

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Вплив психологічних особливостей життєстійкості на посттравматичне
зростання в умовах війни**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-231 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Шершун О.В.
(прізвище та ініціали)
Керівники
к.психол.н.
Іванова Є.О.
к.психол.н., доц.
Карамушка Т.В.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23 » червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2025

АНОТАЦІЯ

Дипломна робота присвячена вивченню впливу психологічних особливостей життєстійкості на посттравматичне зростання особистості в умовах війни. В дослідженні порівнювались результати експериментальної та контрольної груп (українці які з початком війни залишились в Україні, та які виїхали за кордон) за методиками тест життєстійкості С. Мадді, шкала резильєнтності Коннора-Девідсона, шкала сприйнятого стресу, госпітальна шкала тривоги та депресії, шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL-цивільна версія) та опитувальник посттравматичного зростання. Аналіз отриманих даних проводився наступними методами математично-статистичного аналізу: описові статистики, кореляційний аналіз, множинні лінійні регресії та дисперсійний аналіз. Новизна роботи полягає у дослідженні феномену життєстійкості саме в контексті війни, як ресурсної бази подальшого посттравматичного зростання особистості.

Ключові слова: життєстійкість, війна, резильєнтність, стрес, посттравматичне зростання, залученість, контроль, прийняття виклику, стресостійкість.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ.....	11
1.1. Життєстійкість як психологічний конструкт: визначення, характеристика та механізми формування.....	11
1.2. Посттравматичне зростання: визначення, основні моделі та взаємозв'язок з життєстійкістю.....	17
1.3. Дослідження зв'язку посттравматичного зростання з життєстійкістю, резильєнтністю та ПТСР.....	25
Висновки до Розділу 1.....	31
РОЗДІЛ II. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	33
2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик.....	33
2.2. Характеристика вибірки.....	41
Висновки до Розділу II.....	47
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ НА ПОСТТРАВМАТИЧНОЕ ЗРОСТАННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	49
3.1. Рівень життєстійкості, ПТЗ та кореляційні зв'язки з іншими змінними.....	49
3.2. Предиктори посттравматичного зростання.....	57
3.3. Зв'язок життєстійкості та ПТЗ з анкетними даними.....	60
3.4. Розробка практичних рекомендацій підвищення рівня життєстійкості та посттравматичного зростання в умовах війни.....	76

Висновки до Розділу III.....	80
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	87
ДОДАТКИ.....	92

ВСТУП

Актуальність теми. Війна це потужний стресор, який суттєво впливає на психологічний стан людини. Війна, що триває вже понад три роки є фактором хронічного стресу і в той же час вже стала звичним фоном нашого життя. Майже щодня прямо або опосередковано українці, як ті, що проживають в Україні, так і ті, хто був вимушений виїхати в більш безпечні країни, проживають травматичний досвід пов'язаний з воєнними діями, руйнуваннями, смертями військових та цивільних громадян, одночасно перебуваючи в повній невизначеності щодо майбутнього.

Особливим викликом для психологів, психотерапевтів, психіатрів та інших фахівців в сфері ментального здоров'я сьогодні є задача допомогти нашим співгромадянам прожити цей руйнівний досвід війни, не зруйнувавшись самим, переосмислити та асимілювати жахи і виклики, які доводиться долати щодня та за можливості винести з них цінні усвідомлення, які в подальшому можуть стати основою для росту та якісних особистісних змін.

Чимала кількість наукових робіт та досліджень останніх десятиліть присвячена вивченню теми психологічної травми, її впливу на фізичне та психоемоційне здоров'я людини, розвиток та перебіг ПТСР та інших можливих патологій. В той же час, цілий ряд дослідників наголошує на важливості фокусуватись не тільки на вивченні негативних та патологічних наслідків травми як для фізичного, так і для психологічного здоров'я людини, а звернути увагу на вивчення ресурсів, необхідних для успішної адаптації та механізмів, які можуть призводити до позитивних змін та внутрішнього зростання після пережитого травматичного досвіду.

