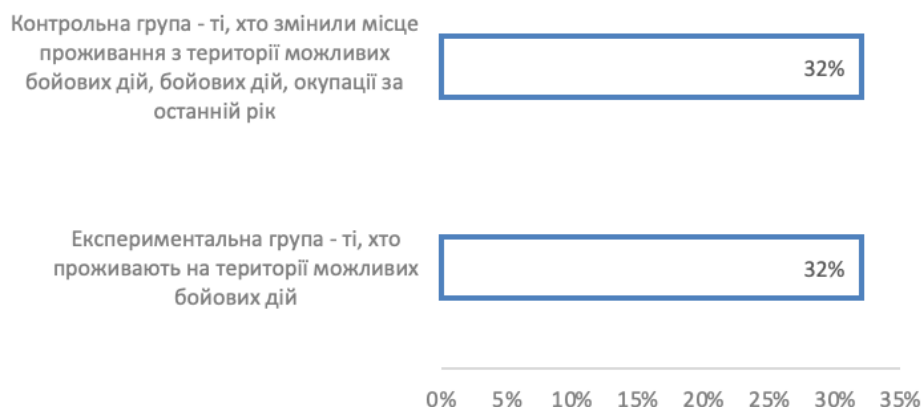


Рисунок 2.8. Наявність ПТСР у контрольної та експериментальної групи

За результатами дослідження не виявлено відмінностей у групах тих, хто перебувають в зоні можливих бойових дій з тими, які виїхали щодо рівня ПТСР. Це може бути пов'язане з тим, що респонденти, які виїжджали з особливо небезпечних територій, мали непростий досвід травматичної події чи декількох і це вплинуло на їх подальший психічний стан, - тобто вони приїхали у більш безпечні регіони вже з наявним ПТСР. З іншого боку також може впливати і територія, на яку вони переїхали. Серед респондентів майже немає тих людей, які зараз проживають в західних областях України. Це також може бути викликано тими обставинами, що переселенці за останніх півроку-рік менше виїжджають по Україні на далекі відстані. Переважно вони переїжджають в межах області, або в обласні центри, Київ, які так само періодично перебувають під ракетними обстрілами РФ, хоча і можуть не входити до зони можливих бойових дій за даними Міністерства розвитку громад, територій та інфраструктури України.



Рисунок 2.9. Рівень тривоги в загальній сукупності респондентів

У більшості респондентів переважає середній (37%) та високий (36%) рівень тривоги в загальній сукупності 73%.

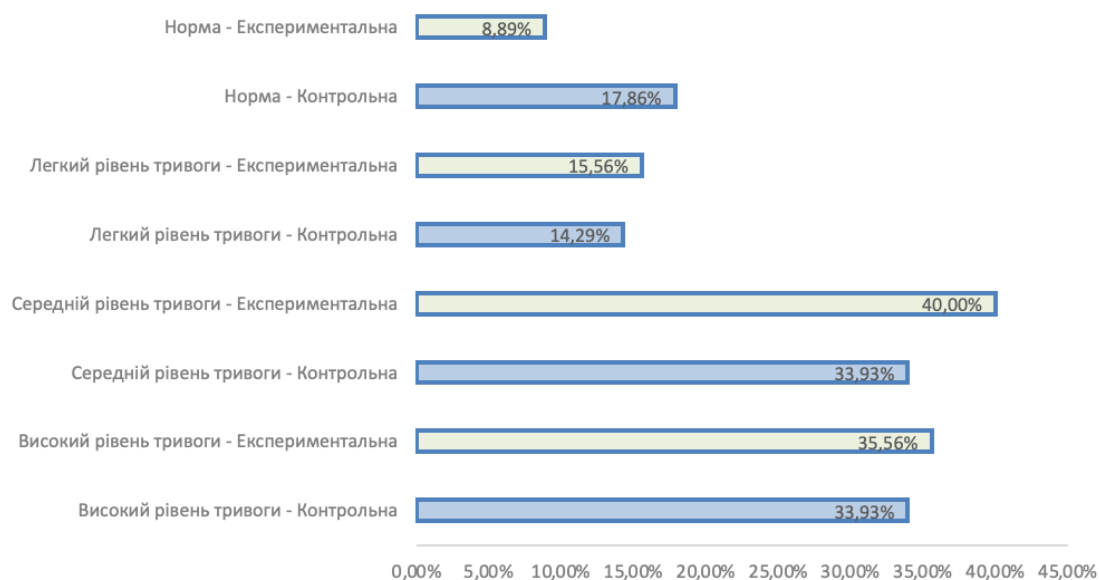


Рисунок 2.10. Рівень тривоги у контрольній та експериментальній групі

Як бачимо з рисунку у контрольній групі вищий рівень тривоги на рівні нормі - 17,86% у контрольній на протывагу 8,89% у експериментальній. У контрольній групі дещо нижчі показники високого і середнього рівня тривоги - 33,93% за двома рівнями, всього - 67,92%. В той час як у експериментальній групі показники високого і середнього рівня

тривоги вищі - 35,56% та 40% відповідно, всього 75,56%.



Рисунок 2.11. Рівень життєстійкості в загальній сукупності респондентів

В загальній вибірці респондентів життєстійкість проявляється активно на рівні 52,6%, разом з тим проявлена повною мірою на рівні 10,5%.

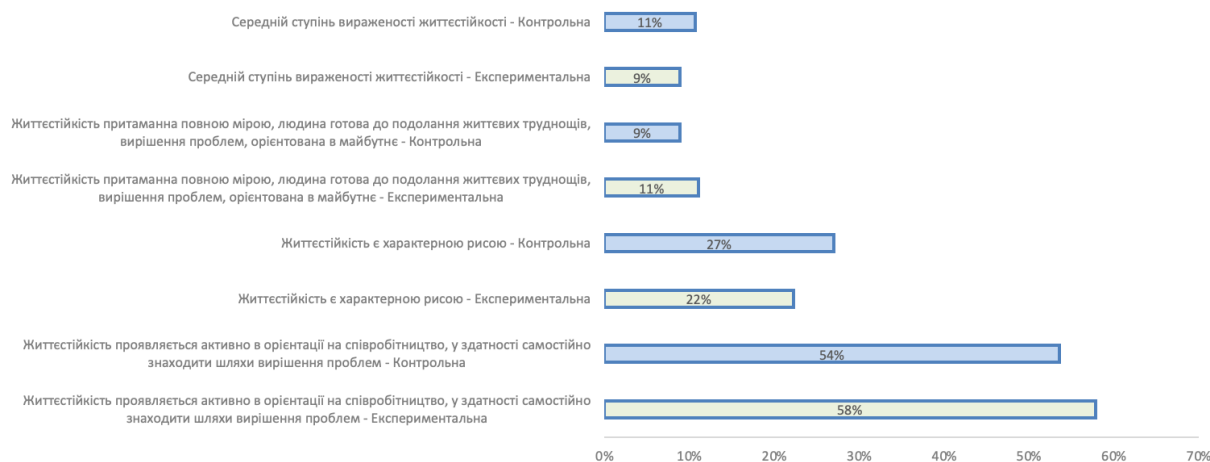


Рисунок 2.11. Рівень життєстійкості у контрольній та експериментальній групі

Як бачимо з рисунку 2.11 активно та повною мірою життєстійкість проявляється дещо більше у експериментальній групі - 58% та 11% відповідно, де у контрольній групі - 54% та 9%. Це може бути пов'язано з нинішніми умовами проживання, оскільки експериментальна група залишалась зі старими зв'язками в громаді, а контрольній довелось набувати нових в новому місці проживання.

## **2.2. Організація дослідження, обґрунтування вибору діагностичних методик та надійність даних**

Нами були обрані 3 верифіковані в Україні методики дослідження - PCL-5 для самодіагностування ПТСР, шкала тривоги Бека та шкала життєстійкості (модифікація опитувальника Форверга на контактність Т. О. Ларіної). У нашому дослідженні ми обрали три конкретні методики: опитувальник PCL-5 для самодіагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), шкалу тривоги Бека та шкалу життєстійкості (модифікація опитувальника Форверга на контактність Т. О. Ларіної). Ось детальне пояснення, чому саме ці методики були обрані, а не інші, або не було обрано більше методик.

PCL-5 є міжнародно визнаним інструментом для діагностики ПТСР, який пройшов численні верифікації і адаптації для використання у різних культурних контекстах, включаючи Україну. Це гарантує його надійність і точність. Опитувальник PCL-5 дозволяє легко та швидко оцінити наявність і тяжкість симптомів ПТСР, що робить його зручним для самодіагностики в умовах обмеженого доступу до професійної психіатричної допомоги, або в умовах початкового дослідження стану. PCL-5 дозволяє людям самостійно оцінити свої симптоми, що є важливим у контексті воєнного часу, коли доступ до фахівців може бути обмеженим.

Шкала тривоги Бека має значну доказову базу і використовується в усьому світі для оцінки рівня тривожності. Вона пройшла адаптацію для українського населення, що забезпечує її точність і надійність у нашому контексті. Шкала має високу чутливість і специфічність у виявленні тривожних розладів, що робить її ефективним інструментом для діагностики тривожності у різних групах населення. Окрім того вона широко використовується у клінічній практиці для моніторингу та оцінки тривожних симптомів, що забезпечує її прийняття та довіру серед фахівців.

Шкала життєстійкості (модифікація опитувальника Форверга на контактність Т. О. Ларіної) охоплює різні аспекти життєстійкості, включаючи оптимізм, самооцінку, саморегуляцію, соціальну підтримку та контроль над життям. Це дозволяє отримати всебічну оцінку здатності респондентів адаптуватися до стресових ситуацій.

Модифікація опитувальника Форверга, здійснена Т. О. Ларіною, враховує культурні та соціальні особливості українського суспільства, що підвищує точність оцінки життєстійкості в українських респондентів. Методика пройшла адаптацію та верифікацію в Україні, що забезпечує її надійність та валідність для використання у дослідженнях та клінічній практиці.

Вибір саме цих трьох методик дозволяє сконцентруватися на ключових аспектах дослідження – ПТСР, тривожність і життєстійкість. Це забезпечує глибокий і всебічний аналіз без надмірного розширення фокусу, що могло б розсіювати увагу і ресурси. Окрім того, ми таким чином вивчаємо два критерії впливу на ПТСР - той, що посилює симптоми - тривожність, та той, що протидіє та послаблює симптоми ПТСР і взагалі його виникнення - життєстійкість.

Використання меншої кількості, але високо надійних і верифікованих методик дозволяє провести дослідження більш ефективно, економлячи час і ресурси, що особливо важливо в умовах обмеженого фінансування та ресурсів під час війни.

Далі детальніше про кожну з методик.

### **Методика PCL-5**

PCL-5 широко застосовується для оцінки посттравматичного стресового розладу у багатьох країнах, де йдуть або йшли воєнні дії. Наприклад, проведене дослідження серед сирійських біженців у Курдистані, показало, що 61.4% учасників відповідали критеріям ПТСР згідно з PCL-

5[79; 800]. У дослідженні серед дорослих, які вижили після воєн у Північно-Західній Ефіопії, було використано PCL-5 для оцінки ПТСР. Дослідження показало, що PCL-5 має високу внутрішню узгодженість з коефіцієнтом Альфа Кронбаха 0.83, що підтверджує надійність цього інструменту у цій популяції [81]. Дослідження серед сирійських та афганських біженців у Туреччині показало високу поширеність травматичних подій та посттравматичних симптомів та високий рівень достовірності даних через застосування PCL-5 [82]. Отже PCL-5 є ефективним інструментом для оцінки ПТСР у воюючих країнах завдяки його надійності та валідності, підтвердженим численними дослідженнями.

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та E.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

### **Шкала тривоги Бека**

Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI) – це клінічна тестова методика, яка призначена для скринінгу тривоги та оцінки ступеня її виразності. Розроблена у 1988 році Шкала тривоги Бека (BAI) на дослідженнях показала високу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0.92$ ) та надійність при повторному тестуванні протягом одного тижня,  $r(81) = 0.75$  [83].

Дана шкала є широко використовуваним інструментом для оцінки рівня тривоги в різних групах населення, включно з учасниками бойових дій та цивільними в країнах, охоплених війною, в тому числі й Україні. Наприклад, дана шкала використовувалася в дослідженнях, спрямованих на психологічну підтримку учасників бойових дій та їхніх сімей, виявляючи різні ступені тривожних розладів серед учасників [84].

Шкала тривоги Бека складається з 21 твердження. Кожне з тверджень включає в себе один симптом або скаргу тривоги, та має оцінки: від 0 - зовсім не стосується мене до 3 - цілком про мене.

Дана шкала являє собою простий для проходження та зручний для оцінки тривоги тест. Інтерпретація тесту не складна, робиться підрахунок балів за всіма питаннями, та має наступні оцінки:

- 0–5 - норма;
- 6-8 легкий рівень тривоги;
- 9-18 середній рівень тривоги



- більше 19 балів – високий рівень тривоги

### **Шкала життєстійкості**

Метою шкали життєстійкості (модифікація опитувальника Форверга на контактність Т. О. Ларіної) є визначення рівня осмисленості та сформованості особистісних складових життєстійкості, які проявляються у спілкуванні. Шкала є часто застосованою в Україні різними науковцями для дорослої і підліткової вікових категорій. Так, наприклад, дана шкала застосовувалась дослідженнях емоційного інтелекту в контексті життєвої самореалізації особистості [85], лідерських якостей для управління командами [86] та інші.

Шкала пропонує оцінити себе за 9 балами, щоб таким чином з'ясувати, якою мірою людині властиві представлені якості. Бал «5» означає, що людині властива ця якість; людина більше віддає, ніж отримує. Бали, розташовані ліворуч від «5», відповідають “зменшенню” цієї властивості, праворуч від «5» – її «збільшенню». Бал «1» – людина зовсім позбавлена цієї властивості. Бал «9» – людині притаманна ця властивість найбільшою мірою.

Ключі до опитувальника «Самооцінка життєстійкості»: перекладаємо отримані відповіді за 9-бальною шкалою. Підраховуємо кількість балів за кожним пунктом. Отримуємо рівні осмисленості та сформованості складових життєстійкості:

- 9–18 балів – низький рівень осмисленості та сформованості життєстійкості;
- 19–40 балів – середній ступінь вираженості життєстійкості;
- 41–54 бали – життєстійкість є характерною для Вас рисою;
- 55–72 бали – у Вас активно проявляється життєстійкість в орієнтації на співробітництво, у здатності самостійно знаходити шляхи вирішення проблем.

- 73–81 бал – ця властивість притаманна Вам повною мірою. Ви готові до подолання життєвих труднощів, вирішення проблем, орієнтовані в майбутнє.

### Надійність даних

Приступаючи до роботи з даними, ми в першу чергу оцінили якість зібраних нами даних за обраними методиками. Проводячи аналіз надійності для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5), було встановлено достатньо гарну надійність для шкали Симптоми уникнення (Альфа Кронбаха = 0.731) та високу надійність для решти шкал (Альфа Кронбаха  $\geq 0.781$ ).

Таблиця 2.1.

Аналіз надійності за шкалами опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5)

Шкала	Альфа Кронбаха
Симптоми інтрузії	0.874
Симптоми уникнення	0.731
Негативні думки та емоції	0.851
Симптоми надмірної реактивності	0.787
Травматична подія	0.923

Для шкали тривоги Бека було встановлено дуже високий рівень надійності (Альфа Кронбаха = 0.923).

Таблиця 2.2.

## Аналіз надійності за шкалою тривоги Бека

Шкала	Альфа Кронбаха
Тривога	0.923

Для шкали Життестійкість також було встановлено високий рівень надійності (Альфа Кронбаха = 0.850).

Таблиця 2.3.

## Аналіз надійності за опитувальником “Самооцінка життестійкості”

Шкала	Альфа Кронбаха
Життестійкість	0.850

На основі встановлених коефіцієнтів Альфа Кронбаха можемо зробити висновок, що дослідження є надійним та таким, на основі якого можна спостерігати певні тенденції для відповідної групи респондентів.

**Висновки до розділу II**

В рамках нашого дослідження було залучено 95 респондентів, серед яких 40 утворюють експериментальну групу, що складається з осіб, які проживають на території можливих бойових дій. Решта 55 респондентів входять до контрольної групи, яка включає осіб, що змінили місце проживання з території можливих бойових дій. Географічне розташування респондентів включає Запорізьку, Сумську, Донецьку, Харківську, Київську та Одеську області.

Для дослідження були використані 3 верифіковані в Україні методики дослідження - PCL-5 для самодіагностування ПТСР, шкала тривоги Бека та

шкала життєстійкості (модифікація опитувальника Форверга на контактність Т. О. Ларіної).

Опитувальник PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) є стандартизованим інструментом для самодіагностики посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM-5. Він містить 20 питань, які оцінюють частоту та інтенсивність симптомів ПТСР протягом останнього місяця. PCL-5 забезпечує точну та надійну оцінку симптомів ПТСР, що особливо важливо в умовах війни. Цей інструмент дозволяє людям самостійно оцінити свої симптоми, що є критично важливим у контексті обмеженого доступу.

Шкала тривоги Бека – це інструмент для оцінки інтенсивності тривожних симптомів. Вона складається з 21 питання, які оцінюють різні аспекти тривожності, включаючи фізичні, емоційні та когнітивні прояви. Шкала має високу чутливість і специфічність у виявленні тривожних розладів, що робить її ефективним інструментом для діагностики тривожності у різних групах населення. Методика пройшла адаптацію та верифікацію в Україні, що забезпечує її надійність та валідність.