Поряд із негативними наслідками травматичних подій, багато людей демонструють феномен посттравматичного зростання (ПТЗ), який супроводжується переосмисленням життєвих цінностей та особистісними трансформаціями. Важливу роль у цьому процесі відіграє життєстійкість, яка

допомагає адаптуватися до складних умов і перетворити негативний досвід у можливості для зростання.

Життестійкість, як характеристика особистості, є одним з основних механізмів подолання стресу та включає в себе набір психологічних ресурсів, які дозволяють індивідам не лише справлятися з викликами, але й перетворювати їх на можливості для особистісного зростання. Життестійкість не є сталою рисою, а скоріше динамічним процесом адаптації та внутрішньої трансформації особистості під дією стресових факторів, які сприймаються не як загроза існуванню, а як виклик. В світлі даної концепції стресові ситуації можуть спонукати людину до переосмислення своїх цінностей, переконань і життєвих пріоритетів, допомогти розвинути адаптивність та нові шляхи вирішення проблем.

Посттравматичне зростання — це також трансформаційний процес, який призводить до глибоких позитивних змін на рівні особистості та виникає в результаті тотального переосмислення досвіду пережитих травматичних подій. Воно проявляється не лише у здатності людини справлятися із труднощами, а й у досягненні нового рівня розвитку, що супроводжується значущими змінами в ключових життєвих сферах, переоцінкою цінностей та якісно новим рівнем взаємовідносин з собою, оточуючими та навколишнім світом.

Обидва феномени, хоча не є тотожними, проте мають спільне філософське коріння, а саме філософію стоїцизму, яка сягає часів Сенеки та Марка Аврелія. Пізніше описи явища переосмислення життєвих криз і викликів як джерела зростання і внутрішньої сили знаходимо в творах С.К'єркегора, А. Шопенгауера, Ф. Ніцше, а згодом В. Франкла та І. Ялома. Саме філософію стоїцизму, екзистенціалізму та пізніше екзистенційну психологію можна вважати підґрунтям та базою подальших досліджень та вивчення теми актуалізації людських внутрішніх ресурсів перед обличчям складних життєвих обставин задля подальшого розвитку та зростання.

Серед тих, хто займався вивченням життестійкості та посттравматичного зростання вже з наукової точки зору, в першу чергу слід зазначити Сальваторе

Мадді, Сьюзен Кобаса, Анн Мастен, Д.Кошаба, Річарда Тедескі та Лоуренса Калхуна, а також П. Лайнлі, С. Джозефа, А. Альмедом, Р. Янофф-Бульманн, Р. Пападопулоса, Т. Золнер та А. Маеркер. Серед вітчизняних науковців вивченням даних феноменів займались О.Чиханцова, Т.М. Титаренко, Т. Ларіна, О. Кокун, Т. Мельничук, К. Сахарова, В.О. Климчук, Ю.М. Чемодурова та інші.

Теоретико-методологічна основа дослідження. В ході роботи над дослідженням ми спиралися на праці зарубіжних та вітчизняних науковців, які досліджували та описали феномен життєстійкості особистості, особливості його формування та значущі характеристики. В першу чергу це Сальваторе Мадді, Сьюзен Кобаса та Анн Мастен, а також О. Чиханцова, Т.М. Титаренко, Т. Ларіна, О. Кокун, Т. Мельничук, К. Сахарова та інші. У вивченні природи феномену посттравматичного зростання ми спиралися в першу чергу на роботи авторів самого терміну – Річарда Тедескі та Лоуренса Калхуна, а також П. Лайнлі, С. Джозефа, А. Альмедом. Також ми опрацювали цілу низку праць вітчизняних науковців, а саме В.О. Климчука, Титаренко Т.М., О. Кокуна, Чемодурової Ю.М. В ході роботи над дослідженням ми також вивчали праці Г. Сельє та Р. Лазаруса про природу біологічного та психоемоційного стресу, та їхній зв'язок з досліджуваними феноменами.