Шкала життєстійкості, модифікована Т. О. Ларіною, базується на опитувальнику Форверга і оцінює рівень життєстійкості та здатність до адаптації в умовах стресу. Вона включає питання, що оцінюють різні аспекти життєстійкості, такі як оптимізм, саморегуляція, соціальна підтримка та контроль над життям. Ця шкала забезпечує комплексну оцінку життєстійкості, враховуючи культурні та соціальні особливості українського суспільства. Методика пройшла адаптацію та верифікацію в Україні, що підвищує точність оцінки життєстійкості в українських респондентів.

Вибір цих трьох методик для дослідження є обґрунтованим, оскільки вони забезпечують комплексну та надійну оцінку ключових аспектів психічного здоров'я та життєстійкості. Концентрація на перевірених і адаптованих інструментах дозволяє отримати достовірні результати і розробити ефективні стратегії підтримки та лікування населення в умовах війни.

Високі показники коефіцієнтів Альфа Кронбаха ( $>0,85$ ) для використовуваних методик підтверджують надійність нашого дослідження. Це дозволяє з упевненістю використовувати отримані дані для аналізу та спостереження тенденцій у відповідних групах респондентів, забезпечуючи основи для подальших досліджень і розробки інтервенційних стратегій.

## **РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ СУБ'ЄКТИВНИХ ПРОЯВІВ ПТСР В УМОВАХ ВІЙНИ**

### **3.1. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження Надійність даних**

#### **Кореляційні зв'язки між шкалами обраних методик**

Завдання нашої роботи – встановити вплив тривожності, життєстійкості на рівень ПТСР, тому ми застосували відразу кореляційний аналіз. Кореляційний аналіз є ефективним інструментом для оцінки зв'язків між кількісними змінними. Це дозволяє визначити, як зміни в одній змінній пов'язані зі змінами в іншій змінній, що є критично важливим для нашого дослідження.

Враховуючи відсутність нормального розподілу даних, ми вирішили використати коефіцієнт кореляції Спірмена. Цей коефіцієнт є непараметричним аналогом коефіцієнта кореляції Пірсона і не вимагає нормального розподілу змінних. Він базується на рангових даних і є більш стійким до впливу екстремальних значень.

Отримані коефіцієнти кореляції Спірмена були проаналізовані для визначення наявності значущих взаємозв'язків між змінними. Високі значення коефіцієнтів вказують на сильний зв'язок між змінними, тоді як низькі або нульові значення свідчать про слабкий або відсутній зв'язок.

Таблиця 3.1.

Перевірка розподілу на нормальність для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5), шкали тривоги Бека та опитувальника “Самооцінка життєстійкості”

	Експериментальна			Контрольна		
	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Симптоми інтрузії	0.966	0.259	нормальний	0.956	0.040	не нормальний
Симптоми уникнення	0.919	0.007	не нормальний	0.904	< .001	не нормальний
Негативні думки та емоції	0.940	0.034	не нормальний	0.901	< .001	не нормальний
Симптоми надмірної реактивності	0.984	0.846	нормальний	0.951	0.025	не нормальний
Травматична подія	0.949	0.073	нормальний	0.944	0.013	не нормальний
Тривога	0.960	0.172	нормальний	0.913	< .001	не нормальний
Життєстійкість	0.940	0.034	не нормальний	0.953	0.032	не нормальний

При проведенні кореляційного аналізу шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР зі шкалою тривоги Бека та опитувальником “Самооцінка життєстійкості” на експериментальній групі було встановлено:

Тривога позитивно корелює зі шкалами Симптоми інтрузії (коэф. Спірмена = 0.700 \*\*\*,  $p < .001$ ), Негативні думки та емоції (коэф. Спірмена = 0.482 \*\*,  $p = 0.002$ ), Симптоми надмірної реактивності (коэф. Спірмена = 0.676 \*\*\*,  $p < .001$ ) та з Інтегральною шкалою Травматична подія (коэф. Спірмена = 0.704 \*\*\*,  $p < .001$ ).

Не було встановлено кореляційних зв'язків життєстійкості з симптомами ПТСР в експериментальній групі.

Таблиця 3.2.

Кореляційні зв'язки шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) зі шкалою тривоги Бека та опитувальником “Самооцінка життєстійкості” (експериментальна група)

Симптоми ПТСР	Коефіцієнт	Тривога	Життєстійкість
Симптоми інтрузії	коэф. Спірмена	0.700 ***	-0.270
	p	< .001	0.092
Симптоми уникнення	коэф. Спірмена	0.308	0.103
	p	0.053	0.529
Негативні думки та емоції	коэф. Спірмена	0.482 **	-0.203
	p	0.002	0.209
Симптоми надмірної реактивності	коэф. Спірмена	0.676 ***	0.035
	p	< .001	0.828
Травматична подія	коэф. Спірмена	0.704 ***	-0.110
	p	< .001	0.499

Кореляційні зв'язки показують взаємозв'язок ПТСР та тривожності та відсутність взаємозв'язку між ПТСР та життєстійкістю у експериментальній групі. З цього слідує що, чим більш тривожна людина, тим більша ймовірність у неї отримати розлад враховуючи такі характеристики



тривожності як звужений фокус уваги, замкнутість, гіперболізацію небезпеки тощо, що є позитивним ґрунтом для отримання ПТСР. Разом з тим, тут також може працювати і зворотній ефект. Якщо людина з тривожністю в нормі потрапила в травматичну подію і отримала розлад, у неї може бути підвищена тривожність через цю травму. Як показує таблиця, життєстійкість не впливає на ПТСР можливо тому, що кількість респондентів з наявною повною мірою життєстійкістю знаходяться на рівні 9-11%. Або ж дані параметри життєстійкості однозначно не впливають на ПТСР та тривожність і потребують глибшого дослідження.

При проведенні кореляційного аналізу шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР зі шкалою тривоги Бека та опитувальником “Самооцінка життєстійкості” на контрольній групі було встановлено:

- Тривога позитивно корелює з усіма шкалами симптомів ПТСР: Симптоми інтрузії (коєф. Спірмена = 0.721 \*\*\*,  $p < .001$ ), Симптоми уникнення (коєф. Спірмена = 0.433 \*\*\*,  $p < .001$ ), Негативні думки та емоції (коєф. Спірмена = 0.678 \*\*\*,  $p < .001$ ), Симптоми надмірної реактивності (коєф. Спірмена = 0.771 \*\*\*,  $p < .001$ ) та з Інтегральною шкалою Травматична подія (коєф. Спірмена = 0.816 \*\*\*,  $p < .001$ );
- Життєстійкість негативно корелює зі шкалами Негативні думки та емоції (коєф. Спірмена = -0.422 \*\*,  $p = 0.001$ ), Симптоми надмірної реактивності (коєф. Спірмена = -0.354 \*\*,  $p = 0.008$ ) та з інтегральною шкалою Травматична подія (коєф. Спірмена = -0.341 \*,  $p = 0.011$ ).

Відповідно до результатів контрольної групи взаємозв'язок ПТСР та тривоги підтверджується. Щодо життєстійкості у контрольної групи прослідковується негативна кореляція, яка означає, що чим вищий рівень симптомів ПТСР, тим нижчий рівень життєстійкості.

Таблиця 3.3.

Кореляційні зв'язки шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) зі шкалою тривоги Бека та опитувальником “Самооцінка життєстійкості” (контрольна група)

Симптоми ПТСР	Коефіцієнт	Тривога	Життєстійкість
Симптоми інтрузії	коэф. Спірмена	0.721 ***	-0.143
	p	< .001	0.298
Симптоми уникнення	коэф. Спірмена	0.433 ***	-0.242
	p	< .001	0.075
Негативні думки та емоції	коэф. Спірмена	0.678 ***	-0.422 **
	p	< .001	0.001
Симптоми надмірної реактивності	коэф. Спірмена	0.771 ***	-0.354 **
	p	< .001	0.008
Травматична подія	коэф. Спірмена	0.816 ***	-0.341 *
	p	< .001	0.011

### **Особливості проявів симптомів ПТСР, тривоги та життєстійкості у досліджуваних з різними соціально-демографічними показниками та способом життя**

Разом зі збором досліджуваних даних за методиками ми збирали чимало особистих анкетних даних респондентів, серед яких були соціально-демографічні дані, а також питання, що пов'язані зі способами, котрі подекуди використовують у боротьбі зі стресом: вживання заспокійливих, алкоголю та зрештою звернення за психологічною допомогою. Тому наступним кроком ми досліджували вплив цих факторів на симптоми ПТСР. І в першу чергу ми дослідили взаємозв'язки з тими анкетними

даними, з яких вийшло утворити метричні шкали, а саме: Вік, Рівень освіти та утворена нами шкала Свобода в роботі (для якої 1 – наймані працівники, 2 – фрілансери, 3 – підприємці).

Проте не було встановлено взаємозв'язків віку, рівня освіти та свободи в роботі із симптомами ПТСР на експериментальній групі. Ймовірно для даної групи ці показники не мають однозначного впливу.

Таблиця 3.4.

Кореляційні зв'язки метричних шкал, утворених з анкетних даних зі шкалами опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5)  
(експериментальна група)

<b>Показник</b>	<b>Коефіцієнт</b>	<b>Вік</b>	<b>Рівень освіти</b>	<b>Свобода в роботі</b>
Симптоми інтрузії	коэф. Спірмена	-0.131	0.144	0.009
	p	0.422	0.377	0.962
Симптоми уникнення	коэф. Спірмена	0.134	0.049	-0.145
	p	0.408	0.765	0.436
Негативні думки та емоції	коэф. Спірмена	-0.244	-0.075	0.037
	p	0.129	0.647	0.845
Симптоми надмірної реактивності	коэф. Спірмена	-0.032	0.126	0.294
	p	0.846	0.440	0.108
Травматична подія	коэф. Спірмена	-0.156	0.111	0.139
	p	0.336	0.495	0.457

Натомість в контрольній групі було встановлено:

- Рівень освіти негативно корелює зі шкалами Симптоми інтрузії (коэф. Спірмена = -0.331 \*,  $p = 0.014$ ) та Травматична подія (коэф. Спірмена = -0.283 \*,  $p = 0.036$ );
- Свобода в роботі негативно корелює зі шкалою Симптоми інтрузії (коэф. Спірмена = -0.387 \*,  $p = 0.014$ ).

Якщо спиратись на дані контрольної групи, то негативна кореляція проявів ПТСР показує наступну тенденцію: чим вищий рівень освіти, тим нижча ймовірність бути учасником травматичної події або сприймати її як травматичну, а також нижчий рівень симптомів інтрузії. Це можна пояснити тим, що освіта надає людині кращі когнітивні навички та здатність до аналізу ситуацій, що може допомогти у зниженні сприйняття події як травматичної та зменшенні симптомів інтрузії. Освіта розширює кругозір, надає навички критичного мислення та сприяє розвитку емоційної стійкості. Це допомагає людям краще справлятися зі стресовими ситуаціями та знижувати ймовірність розвитку ПТСР після травматичних подій. Окрім того, люди з вищим рівнем освіти мають більше ресурсів для пошуку допомоги та підтримки. Це також підтверджується дослідженнями інших науковців [37; 46].

Наявність свободи у виконанні роботи сприяє зниженню симптомів інтрузії, оскільки дозволяє працівникам краще контролювати своє робоче середовище, знижуючи стрес та підвищуючи почуття власної ефективності та безпеки. Свобода у виконанні роботи дозволяє працівникам організувати свій робочий час та завдання таким чином, щоб знизити навантаження та запобігти вигоранню, що також сприяє покращенню психічного здоров'я. Крім того, свобода в роботі розвиває в людини відповідальність за власне життя та результати діяльності, а отже стимулює

мислити наперед, шукати можливості, розвивати соціальні зв'язки для вирішення питань різного характеру. Респондент/ка, який/яка бере за життя на себе більше відповідальності (постійно навчається, підвищує рівень освіти, має власну справу, або є самозайнятою особою), самостійно більше впливає на своє життя, є більш стійким/ю до травматичних подій, міг/могла розвинути більшу резильєнтність. Оскільки це є характерно більше для контрольної групи і не проявляється в експериментальній, щоб підтвердити дану гіпотезу, потрібні додаткові дослідження у цій сфері.

Таблиця 3.5.

Кореляційні зв'язки метричних шкал, утворених з анкетних даних зі  
шкалами опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5)  
(контрольна група)

<b>Симптоми</b>	<b>Коефіцієнт</b>	<b>Вік</b>	<b>Рівень освіти</b>	<b>Свобода в роботі</b>
Симптоми інтрузії	коэф. Спірмена	0.178	-0.331 *	-0.387 *
	p	0.194	0.014	0.014
Симптоми уникнення	коэф. Спірмена	0.220	-0.254	-0.195
	p	0.106	0.062	0.228
Негативні думки та емоції	коэф. Спірмена	-0.019	-0.260	-0.212
	p	0.889	0.056	0.190
Симптоми надмірної реактивності	коэф. Спірмена	-0.015	-0.121	-0.141
	p	0.916	0.381	0.384
Травматична подія	коэф. Спірмена	0.118	-0.283 *	-0.280
	p	0.391	0.036	0.080

Проводячи при цьому однофакторний дисперсійний аналіз для порівняння чотирьох груп, утворених по типу зайнятості (безробітні, наймані працівники, фрілансери, підприємці), підтвердилась відмінність за шкалою Симптоми інтрузії.

Таблиця 3.6.

Результати однофакторного дисперсійного аналізу (критерій Уелча) для Симптома інтрузії в групах, утворених по типу зайнятості (контрольна група)

	F	df1	df2	p
Симптоми інтрузії	3.89	3	21.3	0.023

Зважаючи на результати апостеріорного тесту, бачимо, що встановлено відмінність саме між найманими працівниками та підприємцями (Різниця середніх = 4.10,  $p = 0.043$ ).

Отримані результати свідчать про те, що тип зайнятості може мати вплив на рівень симптомів інтрузії у контрольній групі. Зокрема, наймані працівники та підприємці демонструють значущі відмінності у рівні цих симптомів.

Можливо, наймані працівники можуть відчувати вищий рівень стресу через відсутність контролю над робочими умовами, що може призводити до більш виражених симптомів інтрузії. У підприємців, навпаки, може бути більше контролю над власним робочим середовищем, що може знижувати рівень стресу і відповідно симптоми інтрузії.

Таблиця 3.7.

Результати апостеріорного тесту при проведенні однофакторного дисперсійного аналізу для Симптома інтрузії в групах, утворених по типу зайнятості (контрольна група)

		безробітні	наймані працівники	підприємці	фрілансери
безробітні	Різниця середніх	—	0.746	4.85	4.586
	p	—	0.987	0.153	0.199
наймані працівники	Різниця середніх		—	4.10	3.840
	p		—	0.043	0.085
підприємці	Різниця середніх			—	-0.261
	p			—	0.997
фрілансери	Різниця середніх				—
	p				—

Результати даного дослідження можуть бути корисними для розробки цілеспрямованих програм підтримки для різних груп за типом зайнятості. Наприклад, для найманих працівників можуть бути розроблені програми зниження стресу та підвищення психологічної стійкості на робочому місці.

Дані висновки також гарно ілюструються коробковими діаграмами (Рисунок 3.1), де видно, що наймані працівники мають вищий рівень за шкалою Симптоми інтрузії ніж підприємці.

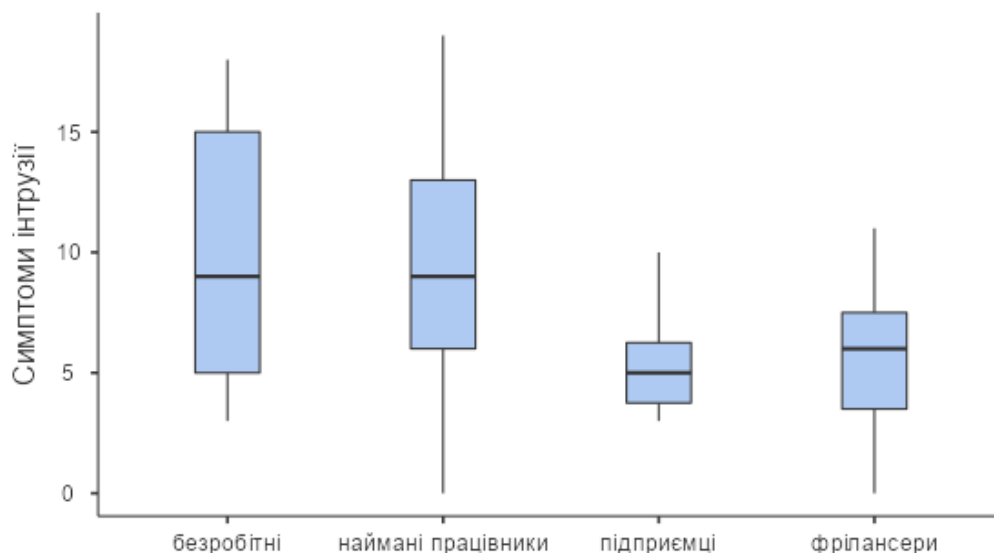


Рисунок 3.1. Коробкові діаграми для шкали Симптоми інтрузії в групах, утворених за типом зайнятості (контрольна група)

При цьому застосовуючи однофакторний дисперсійний аналіз на інших шкалах експериментальної та контрольної групи, не було встановлено відмінностей в групах, утворених по типу зайнятості.

Після цього ми перейшли до встановлення відмінностей між двома групами, утвореними за соціально-демографічними даними жінок та чоловіків. Гендерні фактори відіграють важливу роль у формуванні психічного здоров'я та впливають на спосіб, у який людина реагує на стресові та травматичні події.

Розуміння гендерних відмінностей у психічному здоров'ї може допомогти у розробці цілеспрямованих програм підтримки, які враховують специфічні потреби жінок та чоловіків. Це також може сприяти покращенню методів психологічної допомоги та терапії, роблячи їх більш ефективними для кожної групи.



Таблиця 3.8.

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за статтю, для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5)(експериментальна група)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	t-критерій Стьюдента	1.075	37.0	0.289	чоловіки $\neq$ жінки
Симптоми уникнення	U критерій Манна-Уїтні	101		0.020	чоловіки $\neq$ жінки
Негативні думки та емоції	t-критерій Стьюдента	0.786	37.0	0.437	чоловіки $\neq$ жінки
Симптоми надмірної реактивності	t-критерій Уелча	0.768	22.3	0.451	чоловіки $\neq$ жінки
Травматична подія	t-критерій Стьюдента	1.216	37.0	0.232	чоловіки $\neq$ жінки

Порівнюючи чоловіків та жінок за шкалою PCL-5, було встановлено відмінність за шкалою Симптоми уникнення. Як бачимо з діаграм, жінки мають вищі рівні симптомів ПТСР, ніж чоловіки.

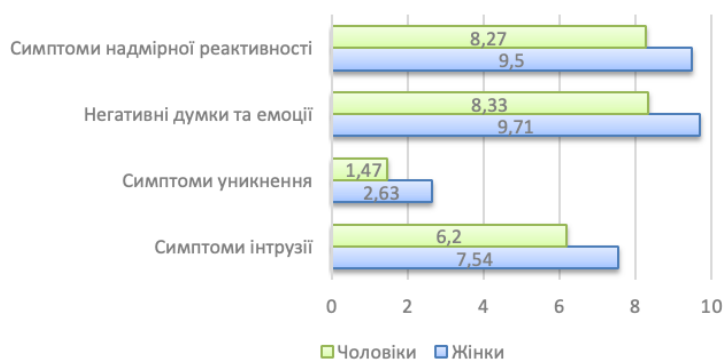


Рисунок 3.2. Діаграми середніх в групах жінок та чоловіків для субшкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (експериментальна група)

На контрольній групі між чоловіками та жінками були встановлені відмінності за шкалами Симптоми інтрузії та інтегральною шкалою Травматична подія.

Таблиця 3.9.

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за статтю, для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5)

(контрольна група)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	t-критерій Уелча	4.4036	38.5	< 0.001	чоловіки ≠ жінки
Симптоми уникнення	U критерій Манна-Уїтні	180		0.075	чоловіки ≠ жінки
Негативні думки та емоції	U критерій Манна-Уїтні	179		0.076	чоловіки ≠ жінки
Симптоми надмірної реактивності	t-критерій Стьюдента	1.2465	52.0	0.218	чоловіки ≠ жінки
Травматична подія	U критерій Манна-Уїтні	162		0.034	чоловіки ≠ жінки

Як бачимо з діаграм на рисунку 3.2 та 3.3 експериментальної та контрольної груп, жінки мають вищі рівні проявів симптомів ПТСР ніж чоловіки. Дані результати підтверджують попередні дослідження науковців, що жінки більш схильні отримати ПТСР в результаті травматичних подій [42;43;44]. Крім того, це ще може бути пов'язано з табуованістю серед чоловіків на прояв емоцій. Чоловіки менш схильні

визнавати, що у них можуть бути виклики з психічним станом, що може відповідно впливати на результати дослідження також.

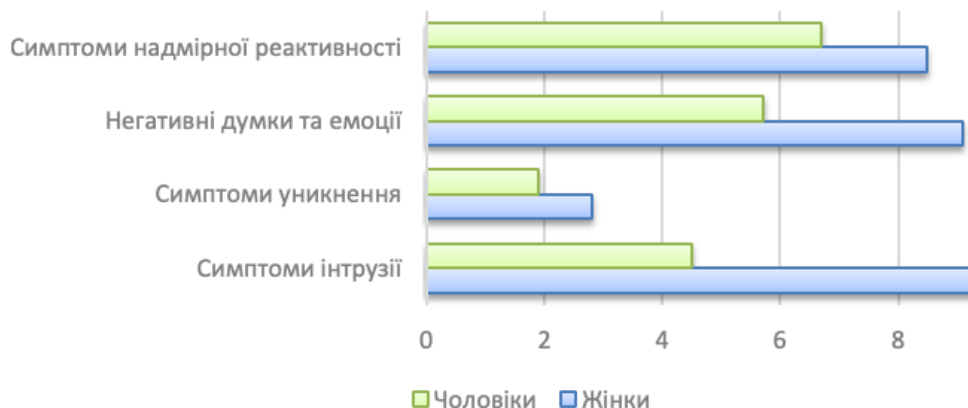


Рисунок 3.3 Діаграми середніх в групах жінок та чоловіків для субшкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (контрольна група)

За інтегральною шкалою Травматична подія жінки відповідно також мають вищий рівень, ніж чоловіки.

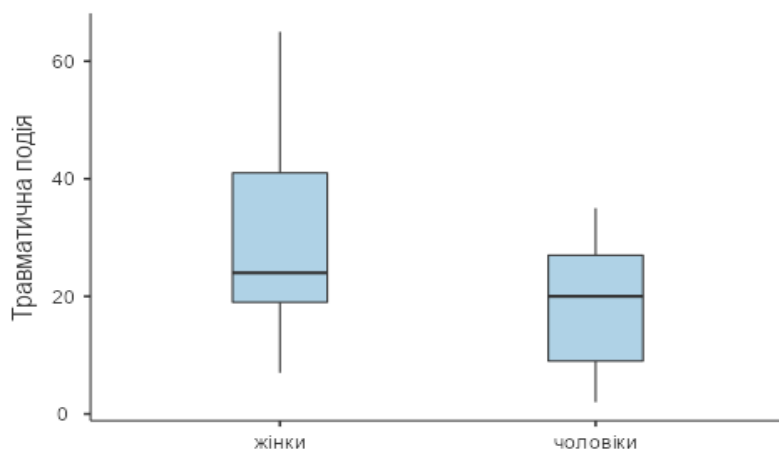


Рисунок 3.4. Коробкові діаграми для жінок та чоловіків за шкалою Травматична подія (контрольна група)

Не було встановлено відмінностей за симптомами ПТСР між тими, хто мають, і хто не мають шлюбу, на експериментальній групі.

Таблиця. 3.10.

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за наявністю шлюбу,  
для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5)  
(експериментальна група)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	t-критерій Стьюдента	-1.4014	38.0	0.169	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу
Симптоми уникнення	t-критерій Стьюдента	-1.5819	38.0	0.122	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу
Негативні думки та емоції	t-критерій Уелча	-0.460	20.0	0.650	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу
Симптоми надмірної реактивності	t-критерій Уелча	-0.152	20.8	0.881	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу
Травматична подія	t-критерій Уелча	-0.743	17.9	0.467	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу

Не було так само встановлено відмінностей за симптомами ПТСР, хто мають та хто не мають шлюбу, і на контрольній групі. Такий результат може бути наслідком того, що інші соціальні зв'язки у даної групи респондентів добре розвинуті, тобто підтримку, безпечне середовище тощо, люди, які не мають шлюбу, можуть отримати через інші зв'язки. Можливо також це пов'язано з якістю взаємозв'язків у шлюбі.

Таблиця 3.11.

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за наявністю шлюбу,  
для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5)

(контрольна група)

Шкала	Критерій	Статистика	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	U критерій Манна-Уїтні	234	0.874	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу
Симптоми уникнення	U критерій Манна-Уїтні	202	0.391	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу
Негативні думки та емоції	U критерій Манна-Уїтні	213	0.540	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу
Симптоми надмірної реактивності	U критерій Манна-Уїтні	228	0.768	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу
Травматична подія	U критерій Манна-Уїтні	240	0.975	мають шлюб $\neq$ не мають шлюбу

Не було також встановлено відмінностей в групах, утворених за віком, ані на експериментальній, ані на контрольній групах. Це підтверджується деякими дослідженнями [45]. В той же час деяким суперечить [46]. Це може бути пов'язано з тим, що переважна більшість респондентів є віком від 25 до 45 років, тому дана вибірка може не враховувати особливості підліткового та похилого віку, які за попередніми дослідженнями мають більшу схильність до ПТСР.

В подальшому ми перейшли до способів боротьби зі стресом, котрі можуть використовувати досліджувані.

Досліджуючи відмінності між тими, хто приймають та хто не приймають заспокійливі, на експериментальній групі було встановлено, що дані підгрупи розрізняються за шкалами Симптоми інтрузії та Симптоми уникнення.

Таблиця 3.12.

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за споживанням заспокійливих, для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (експериментальна група)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	t-критерій Стьюдента	-2.167	38.0	0.037	приймають заспокійливі $\neq$ не приймають
Симптоми уникнення	t-критерій Стьюдента	-2.684	38.0	0.011	приймають заспокійливі $\neq$ не приймають
Негативні думки та емоції	U критерій Манна-Уїтні	139.0		0.179	приймають заспокійливі $\neq$ не приймають
Симптоми надмірної реактивності	t-критерій Стьюдента	-0.748	38.0	0.459	приймають заспокійливі $\neq$ не приймають
Травматична подія	t-критерій Стьюдента	-1.699	38.0	0.097	приймають заспокійливі $\neq$ не приймають

Респонденти, котрі приймають заспокійливі, встановлено достовірніше вищий рівень за шкалами Симптоми інтрузії та Симптоми уникнення ніж у досліджуваних, котрі не приймають заспокійливі.

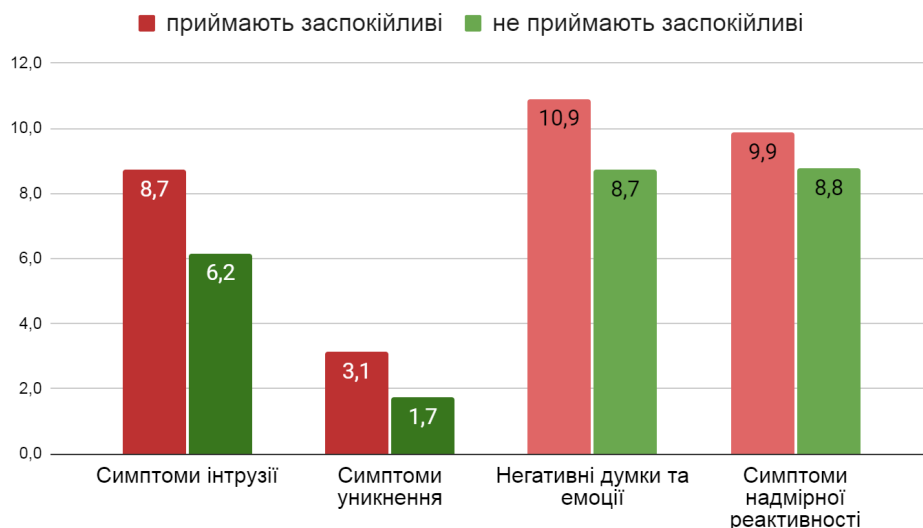


Рисунок 3.5. Діаграми середніх в групах тих, хто приймають та хто не приймають заспокійливі для субшкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (експериментальна група)

На контрольній групі при цьому було встановлено відмінності між тими, хто приймають та хто не приймають заспокійливі, практично за кожною зі шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР: Симптоми інтрузії, Симптоми уникнення, Негативні думки та емоції та Травматична подія.

Таблиця 3.13

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за споживанням  
заспокійливих, для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5)  
(контрольна група)

Шкала	Критерій	Статистика	р- рівень	р	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	U критерій Манна-Уїтні	274	0.228	0.034	приймають заспокійливі ≠ не приймають
Симптоми уникнення	U критерій Манна-Уїтні	293	0.377	0.002	приймають заспокійливі ≠ не приймають
Негативні думки та емоції	U критерій Манна-Уїтні	288	0.337	0.002	приймають заспокійливі ≠ не приймають
Симптоми надмірної реактивності	U критерій Манна-Уїтні	281	0.279	0.149	приймають заспокійливі ≠ не приймають
Травматична подія	U критерій Манна-Уїтні	272	0.215	0.021	приймають заспокійливі ≠ не приймають

Контрольна група підтвердила, що респонденти, котрі приймають заспокійливі, мають достовірно вищий рівень проявів симптомів ПТСР. Можливо це пов'язано з тим, що респонденти, відчуваючи дані прояви, тому й звертаються до лікарів і починають вживати заспокійливі. Ймовірно респонденти саме знаходяться на етапі лікування розладу.



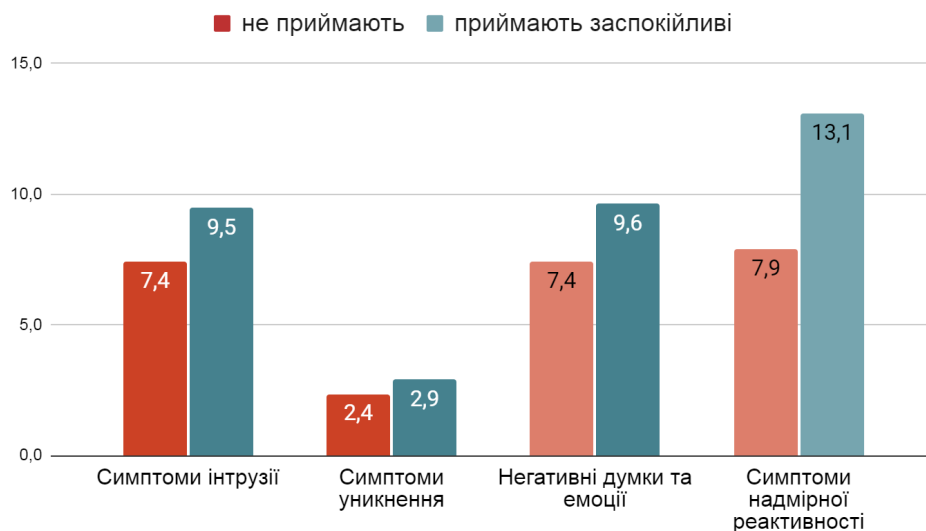


Рисунок 3.6. Діаграми середніх в групах тих, хто приймають та хто не приймають заспокійливі для субшкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (контрольна група)

Зрештою досліджувані, котрі приймають заспокійливі, мають достовірно вищий рівень за інтегральною шкалою Травматична подія.

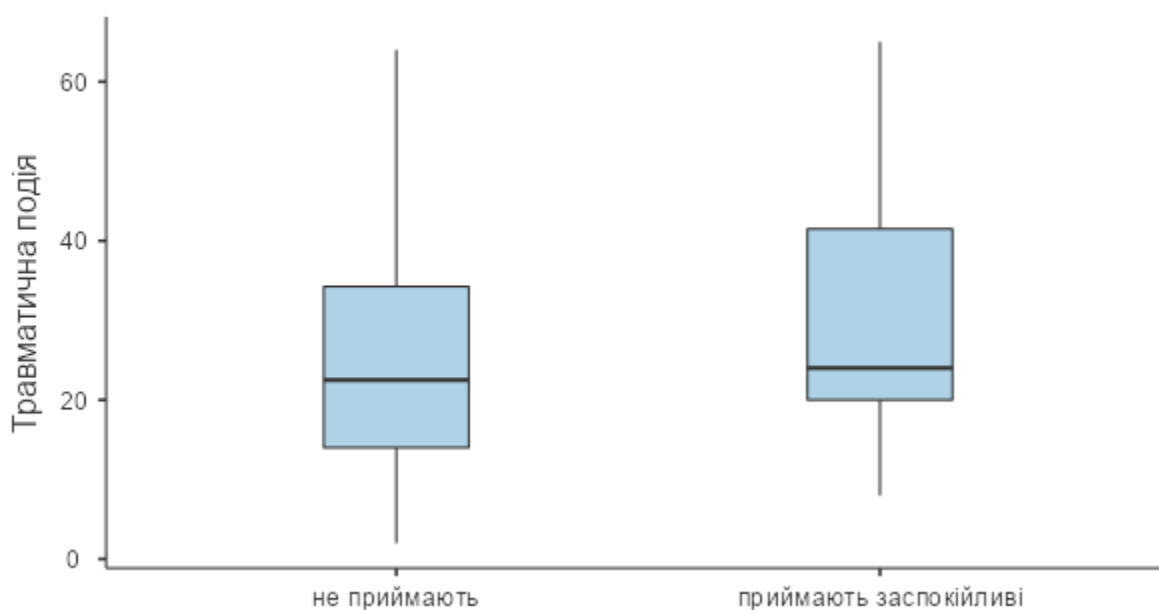


Рисунок 3.7. Коробкові діаграми для шкали Травматична подія в групах тих, хто приймають та хто не приймають заспокійливі (контрольна група)

Досліджуючи відмінності між тими, хто стали частіше вживати алкоголь та тими, хто не спостерігали за собою такої тенденції, на експериментальній групі було встановлено відмінності за кожною зі шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5).

Таблиця 3.14.

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за споживанням алкоголю, для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5),  
(експериментальна група)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	р	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	t-критерій Стьюдента	-3.080	36.0	0.004	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше
Симптоми уникнення	U критерій Манна-Уїтні	51.0		0.029	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше
Негативні думки та емоції	U критерій Манна-Уїтні	27.5		0.002	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше
Симптоми надмірної реактивності	t-критерій Стьюдента	-3.258	36.0	0.002	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше
Травматична подія	U критерій Манна-Уїтні	21.0		0.001	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше

За кожною з субшкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5), респонденти, котрі стали частіше вживати алкоголь, мають вищий рівень ніж досліджувані, котрі не стали вживати частіше.