Проведений нами аналіз наявної наукової бази досліджень в цій сфері (Almedom, A. M. (2005), Waysman et al. (2001), Altinsoy & Ayray (2021), Levine et al., (2009), Zerach, Solomon, Cohen та Ein-Dor (2013), Kimhi et al., 2023, О.Кокун (2024), Kang et al., (2024), Liu et al., (2017), Куряпов та ін., 2023)) свідчить про те, що у вітчизняних та світових науковців є інтерес до вивчення механізмів якісної адаптації та позитивної трансформації травматичного досвіду в особистісне зростання. Проте, більшість з них присвячена вивченню явищ резильєнтності та інших особистісних ресурсів, а також їхнього взаємозв'язку із посттравматичним зростанням. Феномен життєстійкості саме в контексті війни, як фактора хронічного стресу, та його взаємозв'язок із посттравматичним зростанням є недостатньо вивченим та представленим у зарубіжних та вітчизняних наукових публікаціях.

Саме тому дане дослідження має на меті проаналізувати та емпірично вивчити вплив психологічних особливостей життєстійкості на посттравматичне зростання серед українців, які переживають наслідки війни в Україні (експериментальна група) та за кордоном (контрольна група).

Об'єктом дослідження є життєстійкість особистості та посттравматичне зростання.

Предметом дослідження є вплив життєстійкості особистості на посттравматичне зростання в умовах війни.

Метою даної роботи є емпіричне обґрунтування впливу психологічних особливостей життєстійкості на посттравматичне зростання українців, які переживають наслідки війни в Україні (експериментальна група) та за кордоном (контрольна група).

Реалізація мети потребує вирішення наступних **дослідницьких завдань**:

1. Визначити та охарактеризувати поняття життєстійкості та посттравматичного зростання, їхні особливості в контексті війни та взаємозв'язок.
2. Визначити чи є відмінності в рівнях життєстійкості та посттравматичного зростання та інших психологічних змінних в двох групах досліджуваних.
3. Дослідити кореляційні зв'язки між життєстійкістю, ПТЗ та іншими психологічними змінними (стрес, тривога, депресія, наявність симптомів ПТСР).
4. Визначити предиктори посттравматичного зростання.
5. Визначити чи є зв'язок життєстійкості та ПТЗ з анкетними даними за допомогою дисперсійного аналізу.

Відповідно до поставлених завдань було використано такі **методи дослідження**:

- а) Для вирішення теоретичних завдань: аналіз, синтез, порівняння, класифікація, узагальнення та систематизація даних.
- б) Для вирішення емпіричних завдань були використані такі методики:

- Тест життєстійкості С. Мадді.
- Шкала стресостійкості К.Коннора та Дж.Девідсона.
- Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)
- Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL-цивільна версія)
- Опитувальник посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун)
- Авторська анкета

Характеристика вибірки. В дослідженні приймали участь 90 респондентів, а саме:

- Експериментальна група: 59 досліджуваних, які з початку повномасштабного вторгнення залишились на території України.
- Контрольна група: 31 досліджуваний, які з початку повномасштабного вторгнення виїхали за кордон.

Теоретична значущість роботи полягає в дослідженні відмінностей загального рівня життєстійкості та посттравматичного зростання в контрольній та експериментальній групах, а також їхнього взаємозв'язку з іншими психологічними змінними, такими як тривога, депресія, резильєнтність, сприйнятий стрес та симптоми ПТСР. Робота сприяє розвитку уявлень про природу життєстійкості як багатовимірного психологічного феномену, дозволяє краще зрозуміти механізми, які допомагають людям адаптуватися до тривалих стресових ситуацій та спонукають до особистісних трансформацій, відомих як посттравматичне зростання. Дослідження життєстійкості та посттравматичного зростання в умовах війни розширює знання про психологічні ресурси, які сприяють збереженню психічного здоров'я навіть у несприятливих умовах.

Практична значущість роботи полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки осіб, що пережили травматичні події, з метою зміцнення їхньої життєстійкості та стимулювання посттравматичного зростання, а також були апробовані на науково-практичній конференції «Війна, мир, людина: сучасний погляд та переосмислення» (12–13 квітня 2025 року, м. Київ). Подальші дослідження

можуть бути зосереджені на вивченні психологічних механізмів, що сприяють посттравматичному зростанню, та розробці інтервенцій, спрямованих на його підсилення в умовах війни. Таким чином, значущість дипломної роботи полягає у внеску знань про збереження психічного здоров'я та створення основ для практичних інтервенцій, спрямованих на покращення якості життя людей в умовах війни.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ

1.1. Життєстійкість як психологічний конструкт: визначення, характеристика та механізми формування

Вперше в науковій літературі термін життєстійкість (hardiness) почав використовуватися в 70-х роках і пов'язаний з іменами двох дослідниць: Сьюзен Кобаса (Susan Kobasa) та Енн Мастен (Ann Masten).