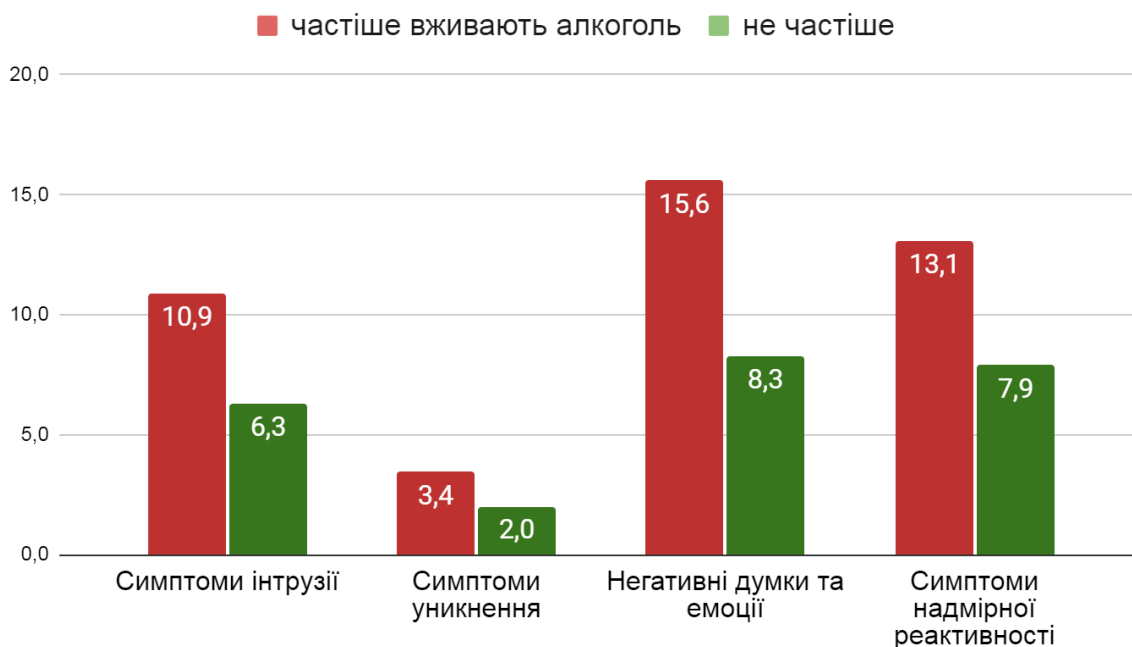


Рисунок 3.8. Діаграми середніх в групах тих, хто стали частіше вживати алкоголь і тих, хто не стали частіше робити цього, для субшкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (експериментальна група)

З таблиць 3.14 та 3.15, ми можемо зробити висновок, що респонденти, які почали більше вживати алкоголь у обох групах, мають вищий рівень проявів симптомів ПТСР. Це ймовірно пов'язано з тим, що алкоголь на певний період може притуплювати дані симптоми.

Таблиця 3.15.

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за споживанням алкоголю, для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5),  
(контрольна група)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	U критерій Манна-Уїтні	175		0.111	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше
Симптоми уникнення	t-критерій Стьюдента	0.4277	52.0	0.671	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше
Негативні думки та емоції	t-критерій Стьюдента	0.5400	52.0	0.592	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше
Симптоми надмірної реактивності	U критерій Манна-Уїтні	236		0.738	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше
Травматична подія	t-критерій Стьюдента	0.6807	52.0	0.499	стали частіше вживати алкоголь $\neq$ не частіше

Відмінності між групами особливо помітно в коробкових діаграмах. Як бачимо з рисунку 3.9 ті, хто стали частіше вживати алкоголь, мають вищі рівні за шкалами Травматична подія ніж ті, хто не стали вживати частіше, як за мінімумом, максимумом, так і медіаною, нижньою та верхньою кuartиллю.

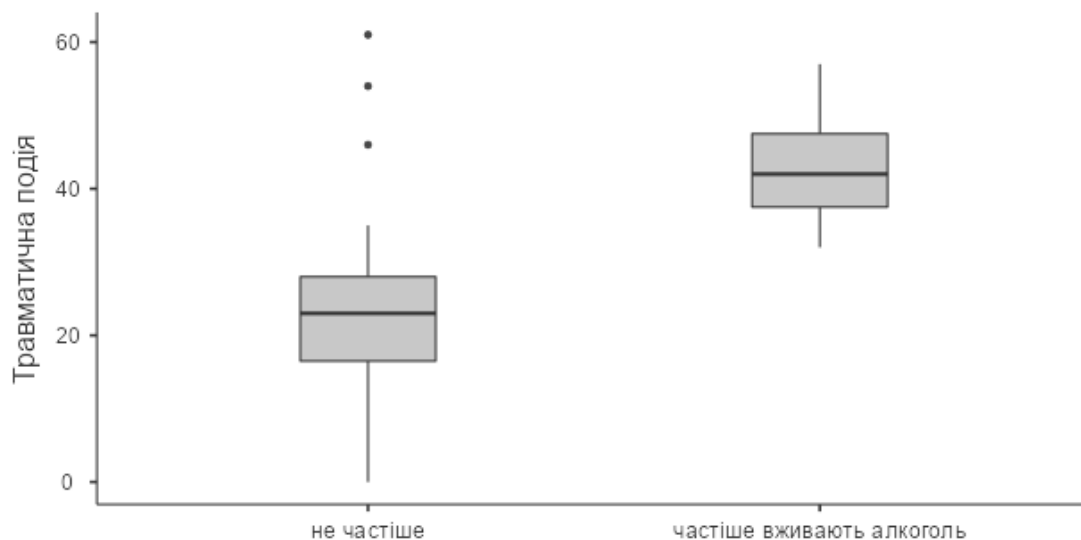


Рисунок 3.9. Коробкові діаграми за шкалою Травматична подія в групах тих, хто стали частіше вживати алкоголь, та хто не стали вживати частіше (експериментальна група)

Порівнюючи підгрупи, утворені за частотою звернення за психологічною підтримкою (не отримують та отримують: періодично чи точково звертались за підтримкою), було встановлено відмінності за шкалами: Симптоми уникнення, Негативні думки та емоції та Травматична подія.

Таблиця 3.16.

Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за наявності звернень за психологічною допомогою, для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (експериментальна група)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	t-критерій Стьюдента	-1.855	38.0	0.071	отримують психологічну допомогу $\neq$ не отримують
Симптоми уникнення	t-критерій Стьюдента	-2.862	38.0	0.007	отримують психологічну допомогу $\neq$ не отримують
Негативні думки та емоції	t-критерій Стьюдента	-2.775	38.0	0.009	отримують психологічну допомогу $\neq$ не отримують
Симптоми надмірної реактивності	t-критерій Стьюдента	-0.993	38.0	0.327	отримують психологічну допомогу $\neq$ не отримують
Травматична подія	t-критерій Стьюдента	-2.412	38.0	0.021	отримують психологічну допомогу $\neq$ не отримують

Таблиця 3.16 містить кількісні дані, які підкріплюють висновки з рисунків нижче. У цій таблиці наведено значення, що відображають взаємозв'язок між рівнем симптомів та кількістю отриманої психологічної допомоги.

Результати аналізу вказують на те, що респонденти звертаються за психологічною допомогою частіше, коли їхні симптоми ПТСР або тривожності стають вираженими. Це може бути пояснено тим, що люди схильні шукати допомогу тоді, коли симптоми починають суттєво впливати на їхнє повсякденне життя та функціонування.

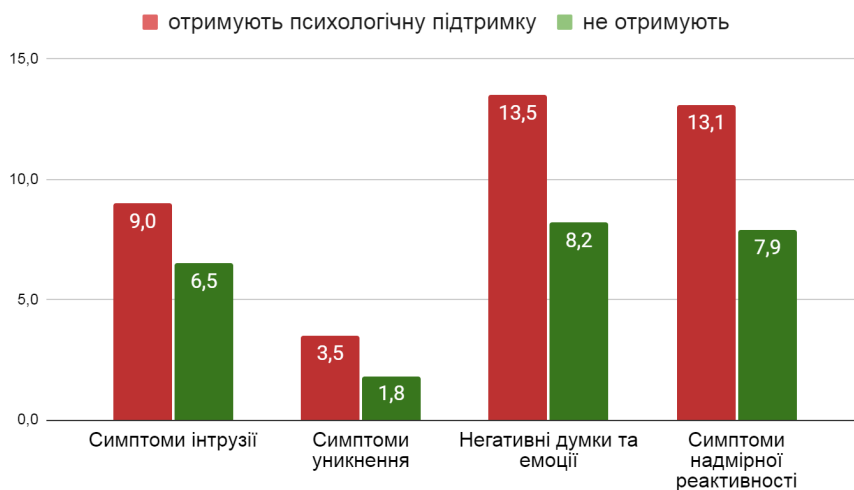


Рисунок 3.10. Діаграми середніх в групах тих, хто отримують та хто не отримують психологічну підтримку, для субшкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (експериментальна група)

Ймовірно, експериментальна група респондентів звертається за психологічною допомогою саме тоді, коли має виражені симптоми ПТСР та підвищену тривожність. Це може свідчити про те, що респонденти починають усвідомлювати потребу у допомозі лише на певному рівні тяжкості симптомів.

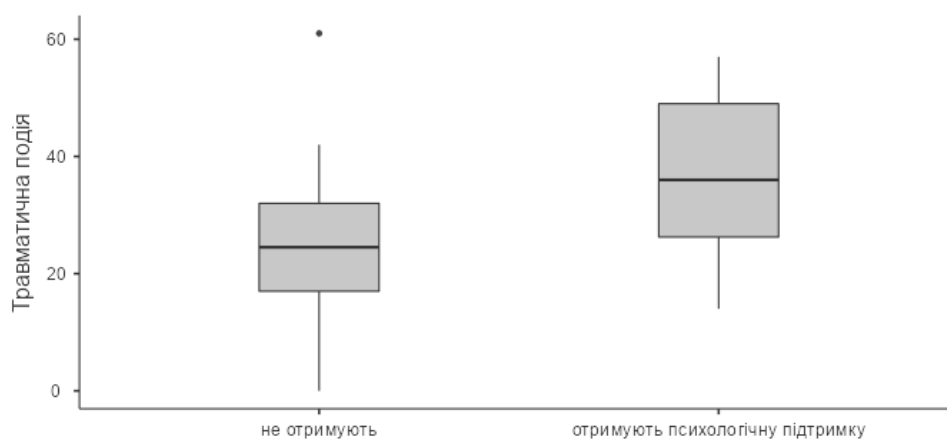


Рисунок 3.11. Коробкові діаграми за шкалою Травматична подія в групах тих, хто отримують психологічну підтримку та тих, хто не отримують (експериментальна група)

Можливо, респонденти з меншими симптомами або на ранніх стадіях ПТСР не завжди розпізнають необхідність у професійній допомозі або не мають доступу до неї.

На контрольній групі при цьому не було встановлено жодних відмінностей між цими групами за обраними методиками.

Таблиця. 3.17. Перевірка гіпотез про середні в групах, утворених за наявністю звернень за психологічною допомогою, для шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) (контрольна група)

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Симптоми інтрузії	t-критерій Стьюдента	0.621	53.0	0.538	отримують психологічну допомогу ≠ не отримують
Симптоми уникнення	U критерій Манна-Уїтні	305		0.359	отримують психологічну допомогу ≠ не отримують
Негативні думки та емоції	U критерій Манна-Уїтні	327		0.608	отримують психологічну допомогу ≠ не отримують
Симптоми надмірної реактивності	U критерій Манна-Уїтні	281		0.187	отримують психологічну допомогу ≠ не отримують
Травматична подія	U критерій Манна-Уїтні	324		0.567	отримують психологічну допомогу ≠ не отримують

Ймовірно, що контрольна група мала кращий доступ до психологічної підтримки, тому такого зв'язку тут ми не можемо побачити, як на експериментальній групі. Це також підтверджується тим фактом, що контрольна група частіше звертається по психологічну допомогу, ніж експериментальна, що було описано вище.



### Чинники, що впливають на симптоми ПТСР

Для кожної зі шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР за допомогою множинної лінійної регресії на всій вибірці ми шукали чинники, що найбільше впливають на кожний з симптомів ПТСР. Для побудови моделі були взяті шкали тривоги, життєстійкості, а також кілька шкал з анкетних даних: рівень освіти, свобода в роботі, тип стосунків, вживання заспокійливих, алкоголю та наявність психологічної підтримки. В результаті проведеного аналізу було побудовано моделі для кожної зі шкал опитувальника переліку симптомів ПТСР, проте в кожній з них залишилась лише шкала Тривога, яка робить прямий внесок в кожній з моделей.

Для інтегральної шкали Травматична подія було побудовано модель, яка пояснює 59,2 % дисперсії даної шкали.

Таблиця 3.18

Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Травматична подія на всій вибірці

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.770	0.592

Таблиця 3.19

Модель множинної лінійної регресії для шкали Травматична подія на всій вибірці

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	11.258	1.6737	6.73	< .001
Тривога	0.970	0.0835	11.62	< .001

Тривога є одним із центральних симптомів ПТСР і часто супроводжує інші симптоми цього розладу, такі як нав'язливі спогади, нічні кошмари та перезбудження. Можливо, що тривога є основним чинником, який об'єднує різні симптоми ПТСР і тому має значний вплив на кожну зі шкал.

Інші чинники, такі як життестійкість, рівень освіти, свобода в роботі, тип стосунків, вживання заспокійливих та алкоголю, можливо, мають менш прямий або менш значний вплив на симптоми ПТСР у порівнянні з тривогою. Це може пояснювати, чому ці чинники не виявилися значущими у побудованих моделях.

Для шкали Симптоми інтрузії було побудовано модель, яка пояснює 49,6 % дисперсії даної шкали.

Таблиця 3.20

Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Симптоми інтрузії на всій вибірці

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.705	0.496

Симптоми інтрузії включають нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари та інші неочікувані вторгнення травматичних спогадів у свідомість. Ймовірно ці симптоми тісно пов'язані з рівнем тривоги, оскільки тривожні стани можуть посилювати їх інтенсивність і частоту, і навпаки виникнення відповідних спогадів, підвищує рівень тривоги.

Таблиця 3.21

Модель множинної лінійної регресії для шкали Симптоми інтрузії на всій вибірці

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	3.028	0.5896	5.14	< .001
Тривога	0.282	0.0294	9.57	< .001

Окрім того, тривога активує симпатичну нервову систему, що може призводити до підвищеної чутливості до стресорів і, відповідно, до частішого виникнення інтрузивних спогадів. Ймовірно тому ми спостерігаємо високий вплив тривоги на симптом інтрузії.

Для шкали Симптоми уникнення було побудовано модель, яка пояснює 15,7 % дисперсії даної шкали.

Таблиця 3.22.

Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Симптоми уникнення на всій вибірці

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.397	0.157

Симптоми уникнення є важливою складовою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вони включають поведінку та емоційні реакції, спрямовані на уникнення нагадувань про травматичні події, такі як певні місця, люди, думки або ситуації, які можуть викликати стресові спогади. Ймовірно чим більше проявлені симптоми уникнення, тим менше тривоги відчуває респондент.

Таблиця 3.23.

Модель множинної лінійної регресії для шкали Симптоми уникнення на всій вибірці

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	1.3077	0.3219	4.06	< .001
Тривога	0.0669	0.0161	4.17	< .001

Тривога і уникнення можуть мати різні підґрунтя та механізми дії. Наприклад, уникнення може бути більше пов'язане з когнітивними та поведінковими стратегіями, що не завжди прямо корелює з тривогою.

Ймовірно тому ми спостерігаємо низький вплив тривоги на симптом уникнення.

Для шкали Негативні думки та емоції було побудовано модель, яка пояснює 40 % дисперсії даної шкали.

Таблиця. 3.24.

Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Негативні думки та емоції на всій вибірці

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.633	0.400

Тривога часто супроводжується негативними думками та емоціями, такими як страх, почуття безнадійності, провини та сорому. Люди з високим рівнем тривоги можуть частіше відчувати такі емоції, що пояснює значний вплив тривоги на цю шкалу.

Таблиця 3.25.

Модель множинної лінійної регресії для шкали Негативні думки та емоції на всій вибірці

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	3.228	0.8449	3.82	< .001
Тривога	0.332	0.0421	7.88	< .001

Окрім того тривога може впливати на когнітивні процеси, збільшуючи схильність до негативного мислення та сприйняття. Це може призводити до появи автоматичних негативних думок і емоцій у відповідь на різні стресові ситуації або спогади про травму. Ймовірно тому ми спостерігаємо високий вплив тривоги на негативні думки та емоції.

Для шкали Симптоми надмірної реактивності було побудовано модель, яка пояснює 51,8 % дисперсії даної шкали.

Таблиця 3.26. Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Симптоми надмірної реактивності на всій вибірці

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.720	0.518

Симптоми надмірної реактивності включають дратівливість, вибухи гніву, труднощі зі сном, підвищену пильність і надмірну стартельність.

Таблиця 3.27. Модель множинної лінійної регресії для шкали Симптоми надмірної реактивності на всій вибірці

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	3.694	0.5809	6.36	< .001
Тривога	0.290	0.0290	10.00	< .001

Ці симптоми часто є прямим наслідком підвищеної тривоги, яка активує стресову реакцію організму. Ймовірно тому тривога має значний вплив на надмірну реактивність.