Сьюзен Кобаса була однією з перших, хто вивчав концепцію життєстійкості та її вплив на психічне здоров'я, особливо в умовах стресу. Її дослідження розпочалися в 1970-х роках, коли дослідниця звернула увагу на те, як деякі люди здатні успішно справлятися зі стресом і труднощами завдяки певним психологічним характеристикам. В своєму основному дослідженні [26] науковиця визначає життєстійкість як особистісну характеристику, що включає три головні характеристики:

- контроль (control) - відчуття, що людина може впливати на події і має контроль над своїм життям.
- включеність або залученість (commitment) - сильне бажання бути залученим у діяльність і досягати цілей.
- Виклик або прийняття ризику (challenge) - спосіб сприйняття труднощів як можливостей для зростання і навчання, а не як загроз.

На її думку, саме ці компоненти допомагають індивідам адаптуватися до стресу і підтримувати фізичне і психологічне здоров'я. Дослідження включало опитування учасників про їхнє сприйняття стресових подій у житті, а також про їхні особистісні риси. В результаті було виявлено, що особи з високим рівнем

життєстійкості (тобто, ті, хто демонструє контроль, включеність і прийняття викликів) мали менше фізичних симптомів, пов'язаних зі стресом. Кобаса також виявила, що люди з високим рівнем життєстійкості частіше переживають стресові ситуації без серйозних негативних наслідків не тільки для свого фізичного, але й психічного здоров'я. Це відкриття призвело до висновків, що розвиток життєстійкості може сприяти зменшенню рівня стресу і запобіганню захворюванням, пов'язаним зі стресом. Також життєстійкість була пов'язана з кращою адаптацією до стресових ситуацій, що свідчить про важливість особистісних рис у відповідях на стрес. Кобаса підкреслює важливість розуміння особистісних факторів у контексті стресу і здоров'я.

Пізніше Сюзан Кобаса провела серію досліджень із представниками різних професій, включаючи менеджерів і медичних працівників, щоб вивчити, як життєстійкість впливає на їхні реакції на стрес. Її дослідження підтвердили, що люди з високим рівнем життєстійкості краще адаптуються до стресових ситуацій [27]. Вона також створила опитувальники для вимірювання рівня життєстійкості, які й досі використовуються у психологічних дослідженнях і практиці.

Результати роботи Сюзан Кобаса стали основою для подальших досліджень у галузі психології, зокрема в темах стресу, адаптації і психологічного здоров'я. Її праці і сьогодні продовжують мати велике значення для дослідників та практиків.

На відміну від Сюзан Кобаса, яка акцентувала увагу на тому, як деякі люди здатні успішно справлятися зі стресом і труднощами завдяки певним психологічним характеристикам, в центрі досліджень Енн Мастен здатність людей адаптуватись до труднощів. Зокрема у 80-х роках науковиця вивчала, як діти, які пережили травматичні події, можуть успішно адаптуватися й розвиватися, незважаючи на труднощі. Однією з ключових робіт Енн Мастен є стаття "Resilience in children: Developmental perspectives." ("Резильєнтність у дітей: перспективи розвитку") [43], в якій авторка пропонує кілька ключових поглядів на життєстійкість у дітей, а саме:

1. Життєстійкість як процес: Мастен підкреслює, що життєстійкість не є статичною рисою, а процесом, який може проявлятися в різних контекстах і ситуаціях. Це означає, що діти можуть демонструвати життєстійкість в одних обставинах, але бути вразливими в інших.

2. Важливість середовища: Вона наголошує на ролі соціального середовища, включаючи сім'ю, однокласників і громаду, у формуванні життєстійкості. Позитивні стосунки та підтримка з боку значимих людей можуть значно підвищити здатність дітей долати труднощі.