На експериментальній групі для Травматичної події також лишилась лише тривога.

Зрештою для шкали Тривога ми також вирішили побудувати модель множинної лінійної регресії. В якості незалежних змінних було обрано шкали опитувальника переліку симптомів ПТСР (PCL-5) аби визначити ті, що найбільше впливають на формування тривоги.

Було побудовано модель, яка пояснює 66,9 % дисперсії шкали Тривога.

Таблиця 3.27

Коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Тривога на всій вибірці

Модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.818	0.669

Травматичні події часто викликають сильні емоційні реакції, включаючи тривогу. Травма може залишити глибокий відбиток на психіці людини, що призводить до постійного відчуття тривоги та небезпеки. Травматичні події можуть активувати механізми боротьби або втечі, які

залишаються активними навіть після закінчення загрози. Це може призводити до постійного стану підвищеної тривоги, оскільки мозок і тіло залишаються в стані підготовки до можливих загроз. Тому ймовірно ми спостерігаємо такий рівень впливу травматичної події на рівень тривоги.

До даної моделі увійшли шкали Симптоми інтрузії та Симптоми надмірної реактивності, які роблять прямий внесок до шкали Тривога, тобто чим вищий прояв цих симптомів, тим вищий рівень тривоги у досліджуваних.

Таблиця 3.28.

Модель множинної лінійної регресії для шкали Тривога на всій вибірці

Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	-2.37	1.552	-1.53	0.130
Симптоми інтрузії	1.14	0.176	6.46	< .001
Симптоми надмірної реактивності	1.21	0.174	6.91	< .001

В подальшому ми вирішили застосувати експлораторний факторний аналіз задля того, аби встановити як загально пов'язані симптоми ПТСР, тривога та життєстійкість.

При перевірці умов для застосування факторного аналізу на експериментальній групі було встановлено значущість критерію сферичності Барлетта ( $\lambda = 106$ ,  $p < 0.001$ ), а також достатню адекватність



вибірки за критерієм Кайзера-Мейера-Олкіна (КМО = 0.700), що свідчить про доцільність використання факторного аналізу. Тест Барлетта оцінює, чи є кореляційна матриця змінних одиничною (тобто, чи є кореляції між змінними достатньо високими для проведення факторного аналізу). Значущість критерію Барлетта ( $\chi^2 = 106$ ,  $p < 0.001$ ) показує, що кореляції між змінними значущі, і тому можна використовувати факторний аналіз. Критерій Кайзера-Мейера-Олкіна (КМО) оцінює адекватність вибірки для факторного аналізу. Значення КМО = 0.700 свідчить про те, що вибірка є достатньо адекватною для проведення факторного аналізу (значення понад 0.6 вважаються прийнятними).

Результати аналізу показали, що всі змінні, крім шкали життестійкості, мають високі факторні навантаження на один фактор. Це означає, що **симптоми ПТСР і тривога формують єдиний фактор, до якого ці змінні роблять прямий внесок**. Можливо даний фактор може називатись **психологічним стресом** (емоційний і когнітивний стрес, що впливає на психіку в широкому, не обов'язково патологічному контексті) або **психічним дистресом** (більш медичний аспект, пов'язаний із хворобливими станами психіки, які потребують психіатричного втручання). Психологічний стрес об'єднує всі прояви емоційного і психічного напруження, які виникають в результаті травматичних подій. Він включає в себе як симптоми ПТСР (наприклад, інтрузії, уникання, гіпервозбудження), так і загальну тривогу, яка супроводжує ці симптоми.

Психічний дистрес охоплює ширший спектр емоційних і психологічних розладів, викликаних стресом та травмою. Він включає постійне відчуття небезпеки, тривогу, страх, а також специфічні симптоми ПТСР. Даний результат дослідження потрібно вивчати глибше в інших дослідженнях.

Життєстійкість не належить до того ж фактору, що й симптоми ПТСР та тривога. Це може означати, що життєстійкість є окремою змінною, яка не корелює так сильно з симптомами ПТСР і тривогою, як інші змінні.

Таблиця 3.29.

Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних методик  
(експериментальна група)

	Фактор 1	Унікальність
Симптоми інтрузії	0.865	0.251
Симптоми уникнення	0.540	0.708
Негативні думки та емоції	0.793	0.371
Симптоми надмірної реактивності	0.818	0.332
Тривога	0.724	0.475
Життєстійкість		0.992

Факторна структура виявилась простою: всі змінні окрім лише шкали життєстійкості відносяться за високими факторними навантаженнями до

одного фактору і роблять прямий внесок в цей фактор. Даний фактор можна інтерпретувати як підтвердження попередніх висновків.

Відсоток поясненої дисперсії для фактору 1 = 47,8, що означає, що майже половина змін у всіх розглянутих змінних (тривога та симптоми ПТСР) може бути приписана цьому фактору.

Таблиця 3.30. Повна пояснена дисперсія при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних методик (експериментальна група)

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	2.87	47.8	47.8

При перевірці умов для застосування факторного аналізу на контрольній групі було встановлено значущість критерію сферичності Барлетта ( $\chi^2 = 184, p < 0.001$ ), а також достатню адекватність вибірки за критерієм Кайзера - Мейера - Олкіна (КМО = 0.770), що свідчить про доцільність використання факторного аналізу.

Факторна структура виявилась простою: всі змінні відносяться за високими факторними навантаженнями до одного фактору. **Життестійкість робить обернений внесок в цей фактор, а решта шкал – прямий.** Це вказує на те, що з підвищенням життестійкості рівень інших змінних (які мають прямий внесок) зменшується. Ймовірно у контрольній групі життестійкість більш проявлена ніж, в експериментальній. Інші

змінні, такі як тривога і симптоми ПТСР, мають позитивні факторні коефіцієнти, що означає, що з їх підвищенням фактор також зростає.

Таблиця 3.31.

Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних методик (контрольна група)

	Фактор 1	Унікальність
Симптоми інтрузії	0.745	0.445
Симптоми уникнення	0.621	0.615
Негативні думки та емоції	0.927	0.142
Симптоми надмірної реактивності	0.755	0.429
Тривога	0.871	0.242
Життєстійкість	-0.463	0.786

Відсоток поясненої дисперсії для фактору 1 = 55,7. Як і на експериментальній групі, так і на контрольній групі половина змін у всіх розглянутих змінних (тривога та симптоми ПТСР) може бути приписана фактору психологічного стресу чи психічного дистресу.

Таблиця 3.32

Повна пояснена дисперсія при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних методик (контрольна група)

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	3.34	55.7	55.7

При перевірці умов для застосування факторного аналізу на всій вибірці було встановлено значущість критерію сферичності Барлетта ( $\chi^2 = 276, p < 0.001$ ), а також достатню адекватність вибірки за критерієм Кайзера - Мейера - Олкіна ( $KMO = 0.754$ ), що свідчить про доцільність використання факторного аналізу.

Факторна структура виявилась простою: всі змінні відносяться за високими факторними навантаженнями до одного фактору. **Життестійкість робить обернений внесок в цей фактор, а решта шкал – прямий.**

Аналогічним чином як і з контрольною групою, отриманий фактор можна інтерпретувати як те, що симптоми ПТСР та тривоги утворюють єдиний фактор, а життестійкість - обернений до нього. Ймовірно, якщо ми знижуємо рівень тривоги і підвищуємо рівень життестійкості, ми знижуємо прояви ПТСР.

Таблиця 3.33

Факторні навантаження при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних методик (вся вибірка)

	Фактор 1	Унікальність
Симптоми інтрузії	0.786	0.383
Симптоми уникнення	0.585	0.657
Негативні думки та емоції	0.873	0.238
Симптоми надмірної реактивності	0.754	0.431
Тривога	0.827	0.317
Життєстійкість	-0.309	0.904

Відсоток поясненої дисперсії для отриманого фактору = 51,2, що показує значний вплив спільного впливу тривоги та симптомів ПТСР на формування нового фактору.

Таблиця 3.34.

Повна пояснена дисперсія при проведенні експлораторного факторного аналізу на шкалах обраних методик (вся вибірка)

Фактор	SS навантаження	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %
1	03.07	51.2	51.2

Новий фактор може бути інтерпретований як комплексний показник психічного здоров'я, що враховує одночасно і тривожність, і симптоми

ПТСР. Це може бути корисним для подальших досліджень та практичної роботи, оскільки дозволяє більш цілісно оцінювати стан респондентів.

### **3.2. Розробка програми зниження впливу чинників суб'єктивних проявів ПТСР в умовах війни засобами психологічного тренінгу**

На основі результатів попереднього дослідження нами була розроблена програма психологічного тренінгу **“Подолання тривожності: що робити, щоб знайти спокій”**. В основі тренінгу ми взяли саме тривогу, оскільки вона має найвищі показники впливу на ПТСР на основі нашого дослідження та дослідження інших науковців [88]. У структурі тренінгу також присутні і рекомендації щодо підвищення рівня життєстійкості як також елемент впливу на зниження проявів ПТСР. Життєстійкість діє як захисний механізм, який допомагає людям адаптуватися та відновлюватися після стресових подій. Інтеграція технік підвищення життєстійкості може зміцнити психологічну стійкість учасників.

Мета тренінгу: допомогти учасникам пропрацювати свої непрості емоційні стани та розробити власні успішні стратегії з подолання тривожності. Учасники тренінгу практикували: працювали над зниженням тривоги за допомогою практик КПТ; працювали з «негативними» емоціями через техніки роботи з частинами на тілесному рівні та за допомогою арттерапевтичних практик; виконували вправи на більше розслаблення, заземлення та дізнались рекомендації щодо покращення сну, створили свою системи опор життєстійкості.

Вправи на розслаблення і заземлення допомагають учасникам знижувати фізіологічні прояви тривоги. Це включає техніки дихання, медитації та прогресивної м'язової релаксації.

КПТ є ефективним методом зниження тривоги. Учасники навчаються ідентифікувати і змінювати негативні когнітивні патерни та поведінкові реакції, що сприяє зниженню тривожності.

Техніки роботи з частинами на тілесному рівні та арттерапевтичні практики допомагають учасникам виражати доступним методом і опрацьовувати свої емоції, що сприяє зменшенню внутрішньої напруги і тривоги.

Рекомендації щодо покращення сну включають техніки гігієни сну, які допомагають учасникам краще засинати і підтримувати якісний сон, що є важливим для загального психічного здоров'я.

Учасники створюють свої системи опор життєстійкості, що включають особисті ресурси, соціальну підтримку та здорові звички. Це допомагає зміцнити їх здатність протистояти стресу та відновлюватися після труднощів.

Тривалість тренінгу 8 годин та важлива умова для учасників - бути протягом усього тренінгу. Кількість учасників: до 12 осіб, оскільки тренінг містить глибокі втручання і ми повинні мати достатній час для рефлексії. Бажано мати котренера під час таких тренінгів, оскільки проєктивні методики через роботу з несвідомим (робота з частинами) та арттерапевтичні практики можуть викликати непрості реакції, яким потрібно буде надати додаткової уваги.

Місце проведення тренінгів, які ми обрали, - Одеса, Запоріжжя, Київ.



## Програма тренінгу

09:30 – 10:00	<i>Реєстрація</i>
10:00 – 10:40	Вступ, знайомство, очікування, правила
10:40 – 11:40	Що таке тривога та тривожність Як виникає та на що впливає? Вплив травматичних подій на тривогу Арттерапевтична вправа
11:40 – 12:00	<i>Перерва</i>
12:00 – 13:00	Вправа. Аналіз впливу стресової події на психологічний стан
13:00 – 14:00	<i>Обід</i>
14:00 – 16:00	Що робити з непротими емоціями – страх, агресія, злість, сум, сором, безсилля... Арттерапевтична вправа
16:00 – 16:30	<i>Перерва</i>
16:30 – 17:30	Перевірка та відбудова власних опор Основи життєстійкості
17:30 – 18:00	Завершення, проходження опитувальника

Деякі блоки тренінгу могли дещо трансформуватись під особливості групи та дані реєстрації. Реєстрація включала 2 блоки питань - 1 загальні дані про учасників та шкалу тривоги Бека.

Оскільки за попередніми дослідженнями різні фактори до, під час та після травматичної події можуть впливати на симптоми ПТСР [87], ми розробили програму, яка дає інструменти роботи з собою та техніки пропрацювання не простих переживань, які стосуються минулого, теперішнього та майбутнього. Окрім того, виходячи з результатів нашого дослідження та інших досліджень [88; 89], тренінги з управління тривогою

та роботою з емоціями можуть розглядатись як лікування першої лінії ПТСР.

### **Опис структури тренінгу**

На початку ми зробили вступ, де акцентували на важливості тренінгу в наш час, представили тренера та його досвід. Далі запропонували учасникам та учасницям розробити правила тренінгу, які будуть комфортні для подальшої роботи. Ключовими правилами є такі:

1. Правило Лас-Вегаса. Особисті історії ми лишаємо в тренінговій залі і нікуди їх не ширимо. Це важливо, щоб учасникам тренінгу було комфортно розкритись, ділитись вашим досвідом.
2. Повага. До себе, один до одного і до простору, який учасники створюють
3. Нульова критика до іншого досвіду. В той же час учасники можуть ділитись своїм досвідом, який відмінний від інших.
4. Усім емоціям тут є місце. Учасники можуть розкривати їх через творчість та/або через слова.
5. Якщо щось емоційно зачіпає, учасникам варто цим ділитись. Якщо учасник/ця не готовий/ва ділитись цим на загал і проживає непрості емоції, варто про це попередити тренера, буде зроблена технічна перерва і ми з вами поспілкуємось про це окремо.
6. Телефони на вібро-режим і по можливості подалі відкладаємо від себе.
7. З повагою ставимось до часу, висловлюємось ёмно, в той же час лаконічно, пам'ятаючи й про інших в групі.

До переліку правил могли додаватись інші правила за потребами групи. Далі ми перейшли до знайомства, де учасники розповіли про себе, свою сферу діяльності, знайшли метафору до свого емоційного стану через картинку, зробили замір свого рівня тривоги по шкалі від 1 до 10 та озвучили очікування на тренінг

## Знайомство

1. ПІБ
2. Чим займаєтесь?
3. Якби ваш психологічний стан зараз був схожий на явище природи, яку картинку ви б обрали і чому?
4. Ваше відчуття тривоги зараз від 1 до 10
5. Ваше очікування від тренінгу?

Рисунок 3.12. Психологічний тренінг. Знайомство

Далі ми зробили вправу “Комплімент”, коли учасники підходили один до одного посміхались і говорили один одному якісь приємні слова. Це допомогло розслабити групу, підняти настрій і налаштувати на більшу відкритість. Далі ми зробили практику на розслаблення тіла, його “заземлення” і занурення у власні відчуття через медитативну музику та слова. Учасники уявляли себе в лісі, де гуляли серед дерев і могли обрати те дерево, яке їм більше до вподоби. Вони могли робити це із закритими очима рухаючись простором тренінгової кімнати. Коли вони обрали дерево, вони мали зупинись, могли його обняти і через обійми відчутти силу дерева, його коріння і живлення від землі, а також живлення стовбура та листочків через повітря та сонце. У таких групах, які мають травматичний досвід, важливо, щоб учасники відчували не себе деревом, як у деяких методиках, а себе поруч з деревом, оскільки, наприклад, у ВПО, можуть бути не прості емоції, пов'язані з корінням. Коли ми приєднуємо їх до дерева і його сили, то це ніби не зовсім їх коріння, і це сприймається легше. Вправа дозволяє наповнитись ресурсом, підняти певні почуття і налаштуватись на глибшу

роботу. Далі учасникам пропонувалось намалювати своє дерево і себе з ним поруч - те, що вони побачили і поділитись своїми відчуттями та станами.

Далі ми запропонували учасникам працювати зі стресовою подією, яка їх сильно емоційно зачепила та відбувалась у найближчі 2 тижні, тобто є “свіжою” в пам'яті за певною структурою.

## Подія

Згадайте за останні 2 тижні певну тривожну подію, яка вас найсильніше зачепила.

1. Від 1 до 10 на скільки ця подія зараз вас тривожить?
2. Що це за подія?
3. Що ви робили, коли це сталося?
4. Які у вас тоді були думки: щодо себе, щодо інших?
5. Які були почуття, емоції?
6. Як реагувало ваше тіло?
7. Як ви собі допомогли?


 АКТИВНА ГРОМАДА

Рисунок 3.13. Психологічний тренінг. Аналіз стресової події

Дана вправа допомагає учасникам розставити в голові все по полочках і більше приділити уваги своїм станам, розібратись у їх різниці, наприклад де думки, а де емоції, як реагувало тіло і взагалі чи вони це пам'ятають. Одним із найважливіших елементів цієї вправи є питання “Як ви собі допомогли?” яке допомагає людині окреслити свою копінгову стратегію, а якщо людина каже, що вона собі ніяк не допомогла, то або розвінчати цей міф за допомогою додаткових питань тренера, або ж запозичити можливі стратегії подолання стресових подій від інших учасників.

Після даної частини тренінгу ми переходили до роботи з частинами, а саме працювали на рівні несвідомого. Учасникам пропонувалось прибрати критику, аналіз і повністю налаштуватись на творчий процес. Учасники обирали непросту емоцію, яка їх останнім часом найбільше

турбувала і вони б хотіли знизити її вплив. Це міг бути страх, власне тривога, агресія, провина тощо. Після того, як учасники озвучили непросту емоцію, ми переходили до медитації на розслаблення тіла починаючи від пальців ніг до голови. Коли учасники були повністю розслаблені, на скільки дозволяли умови тренінгу, тренерка запропонувала їм знайти/відчути/побачити в своєму тілі, де знаходиться відповідна емоція. Далі учасники озвучували місце “проживання” емоції і за проханням тренерки описували емоцію в різних сенсорних системах - який вигляд має емоція, якби вона була певним образом, який у неї колір, яка вона на смак, який у неї запах, яка температура тощо. Описавши свою емоцію і таким чином відділивши вже її від себе, учасники далі уявляли, що вони з нею можуть поспілкуватись і повзаємодіяти. Основна задача взаємодії з емоцією - дізнатись її позитивний намір в житті учасника через питання “Для чого більшого ти є в моєму житті?”. Після першої відповіді учасники задавали наступне питання “Якщо я це матиму, що то більшого отримаю в житті?”. Питання повторюються до тих пір, поки ми не дійдемо до глибинного наміру, який почне повторюватись. Наприклад, для життя, для любові, для щастя, для розвитку тощо.

Деякі учасники не могли “вийти на діалог” з емоціями, тоді тренерка запитувала, чи після короткої взаємодії емоція змінила свій вигляд і як саме. У всіх випадках після взаємодії з діалогом, чи без емоція зазнала певних змін в уяві учасників. Для тих, хто не зміг “поговорити” з емоцією, тренерка пропонувала її намалювати на листі паперу і зробити з нею те, що учасник/учасниця хоче.

Після цієї вправи учасники почували себе краще і говорили про відчуття або прийняття даної емоції, або ж про полегшення, вивільнення. Деякі учасники, які були на початку більш закритими, після цієї вправи почали себе більше проявляти, стали більш відкритими до інших, більше говорили про свої стани.

Після цієї вправи була міні-лекція про стресові та травматичні події, як вони впливають на стан людини, що таке тривога, які емоції ще можуть виникати під час стресових подій і як з ними працювати. Також були детальні рекомендації та практики, щодо дозволяють послабити відчуття тривоги.

## Вправи на подолання тривоги

тіло	зміна фокусу уваги, уяви	думки
<ul style="list-style-type: none"> <li>Натискання почергово подушечок пальців на обох руках</li> <li>Вправа «Метелик»</li> <li>Простукування тіла</li> <li>Дихання по квадрату – по 10 підходів 3 рази і більше на день</li> <li>М'язова напруга, а далі релаксація</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Знайти 7 зелених предметів, відчуті на дотик декілька предметів, відчуті на запах кілька предметів, рослин, відчуті на смак щось корисне і поживне, ходити босоніж по траві, відчуті ногами землю, траву</li> <li>Вправи на заземлення</li> <li>Сканування тіла – від ніг до голови - медитація</li> <li>Безпечне місце</li> <li>Швидка зміна негативних і позитивних спогадів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Відпустити тривожні думки - як непотрібний телефонний дзвінок, потяг, спам в електронній пошті, або спостерігати за ними як за хмарками на небі</li> <li>Нав'язливі думки - поміщаємо в гумову кульку, яку відпускаємо і вона летить далеко-далеко</li> <li>Роз'єднання думок і реальності, дій. Думка - це НЕ реальність. Корисне питання: звідки я це знаю? Нав'язлива думка - як фоновий шум</li> </ul>


 АКТИВНА ГРОМАДА

Рисунок 3.14. Психологічний тренінг. Техніки на зниження тривоги

## Думка і реальність

Думка, яка турбує:	Що станеться, якщо вона стане реальністю:	Як ця думка відрізняється від реальності:	Що буде зі мною, якщо я буду постійно про це думати? Чи хочу я цього?	Які дії я вже зробила, ще зроблю, щоб посилити позитивний сценарій розвитку подій?


 АКТИВНА ГРОМАДА

Рисунок 3.15. Психологічний тренінг. Техніки на зниження тривоги

Після міні-лекції ми переходили до обговорення потреб учасників, які їх би наповнювали - людей, речей, справ, які піднімають їм настрій, є джерелом їх задоволення. Учасники спочатку виписували щонайменше 10


ключових справ, визначали, які застосовують, а які ні, і що вони готові зробити вже сьогодні, щоб ті, які давно не використовували, включити у свій графік. Далі учасники об'єднувались в міні-групи і проговорювали свої списки, знаходили спільне, дізнавались про нові цікаві методи підтримки власного емоційного стану.

## Вправа

1. Що (які дії, живі істоти та предмети) вам приносить радість, наповнення? Впишіть щонайменше 15 позицій, які включають ваше **тіло, розум, емоції, дух**.
2. Відмітьте те, що ви часто робите плюсом, і мінусом те, що рідко або взагалі перестали робити?
3. Що вам заважає робити ці справи? Можна взяти карту
4. Що ви зробите вже сьогодні, щоб повернути це в своє життя?

Впишіть на лист паперу протягом 10 хв відповіді на ці питання.

Далі об'єднайтесь в групи по 5 осіб і обговоріть ваші результати - 10 хв на обговорення




 АКТИВНА ГРОМАДА

Рисунок 3.16. Психологічний тренінг. Вправа на визначення потреб

Далі тренерка просила визначити основні свої опори, щонайменше 4 як ніжки у стільця, щоб пам'ятати про головне - це могли бути певні практики, які у своєму підґрунті мають ціннісну складову, наприклад сім'я, дружба, можливість самовираження тощо.

Також тренерка презентувала рекомендації учасникам щодо поліпшення сну як одної з важливих потреб людини та того, що на пряму може впливати на рівень тривоги, емоційного виснаження.

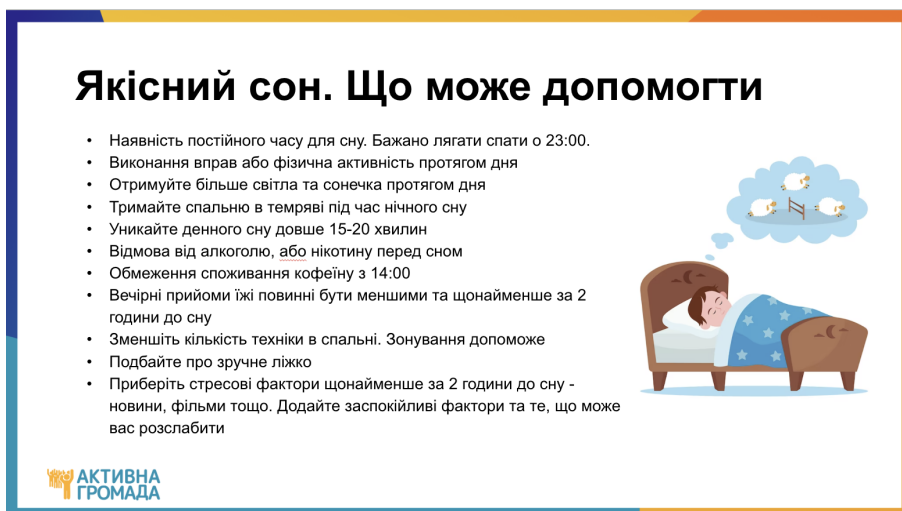


Рисунок 3.17. Психологічний тренінг. Рекомендації щодо покращення сну

Завершували тренінг ресурсною медитацією на уявлення безпечного місця, де людина має повний доступ до задоволення своїх потреб і спокою. Учасники в деталях да допомогою застосування різних сенсорних систем уявляли це безпечне місце. Якщо був час, після медитації вони могли його намалювати.

Завершувався тренінг зворотнім зв'язком, що учасники отримали цінного протягом тренінгу та заповненням анкети, яка в тому числі містила Шкалу тривожності Бека.

Ось деякі з відгуків учасників про тренінг:

*“Цінним було те, що я була частиною колективу, і мої особисті переживання не такі вже і особисті. Приємно почуватися не одинаком”.*

*“Можливість бути в безпечному просторі та безпечно працювати з непростими емоціями”.*

*“Дуже сподобалася тренерка, її підхід до учасників, подача матеріалу, а також запропоновані інструменти та техніки щодо подолання тривоги. Дякую дуже ще раз”*

*“Для мене дуже цінним були усвідомлення, які я отримала за рахунок вправ та практик під час тренінгу. Відчуття безпечного простору який був*



відтворений й учасницями й тренером. Зрозумілість та подача матеріалу”.

Загалом учасники оцінили цінність тренінгу на 9,8 балів з 10 можливих.

Даний тренінг може відтворюватись лише професійними практичними психологами, які знають деталі проведених технік та можуть трансформувати під групу, окремих учасників у разі потреби.

### 3.3. Аналіз проведення тренінгу та його результатів

Перед безпосереднім аналізом отриманих під час проведення тренінгу результатів ми здійснили перевірку надійності шкали тривоги Бека, внаслідок якої було отримано високий рівень надійності даної шкали (Альфа Кронбаха = 0.931).

Таблиця 3.34

#### Аналіз надійності для шкали тривоги Бека

Шкала	Альфа Кронбаха
Тривога Бека	0.931

При порівнянні рівня тривоги досліджуваних за шкалою тривоги Бека до та після тренінгу було встановлено статистично достовірну відмінність ( $t(21) = 4.95, p < .001$ ). Встановлено сильний ефект цієї відмінності (коэф.  $d$  Коена = 1.06).

Таблиця 3.35

Тест для парних вибірок (t-критерій Стьюдента) за шкалою тривоги Бека при порівнянні до та після тренінгу

		Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Стандартна помилка різниці середніх	Величина ефекту (d Коена)
Тривога (до)	Тривога (після)	4.95	21.0	< .001	10.5	2.12	1.06

Як бачимо з коробкових діаграм, при вимірюванні рівня тривоги після тренінгу було встановлено нижчий рівень середнього за групою, а також медіани, максимуму, нижньої та верхньої квартилі.

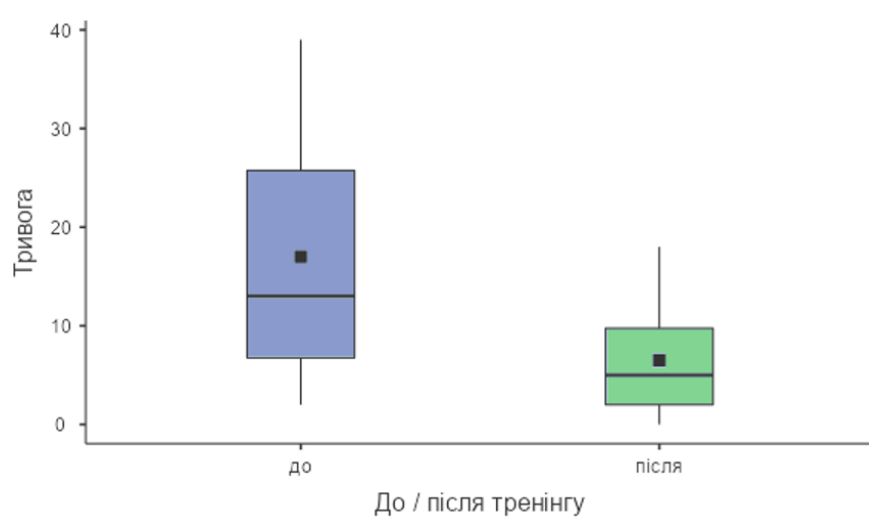


Рисунок 3.18. Коробкові діаграми за шкалою Тривоги до та після тренінгу

З розподілу у гістограмах на рисунку 3.18 бачимо, що частка досліджуваних з високими балами за тривогою після проведеного тренінгу суттєво менше ніж до тренінгу.

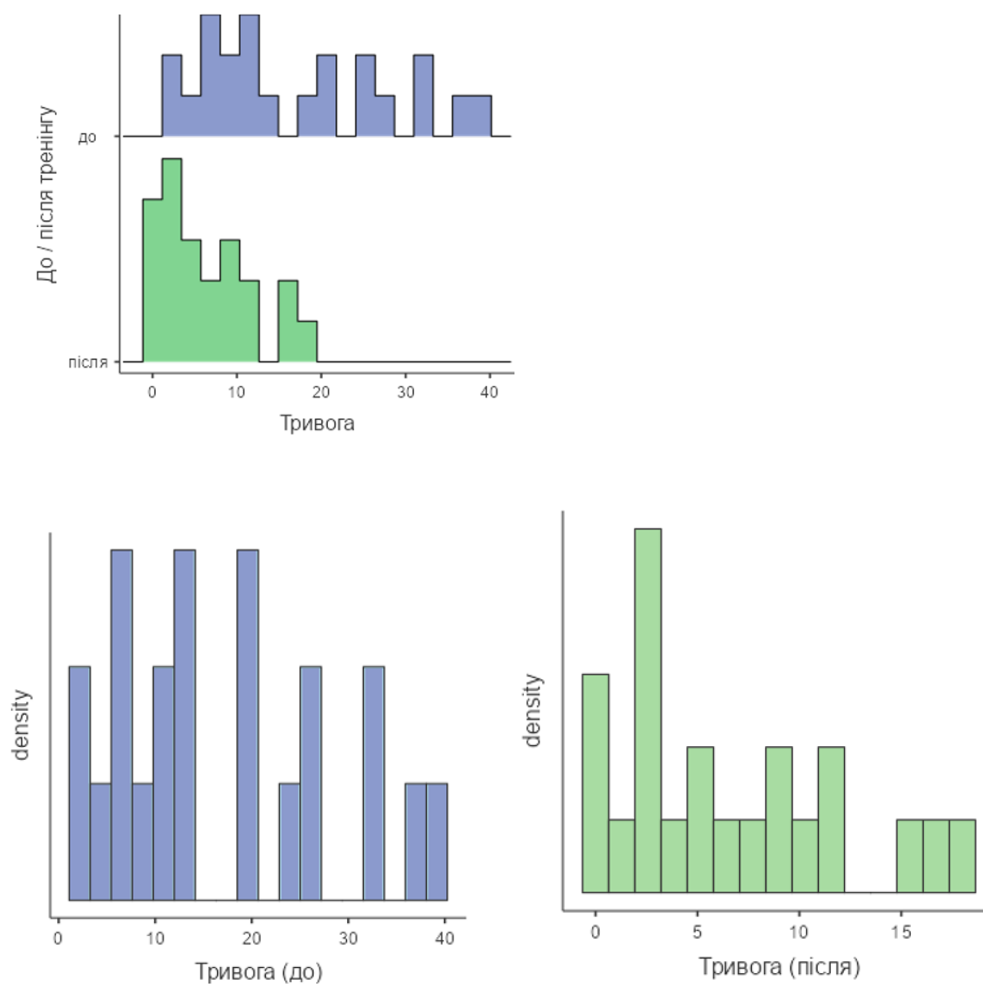


Рисунок 3.19. Розподіл за шкалою Тривоги до та після тренінгу

Окрім встановлення відмінностей за всією шкалою нас зацікавило за якими саме питаннями шкали тривоги Бека було встановлено відмінності в першому та другому вимірюванні.

За допомогою t-критерію Стьюдента ми дослідили (Додаток 1, 2), що відмінності до та після тренінгу було встановлено за всіма питаннями шкали тривоги Бека, окрім лише питань: 3. Тремтіння в ногах, 12. Відчуття задухи, 15.Труднощі з диханням, 19. Непритомність, 20. Прилив крові до

обличчя та 21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою). Задля наочності ми представили також описові статистики, з урахуванням середнього, середнього квадратичного відхилення, мінімуму та максимуму в кожній з груп: до та після тренінгу.

З описових статистик можна побачити на скільки в середньому відрізняються вимірювання до та після тренінгу, а також помітно, що за всіма питаннями мінімум до та після тренінгу однаковий, в той час як максимуми за більшістю шкал різняться.

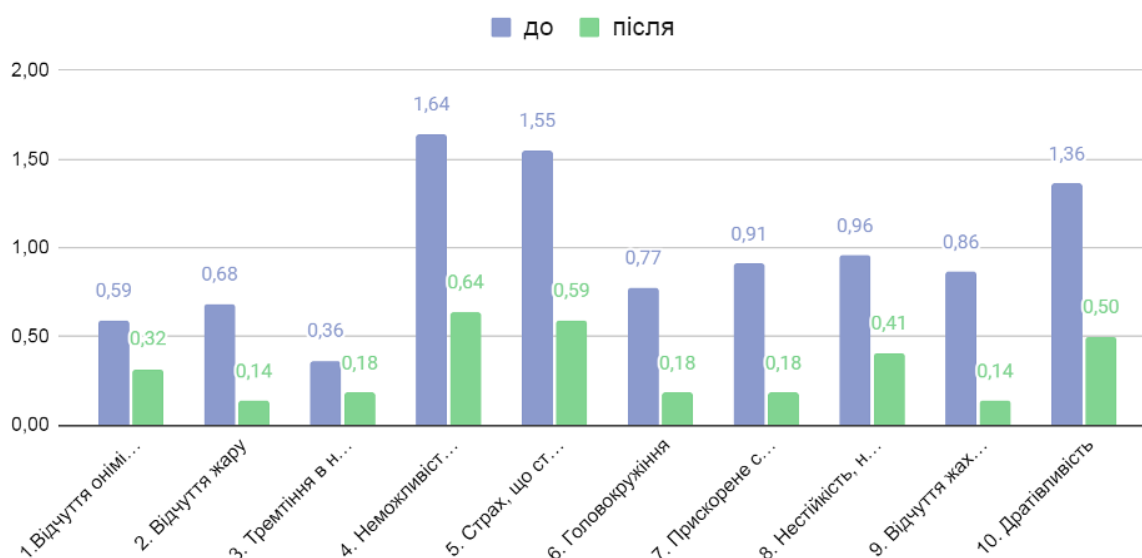


Рисунок 3.21 Середні за питаннями 1-10 шкали тривоги Бека до та після проведеного тренінгу

На рисунках 3.21 та 3.22 відмічена відсутність статистично значущих змін за питаннями 3. Тремтіння в ногах, 12. Відчуття задухи, 15. Труднощі з диханням, 19. Непритомність, 20. Прилив крові до обличчя та 21.

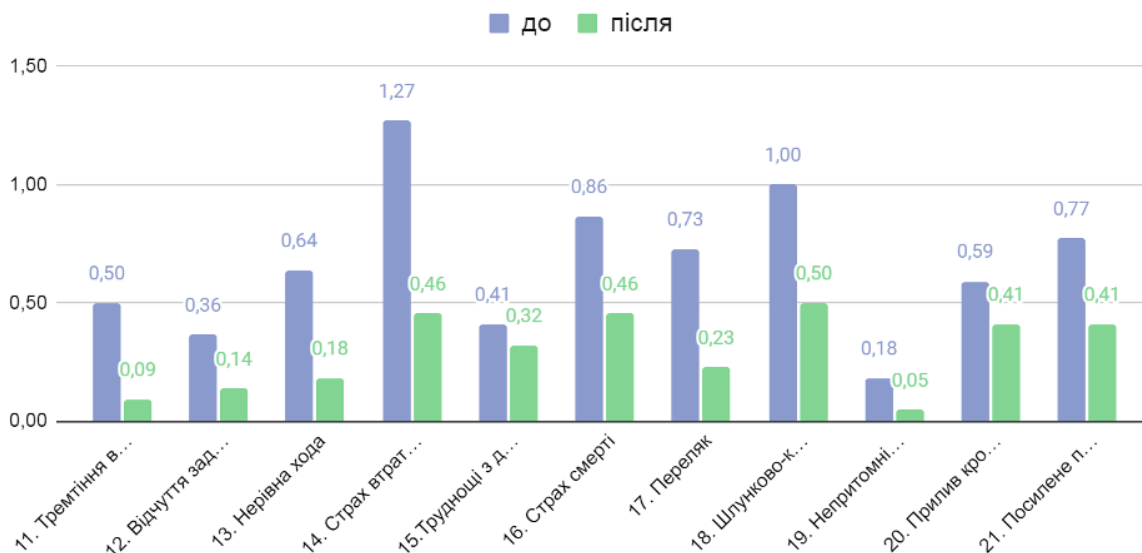


Рисунок 3.22. Середні за питаннями 11-21 шкали тривоги Бека до та після проведеного тренінгу

Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою) може бути зумовлена кількома факторами:

- **Фізіологічні симптоми:** ці питання пов'язані з фізіологічними проявами тривоги, які можуть бути менш чутливими до психологічних інтервенцій за короткий період часу; з іншого боку, ймовірно ці прояви і раніше були не сильно проявлені в учасників події.
- **Індивідуальні особливості:** деякі фізіологічні реакції можуть бути більш стійкими і залежати від індивідуальних особливостей учасників, що ускладнює їх зміну через психологічний тренінг.

Інші питання шкали тривоги Бека, такі як 4. Неможливість розслабитись, 5. Страх, що станеться найгірше, 7. Прискорене серцебиття, 8. Нестійкість та інші показали статистично значущі зміни, що вказує на ефективність вправ тренінгу у зменшенні психологічних і емоційних симптомів тривоги. Окрім того, зменшення максимальних

значень після тренінгу свідчить про те, що тренінг був ефективним у зниженні високих рівнів тривожності серед учасників. Це особливо важливо, оскільки високий рівень тривоги може мати значний негативний вплив на якість життя.

### **Висновки до розділу III**

За результатами проведеного дослідження найбільшим фактором що прямо впливає на симптоми ПТСР є тривога. Оберненим фактором є життєстійкість.

Симптоми ПТСР та тривоги спільно утворюють новий фактор який може називатись психологічним стресом чи психічним дистресом.

На основі нашого дослідження і досліджень попередніх науковців ми робимо висновок - якщо впливати на зниження тривоги, то можуть бути знижені симптоми ПТСР. Відповідно до цього висновку ми розробили програму тренінгу, що допомагає знижувати прояви тривоги, працювати з непростими емоціями та допомагати вибудовувати учасникам свою систему опор життєстійкості.

Тренінг "Подолання тривожності: що робити, щоб знайти спокій" за результатами дослідження виявився ефективним у зниженні рівня тривоги за більшістю показників шкали тривоги Бека. Фізіологічні симптоми тривоги, такі як тремтіння в ногах, відчуття задухи та посилене потовиділення, виявилися потенційно більш стійкими до змін через тренінг. Зменшення максимальних значень тривоги після тренінгу вказує на значне покращення загального психоемоційного стану учасників.

Зниження рівня тривоги після тренінгу потенційно може впливати на зниження симптомів ПТСР, про що свідчить наше дослідження. Звісно для стійких результатів потрібна системна практика з подолання тривожності

учасниками через власні та набуті після тренінгу успішні стратегії. Ці результати підкреслюють важливість комплексного підходу до подолання тривожності та симптомів ПТСР, який включає не лише психологічні інтервенції, але й можливу роботу з фізіологічними аспектами тривоги.

## ВИСНОВКИ

З лютого 2022 року повномасштабна війна охопила значну територію країни, спричинивши суттєві психологічні навантаження на все суспільство. Згідно з дослідженням Національного Демократичного Інституту у листопаді 2023 року, 64% українців вважають, що психологічне здоров'я є однією з найбільших проблем, нарівні зі зниженням доходів. Ця ситуація підкреслює важливість звертати більшу увагу на власне психологічне здоров'я та необхідність більш глибокого дослідження даної теми, зокрема посттравматичного стресового розладу.

Війна впливає на мільйони людей, які стикаються з травматичними подіями, втратою близьких, руйнуванням домівок та загрозою власному життю. Це створює сприятливі умови для розвитку симптомів ПТСР, що може мати довготривалі наслідки для психічного здоров'я. Глибоке розуміння ПТСР дозволяє створювати більш ефективні програми психологічної підтримки та реабілітації для постраждалих, сподіваємось, прикладом яких може стати наш тренінг.

Предметом нашої кваліфікаційної роботи є соціально-психологічні чинники суб'єктивних проявів ПТСР у дорослих. Метою - експериментальне обґрунтування соціально-психологічних чинників суб'єктивних проявів ПТСР у дорослих.

ПТСР - це розлад, який лиш нещодавно був внесений до переліку загальновизнаних хвороб. Він характеризується наступними ознаками: повторне переживання травматичної події; уникнення нагадувань про подію; постійне сприйняття підвищеної загрози в поточний момент. Ці симптоми призводять до значного погіршення у важливих сферах функціонування – особиста, сімейна, соціальна, освітня, професійна ін.



Серед чинників ПТСР можуть бути: рівень підтримки від сім'ї, друзів і соціального оточення; наявність попередніх травматичних подій у житті людини; соціально-економічний статус та рівень свободи в роботі; індивідуальні відмінності у стійкості до стресу, здатність швидко чи повільно відновлюватися після стресових ситуацій; наявність підвищеного рівня тривоги, тривожних або депресивних розладів; рівень життєстійкості; стать; рівень освіти тощо.

Відповідно дослідження ми досягли наступних результатів.

Дослідження кореляційних зв'язків показали взаємозв'язок ПТСР та тривожності та відсутність взаємозв'язку між ПТСР та життєстійкістю у експериментальної групи. Чим більш тривожна людина, тим більша ймовірність у неї отримати ПТСР. Разом з тим, тут також може працювати і зворотній ефект. Якщо людина з тривожністю в нормі потрапила в травматичну подію і отримала розлад, у неї може бути підвищена тривожність через цю травму.

Дослідження показало, що чим вищий рівень освіти у респондентів, тим нижчий рівень ймовірності бути учасником травматичної події, або сприймати її як травматичну, та мати симптоми інтрузії. Також наявність свободи в роботі допомагає знизити симптоми інтрузії. Це може бути пов'язано з тим, що респондент/ка, який/яка бере за життя на себе більше відповідальності (постійно навчається, підвищує рівень освіти, має власну справу, або є самозайнятою особою), самостійно більше впливає на своє життя, є більш стійким/ю до травматичних подій, міг/могла розвинути більшу резильєнтність.

Жінки мають вищі рівні проявів симптомів ПТСР та тривожності ніж чоловіки. Дані результати підтверджують попередні дослідження науковців, що жінки більш схильні отримати ПТСР в результаті

травматичних подій. Крім того, це ще може бути пов'язано з табуванням серед чоловіків на прояв емоцій.

Дослідження показало, що респонденти, котрі приймають заспокійливі, алкоголь, звертаються по психологічну підтримку, мають достовірно вищий рівень проявів симптомів ПТСР. Це ймовірно пов'язано з тим, що дані респонденти намагаються долати ці прояви відомим та доступним їм способом. Якщо прояви ПТСР нижчі, то ймовірно респонденти ігнорують їх і не виживають заходів з їх подолання.

Дослідження також показало, що тривога є найбільш сильним фактором, який впливає на симптоми ПТСР. Тривога та симптоми ПТСР спільно утворюють новий фактор, що може описувати інший психологічний чи психічний стан людини. Життєстійкість обернено впливає на симптоми ПТСР у контрольній групі.

Як елемент програми допомоги людям з ПТСР можуть виступати тренінги з подолання тривожності. Зокрема наш тренінг "Подолання тривожності: що робити, щоб знайти спокій" за результатами дослідження виявився ефективним у зниженні рівня тривоги за більшістю показників шкали тривоги Бека. Зниження рівня тривоги після тренінгу потенційно може впливати на зниження симптомів ПТСР, про що свідчить наше дослідження.

Вивчення соціально-психологічних чинників, що впливають на розвиток та прояви ПТСР, є вкрай важливим для розробки ефективних методів лікування та підтримки. Розуміння того, як ці фактори взаємодіють та впливають на розвиток ПТСР, допоможе створити більш цілісну картину проблеми та розробити цілеспрямовані втручання. Подальші дослідження також можуть виявити специфічні потреби різних груп населення, що дозволить адаптувати програми підтримки відповідно до цих потреб.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ю. Овчаренко. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. К., 2023. — 266 с.
2. Kevin L. Cook. Dying to Get Home: PTSD in the Civil War <https://warfarehistorynetwork.com/article/dying-to-get-home-ptsd-in-the-civil-war/>
3. Я. Андрушко. Історія уявлень про посттравматичний стресовий синдром. Мультидисциплінарні підходи до аналізу суспільно-політичних проблем в умовах російсько-української гібридної війни: матеріали міжнародного круглого столу: 28 квітня 2022 р. — Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2022. — Режим доступу: <https://lpnu.ua/tpp/zbirnyky-materialiv-naukovykh-konferentsii>.
4. Tracey Loughran. Shell Shock, Trauma, and the First World War: The Making of a Diagnosis and Its Histories Get access Arrow. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Volume 67, Issue 1, January 2012, Pages 94–119, <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrq052>
5. Fiona Reid. War Psychiatry and Shell Shock Міжнародна енциклопедія першої світової війни [https://encyclopedia.1914-1918-online.net/pdf/1914-1918-Online-war\\_psychiatry\\_and\\_shell\\_shock-2019-12-11-V2.0.pdf](https://encyclopedia.1914-1918-online.net/pdf/1914-1918-Online-war_psychiatry_and_shell_shock-2019-12-11-V2.0.pdf)
6. Kardiner, Abram, *The Traumatic Neuroses Of War, Psychosomatic Medicine Monograph II-III 1941*, National Research Council, Washington, D.C. <https://archive.org/details/kardiner-1941-war/page/n11/mode/2up>
7. І. Чамлай. Психологічні підходи до тлумачення та терапії посттравматичного стресового розладу. *Scientific Journal «Psychology Travelogs»*, 2023. <https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/view/122/112>

8. Signs and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Mardi J. Horowitz, MD; Nancy Wilner; Nancy Kaltreider, MD January 1980;37(1):85-92. doi:10.1001/archpsyc.1980.01780140087010
9. Edna B. Foa, Michael J. Kozak. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. 1986 Psychological Bulletin DOI: 10.1037/0033-2909.99.1.20
10. Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Сер. Психологічні науки. Вип. 1 (46). Київ : Видавництво НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2015. С. 266-272.
11. Сайт міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України.  
<https://minre.gov.ua/news/zavdannya-minreintegraciyi-na-2023-rikintegraciya-vnutrishnih-pereselenciv>
12. Johnson J.R., Antonaccio O., Botchkovar K. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022 Sep;57(9):1807-1816. doi: 10.1007/s00127-021-02176-9.
13. Гунько Б.А. Посттравматичний стресовий розладв розрізі часу. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015. 1. С.216-219
14. Міжнародна класифікація хвороб 10 видання  
[https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf?sfvrsn=374758f7\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf?sfvrsn=374758f7_2)
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington, 2013: 280 p

16. Diego Andolina and Antonella Borreca. The Key Role of the Amygdala in Stress. July 2017 DOI: 10.5772/67826 <https://www.intechopen.com/chapters/54675>
17. Ismar Albuquerque. Delayed Onset PTSD: Symptoms, Causes, & Treatment. 2024 <https://www.choosingtherapy.com/delayed-onset-ptsd/>
18. Matthew Tull. Delayed-Onset PTSD Symptoms. 2020 <https://www.verywellmind.com/delayed-onset-ptsd-meaning-and-reasons-2797636>
19. Anxiety disorders - Symptoms and causes Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseasesconditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>.
20. Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis, Kathy Steele. The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York. 2006. 426 p
21. Волошин, В. М. Типологія хронічного посттравматичного стресового розладу / В. М. Волошин // Журн. неврол. і психіатрії. 2004.-Т., № 1. С. 17-23.
22. Jitender Sareen. Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. The Canadian Journal of Psychiatry Volume 59, Issue 9, Sep 2014, Pages 457-508 <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/070674371405900902>
23. Grace W. K. Ho, Maria Louison Vang, Dmytro Martsenkovskyi, Thanos Karatzias, Menachem Ben-Ezra, Eoin McElroy, Enya Redican, Marylene Cloitre, Boris Lorberg, Philip Hyland, Mark Shevlin. Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire to assess ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD)

and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war.

June 2023 <https://doi.org/10.1002/jts.22943>

24. Jitender Sareen. Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. *Can J Psychiatry* 2014; 59(9): 460–467  
<https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/070674371405900902>
25. Fel, S.; Jurek, K.; Lenart-Kłó's, K. Relationship between Socio-Demographic Factors and Posttraumatic Stress Disorder: A Cross Sectional Study among Civilian Participants' Hostilities in Ukraine. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 2720. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052720>
26. Lynn M. Almli, Negar Fani, Alicia K. Smith<sup>1</sup> and Kerry J. Ressler. Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology* (2014), 17, 355–370. doi:10.1017/S1461145713001090
27. Reinemann, D.H.S., Ellison, P.A.T. The Role of Internal and External Protective Factors in Low-Income, Ethnic Minority Children's Psychological Reactions to Community Violence Exposure. *Journ Child Adol Trauma* 1, 23–45 (2008). <https://doi.org/10.1080/19361520801929852>
28. Frazier, P. A., Gavian, M., Hirai, R., Park, C., Tennen, H., Tomich, P., & Tashiro, T. (2011). Prospective predictors of posttraumatic stress disorder symptoms: Direct and mediated relations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 27–36. <https://doi.org/10.1037/a0019894>
29. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник. Х. : ХМАПО, 2014. 223 с

30. Ahmed Mohammad Al-Smadi, Loai Issa Tawalbeh, Omar Salem Gammoh, Ala Fawzi Ashour, Abedalmajeed Shajrawi, Hrayr Attarian. Relationship between anxiety, post-traumatic stress, insomnia and fibromyalgia among female refugees in Jordan: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2021 <https://doi.org/10.1111/jpm.12732>
31. Jong-Sun Lee. Perceived social support functions as a resilience in buffering the impact of trauma exposure on PTSD symptoms via intrusive rumination and entrapment in firefighters. 2019 DOI: 10.1371/journal.pone.0220454
32. Victoria McKenzie, Elizabeth H. Anderson, Amaris Maydon, Geetha Shivakumar. Resiliency and Posttraumatic Growth Following Sexual Trauma in Women Veterans of Iraq and Afghan Wars. 2021 DOI: 10.21061/jvs.v7i2.269
33. Grace W. K. Ho, Maria Louison Vang, Dmytro Martsenkovskiy, Thanos Karatzias, Menachem Ben-Ezra, Eoin McElroy, Enya Redican, Marylene Cloitre, Boris Lorberg, Philip Hyland, Mark Shevlin. Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire to assess ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war First published: 20 June 2023 <https://doi.org/10.1002/jts.22943>
34. Felicia Gould, Philip D. Harvey, Gabrielle E. Hodgins, Mackenzie T. Jones, Vasiliki Michopoulos, Jessica L. Maples-Keller, Barbara O. Rothbaum, Alex O. Rothbaum, Kerry J. Ressler, Charles B. Nemeroff. Prior trauma-related experiences predict the development of posttraumatic stress disorder after a new traumatic event. 2020 DOI: 10.1002/da.23084
35. Yael Israel-Cohen, Gabriela Kashy-Rosenbaum, Oren Kaplan. Acute stress reaction and positive future orientation as predictors of PTSD

- among Israeli adolescents exposed to missile attacks. 2016  
DOI: 10.1037/tps0000096
36. Elsa Mattson, Lisa James, Brian Engdahl. Personality Factors and Their Impact on PTSD and Post-traumatic Growth is Mediated by Coping Style Among OIF/OEF Veterans *Military Medicine*, Volume 183, Issue 9-10, 2018, Pages 475-480, <https://doi.org/10.1093/milmed/usx201>
37. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
38. Stanisław Fel , Krzysztof Jurek and Katarzyna Lenart-Kłó's. Relationship between Socio-Demographic Factors and Posttraumatic Stress Disorder: A Cross Sectional Study among Civilian Participants' Hostilities in Ukraine. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052720>
39. Tulika Mehta Agarwal, Mohammed Muneer, Mohammad Asim, Malaz Awad, Yousra Afzal, Hassan Al-Thani, Ahmed Alhassan, Monira Mollazehi, Ayman El-Menyar. Psychological trauma in different mechanisms of traumatic injury: A hospital-based cross-sectional study. 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0242849
40. Xiang-Hui Liu, Rong-Ting Zhu, Bo Hao, Yan-Wei Shi, Xiao-Guang Wang, Li Xue and Hu Zhao. Norepinephrine Induces PTSD-Like Memory Impairments via Regulation of the  $\beta$ -Adrenoceptor-cAMP/PKA and CaMK II/PKC Systems in the Basolateral Amygdala. 2019.  
doi: 10.3389/fnbeh.2019.00043
41. Marius Nickel, Peter Leiberich, Cerstin Nickel, Karin Tritt, Ferdinand Mitterlehner, Wolfhardt K. Rother, Thomas H. Loew. The Occurrence



- of Posttraumatic Stress Disorder in Patients Following Intensive Care Treatment: A Cross-Sectional Study in a Random Sample. 2004  
DOI: 10.1177/0885066604267684
42. Daniel N Ditlevsen, Ask Elklit. The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? 2010  
DOI: 10.1186/1744-859x-9-32
43. Elisa Pfeiffer, Maike Garbade & Cedric Sachser. Traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a treatment-seeking sample of Ukrainian children during the war. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* volume 18. 2024 <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00715-1>
44. Stanisław Fel , Krzysztof Jurek and Katarzyna Lenart-Kłó's. Relationship between Socio-Demographic Factors and Posttraumatic Stress Disorder: A Cross Sectional Study among Civilian Participants' Hostilities in Ukraine. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052720>
45. Larysa Zasiékina, Serhii Zasiékin, Victor Kuperman. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During the Ongoing War. 2023  
DOI: 10.1007/s10900-023-01225-5
46. Enya Redican, Cedric Sachser, Elisa Pfeiffer, Dmytro Martsenkovskyi, Philip Hyland, Thanos Karatzias, Mark Shevlin. Validation of the Ukrainian caregiver-report version of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) in children and adolescents in Ukraine. 2024  
DOI: 10.1037/tra0001570
47. Larysa Zasiékina, Serhii Zasiékin, Victor Kuperman. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During

- the Ongoing War. 2023  
DOI: 10.1007/s10900-023-01225-5
48. Wanhyung Lee<sup>1</sup>, Yi-Ryoung Lee, Jin-Ha Yoon, Hye-Ji Lee and Mo-Yeol Kang. Occupational post-traumatic stress disorder: an updated systematic review. BMC Public Health. 2020.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08903-2>
49. River J. Smith, Susan Drevo, Elana Newman. Covering traumatic news stories: Factors associated with post-traumatic stress disorder among journalists. 2017. DOI: 10.1002/smi.2775
50. Josefin Sundin<sup>1</sup>, Harriet Forbes<sup>2</sup>, Nicola T. Fear<sup>3</sup>, Christopher Dandeker<sup>4</sup>, Simon Wessely. The impact of the conflicts of Iraq and Afghanistan: A UK perspective. 2011  
DOI: 10.3109/09540261.2011.561303
51. Rajeev Ramchand, Terry L. Schell, Benjamin R. Karney, Karen Chan Osilla, Rachel M. Burns, Leah Barnes Caldarone. Disparate prevalence estimates of PTSD among service members who served in Iraq and Afghanistan: Possible explanations. 2010.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20486>
52. Американська психіатрична асоціація.  
<https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
53. Hornblow A. R. The visual analogue for anxiety : a validation study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Australia, 2006. № 10. P. 339–341
54. May R. The Problem of Anxiety. 2001. 432 p. 74
55. Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова.

- Сер. Психологічні науки. Вип. 1 (46). Київ : Видавництво НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2015. С. 266-272
- 56.Халік О. О. Тривожність як чинник дезадаптації практичних психологів початківців : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : 19.00.07. Київ, 2010. 20 с.
- 57.Ентоні М., Рова К. Розлад соціальної тривоги. Львів: Свічадо, 2018. 122 с.
- 58.Чорний С. В. Нейро - та психофізіологічний аналіз стану тривожності у людини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. біолог. наук : 03.00.13. Сімферополь, 2007. 21 с.
- 59.Блохіна І. О. Психологічні причини виникнення тривожності. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Вип. 4. 2021. С. 82-86.
- 60.Шевченко Н. Ф., Калюжна Є. М. Гіперфункція тривожності у підлітків: превентивна стратегія. Практична психологія та соціальна робота. 2007. № 7 (100). С. 17-22
- 61.Татаренко Т.М. Психологія життєвої кризи. Київ: Агропромвидав, 1998. 348 с.
- 62.Українська психологічна термінологія: словник-довідник / за ред. Чепи Л.А. Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2010. 302 с.
- 63.Агенція «Gradus» <https://www.google.com/search?q=gradus-+%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%BF%D1%80%D0%BE+%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81&oq=Gradus&aqs=chrome.1.69i57j35i39j0i512l8.6882j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF>

64. Anxiety disorders - Symptoms and causes Mayo Clinic.  
<https://www.mayoclinic.org/diseasesconditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>.
65. О. Хованець. Теоретичні основи вивчення проблеми життєстійкості в зарубіжних психологічних дослідженнях. Scientific Proceedings of Ostroh Academy National University. Psychology Series. 2017  
DOI: 10.25264/2415-7384-2017-5-177-185
66. Chesmal Siriwardhana, Shirwa Sheik Ali, Bayard Roberts & Robert Stewart. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. Conflict and Health. 2014.  
DOI: 10.1186/1752-1505-8-13
67. Theresa S. Betancourt, Kashif Khan. The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. International Review of Psychiatry 2008  
DOI: 10.1080/09540260802090363
68. О. Хованець. Теоретичні основи вивчення проблеми життєстійкості в зарубіжних психологічних дослідженнях. Scientific Proceedings of Ostroh Academy National University. Psychology Series. 2017  
DOI: 10.25264/2415-7384-2017-5-177-185
69. Ткалич М. ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИСНАЖЕННЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ: ПОКАЗНИКИ АДАПТАЦІЇ. Journal of modern psychology No 4 (27), 2022. DOI <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-4-8>
70. В. В. Лапчинський, М. В. Горіховський, В. С. Оганесян, О. Кондрашов. ВПЛИВ ВІЙНИ НА ОСВІТУ: ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА СТРЕСОСТІЙКОСТІ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ФАХОВОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ.

Професійно-прикладні дидактики 2023

DOI: 10.37406/2521-6449/2023-1-1

71. Gang Wu, Adriana Feder, Hagit Cohen, Joanna J. Kim, Solara Calderon, Dennis S. Charney, Aleksander A. Mathé. Understanding resilience. 2013 <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00010>
72. Fugui Li, Sihui Luo, Weiqi Mu, Yanmei Li, Liyuan Ye, Xueying Zheng, Bing Xu, Yu Ding, Ping Ling, Mingjie Zhou & Xuefeng Chen. Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
73. Kathleen A. Cagney, David Sterrett, Jennifer Benz, Trevor Tompson. Social Resources and Community Resilience in the Wake of Superstorm Sandy. 2016 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160824>
74. Gang Wu, Adriana Feder, Hagit Cohen, Joanna J. Kim, Solara Calderon, Dennis S. Charney, Aleksander A. Mathé. Understanding resilience. 2013 <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00010>
75. Vilma Vilca-Pareja, Andrés Luque Ruiz de Somocurcio, Ronald Delgado-Morales and Lizbeth Medina Zeballos. Emotional Intelligence, Resilience, and Self-Esteem as Predictors of Satisfaction with Life in University Students. Public Health 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416548>
76. Danang Sudarso, Widya Prakoso, Joyo Widakdo. The Effect of Human Value and Work Commitment on Bulog Employees Performance with the Mediation of Resilient Leadership in East Java, Indonesia. 2022. DOI: 10.2991/assehr.k.220301.115
77. Zachary S. Lorsch, Peter J. Hamilton, Aarthi Ramakrishnan, Eric M. Parise, William J. Wright, Marine Salery, Ashley Lepack, Philipp Mews, Orna Issler, Andrew McKenzie, Xianxiao Zhou, Lyonna F.

- Parise, Stephen T Pirpinias, Idelisse Ortiz Torres, Sarah Montgomery, Yong-Hwee Eddie Loh, Benoit Labonté, Andrew Conkey, Ann E. Symonds, Rachael Neve, Gustavo Turecki, Ian Maze, Yan Dong, Bin Zhang, Li Shen, Rosemary C. Bagot, Eric J. Nestler. Zfp189 Mediates Stress Resilience Through a CREB-Regulated Transcriptional Network in Prefrontal Cortex. 2018 doi: <https://doi.org/10.1101/403733>
78. Jonathan Ensor, John Forrester, Nilufar Matin. Bringing rights into resilience: revealing complexities of climate risks and social conflict. 2018  
DOI: 10.1111/disa.12304
79. Harem Nareeman Mahmood, Hawkar Ibrahim, Katharina Goessmann, Azad Ali Ismail & Frank Neuner. Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict and Health*. 2019. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0238-5>
80. Hawkar Ibrahim<sup>1</sup>, Verena Ertl<sup>2</sup>, Claudia Catani<sup>3</sup>, Azad Ali Ismail<sup>4</sup>, Frank Neuner. The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry* 2018 DOI: 10.1186/s12888-018-1839-z
81. Assefa Agegnehu Teshome, Endeshaw Chekol Abebe, Misganaw Asmamaw Mengstie, Mohammed Abdu Seid, Getachew Yideg Yitbarek, Yalew Melkamu Molla, Nega Dagnaw Baye, Taklo Simeneh Yazie, Gashaw Walle Ayehu and Molla Jemberie Taye Post-traumatic stress disorder and associated factors among adult war survivors in Northwest Ethiopia: Community-based, cross-sectional study. *Front. Psychiatry*. 2023. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1083138>

82. Gulsah Kurt, Peter Ventevogel, Maryam Ekhtiari, Zeynep Ilkkursun, Merve Erşahin, Nuriye Akbiyik, Ceren Acarturk. Estimated prevalence rates and risk factors for common mental health problems among Syrian and Afghan refugees in Türkiye. Published online by Cambridge University Press: 2022. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.573>
83. Aaron T. Beck, Norman Epstein, Gary Brown, Robert A. Steer. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988. DOI: 10.1037/0022-006x.56.6.893
84. Попелюшко Р. Аналіз результатів проведення завершального етапу програми психологічного супроводу комбатантів та їхніх сімей. *Вісник Херсонського державного університету*. 2021 DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2021-2-19
85. Карпенко Є. Психологія емоційного інтелекту в дискурсі життєздійсності особистості. Автореферат. Острог. 2020. [https://www.oa.edu.ua/doc/dis/karpenko\\_avto.pdf](https://www.oa.edu.ua/doc/dis/karpenko_avto.pdf)
86. Литвинчук А. М. Методики для дослідження «базових» та «спеціальних» лідерських якостей жінок-менеджерів комерційних організацій. *Євразійські наукові дискусії*. Барселона. 2022 с. 186. <https://sci.ldubgd.edu.ua/bitstream/123456789/10390/1/10%20%D0%9C%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD%20%D0%9E.%D0%9C.%20%D1%81.%20284-288%20EURASIAN-SCIENTIFIC-DISCUSSIONS-10-12.04.22.pdf#page=186>
87. Paula P. Schnurr, Carole A. Lunney, Anjana Sengupta. Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. 2005. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022614.21794.f4>
88. Terence M. Keane, Amy D. Marshall<sup>1</sup>, and Casey T. Annual review of clinical psychology. 2006. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095305>

89. Chris Cantor. Post-traumatic stress disorder: evolutionary perspectives. *Aus. & New Zealand J. of Psychiatry* 2009.  
DOI:10.1080/00048670903270407  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20001399/>
90. Беккер, Д. (2015). Соціальна підтримка і посттравматичний стресовий розлад. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1182-1194



## ДОДАТКИ

## Додаток А

Тест для парних вибірок (t-критерій Стьюдента) за питаннями шкали  
тривоги Бека при порівнянні до та після тренінгу

		Статистика	Ст. св.	p	Різниця середніх	Стандартна помилка різниці середніх	Величина ефекту (d Коена)
1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі (до)	1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі (після)	2.324	21.0	0.030	0.2727	0.117	0.495
2. Відчуття жару (до)	2. Відчуття жару (після)	2.982	21.0	0.007	0.5455	0.183	0.636
3. Тремтіння в ногах (до)	3. Тремтіння в ногах (після)	1.449	21.0	0.162	0.1818	0.125	0.309
4. Неможливість розслабитись (до)	4. Неможливість розслабитись (після)	4.806	21.0	< .001	1.0000	0.208	1.025
5. Страх, що станеться найгірше (до)	5. Страх, що станеться найгірше (після)	5.306	21.0	< .001	0.9545	0.180	1.131
6. Головокружіння (до)	6. Головокружіння (після)	3.480	21.0	0.002	0.5909	0.170	0.742
7. Прискорене серцебиття (до)	7. Прискорене серцебиття (після)	4.856	21.0	< .001	0.7273	0.150	1.035
8. Нестійкість, нестабільність (до)	8. Нестійкість, нестабільність (після)	2.806	21.0	0.011	0.5455	0.194	0.598
9. Відчуття жаху, це кінець (до)	9. Відчуття жаху, це кінець (після)	3.464	21.0	0.002	0.7273	0.210	0.739
10. Дратівливість (до)	10. Дратівливість (після)	3.906	21.0	< .001	0.8636	0.221	0.833

11. Тремтіння в руках (до)	11. Тремтіння в руках (після)	3.813	21.0	0.001	0.4091	0.107	0.813
12. Відчуття задухи (до)	12. Відчуття задухи (після)	2.017	21.0	0.057	0.2273	0.113	0.430
13. Нерівна хода (до)	13. Нерівна хода (після)	3.177	21.0	0.005	0.4545	0.143	0.677
14. Страх втрати контролю (до)	14. Страх втрати контролю (після)	3.498	21.0	0.002	0.8182	0.234	0.746
15. Труднощі з диханням (до)	15. Труднощі з диханням (після)	0.810	21.0	0.427	0.0909	0.112	0.173
16. Страх смерті (до)	16. Страх смерті (після)	2.614	21.0	0.016	0.4091	0.157	0.557
17. Переляк (до)	17. Переляк (після)	2.730	21.0	0.013	0.5000	0.183	0.582
18. Шлунково-кишкові розлади (до)	18. Шлунково-кишкові розлади (після)	2.569	21.0	0.018	0.5000	0.195	0.548
19. Непритомність (до)	19. Непритомність (після)	1.142	21.0	0.266	0.1364	0.119	0.243
20. Прилив крові до обличчя (до)	20. Прилив крові до обличчя (після)	1.449	21.0	0.162	0.1818	0.125	0.309
21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою) (до)	21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою) (після)	1.891	21.0	0.073	0.3636	0.192	0.403

## Додаток Б

Описові статистики за питаннями шкали тривоги Бека до та після  
проведеного тренінгу

Категорія	Середнє		Середнє квадратичне відхилення		Мінімум		Максимум	
	до	після	до	після	до	після	до	після
1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі	0.591	0.318	0.666	0.477	0	0	2	1
2. Відчуття жару	0.682	0.136	0.894	0.351	0	0	3	1
3. Тремтіння в ногах	0.364	0.182	0.658	0.395	0	0	2	1
4. Неможливість розслабитись	1.64	0.636	1.14	0.727	0	0	3	2
5. Страх, що станеться найгірше	1.55	0.591	0.739	0.590	0	0	3	2
6. Головокружіння	0.773	0.182	0.813	0.395	0	0	2	1
7. Прискорене серцебиття	0.909	0.182	0.921	0.395	0	0	3	1
8. Нестійкість, нестабільність	0.955	0.409	1.09	0.590	0	0	3	2
9. Відчуття жаху, це кінець	0.864	0.136	0.990	0.351	0	0	3	1
10. Дратівливість	1.36	0.500	0.902	0.673	0	0	3	2
11. Тремтіння в руках	0.500	0.0909	0.673	0.294	0	0	2	1
12. Відчуття задухи	0.364	0.136	0.658	0.351	0	0	2	1
13. Нерівна хода	0.636	0.182	0.658	0.395	0	0	2	1
14. Страх втрати контролю	1.27	0.455	1.12	0.596	0	0	3	2
15. Труднощі з диханням	0.409	0.318	0.590	0.568	0	0	2	2
16. Страх смерті	0.864	0.455	0.834	0.671	0	0	3	2
17. Переляк	0.727	0.227	0.883	0.429	0	0	3	1
18. Шлунково-кишкові розлади	1.00	0.500	1.11	0.913	0	0	3	3
19. Непритомність	0.182	0.0455	0.501	0.213	0	0	2	1
20. Прилив крові до обличчя	0.591	0.409	0.854	0.734	0	0	3	3
21. Посилене потовиділення (НЕ пов'язане зі спекою)	0.773	0.409	0.973	0.503	0	0	3	1