3. Адаптивні механізми: Мастен досліджує різні адаптивні механізми, які діти використовують для подолання стресу та викликів. Це можуть бути як внутрішні ресурси (самостійність, здатність до саморегуляції), так і зовнішні (соціальна підтримка).

4. Позитивні переживання: Вона також вказує на те, що життєстійкість може бути пов'язана з позитивними переживаннями і емоціями, такими як оптимізм і впевненість у собі, які допомагають дітям справлятися з труднощами.

5. Розвиток життєстійкості: Мастен вважає, що життєстійкість може бути розвинена через навчання і тренування, що підкреслює важливість програм інтервенції, спрямованих на підтримку дітей у важких умовах.

Подальші дослідження та поглиблене вивчення поняття життєстійкості пов'язують з іменем ще одного видатного психолога і дослідника сучасності - Сальваторе Мадді. Мадді розглядає концепт життєстійкості через призму екзистенційної психології. На думку вченого поєднання запропонованих Кобаса концептів контролю, залучення та виклику складає основу екзистенційної сміливості [35]. Ці складові структурують нашу взаємодію зі світом та мотивують долати труднощі. Разом вони підсилюють нашу усвідомленість того, що ми самі формуємо сенс нашого життя, власним вибором, який робимо попри страх невідомого. Він також наголошує на рівнозначності всіх трьох складових для повноцінного та повного життя, а також на важливості так званого "четвертого компонента" життєстійкості – суми трьох зазначених вище, оскільки всі вони повинні мати достатній рівень розвитку [37]. Наприклад, розвинений

компонент залученості або включеності народжує потребу брати участь в суспільному житті, в розширенні соціальних зв'язків, надає людині відчуття мети та сприяє формуванню активної життєвої позиції. Протилежністю в даному випадку є ізоляція та відчуженість, які породжують відчуття нудьги та безглуздості свого життя. В разі розвиненого компоненту контролю людина переконана, що своїми зусиллями може впливати на життєві обставини, оточення, а також прагне мати вплив на результати свого життя, яким би складним воно не було. Протилежним йому є позиція жертви та безсилля, що лише посилюють фрустрацію в разі переживання стресових подій. Розвинений компонент виклику дозволяє бачити стрес складовою частиною життя, та можливістю до зростання, а життєві зміни природнім процесом, який можна використати на власну користь, в разі їхнього прийняття. Протилежне ставлення призводить до стагнації та ригідності. Люди, які не бояться приймати виклики не потребують постійного відчуття безпеки та комфорту, а отже є більш гнучкими і здатними адаптуватись до стресу [39]. Брак розвитку одного з цих компонентів стає перешкодою до гармонійного розвитку особистісної життєстійкості, тому тільки разом їхнє поєднання складає основу екзистенційної сміливості та мотивації до подолання стресу та потенційного зростання а також, на думку Мадді, є невід'ємною складовою та умовою процвітання та повноцінного життя [37].

Сальваторе Мадді також наголошує на тому, що життєстійкість є динамічним процесом, який змінюється залежно від контексту та обставин, а отже в різні моменти життя впливати на здатність людини справлятися з труднощами можуть різні фактори можуть. Як і Мастен, Мадді вважає, що життєстійкість може бути розвинута через навчання і практику. Він говорить про важливість програм і тренінгів, спрямованих на розвиток цих навичок.

Також окрім трьох основних складових залученості, контролю та виклику, науковець виокремлює важливість соціальної підтримки та позитивного мислення як важливі чинники здатності долати труднощі.

Окремо слід підкреслити, що зазначені вище три компоненти життєстійкості С. Мадді вважав “шляхом до розвитку резильєнтності в умовах стресу” [37]. Оскільки поняття резильєнтності та життєстійкості є змістовно близькими, проте не тотожними, важливо прояснити ключові смислові відмінності даних понять. Термін резилієнс (resilience) також почав з’являтися в світовій науковій літературі в 70-х роках минулого століття та набув особливої популярності в останні десятиліття. Схожим до резилієнсу є ще один термін – резильєнтність і хоча обидва терміни часто перекладають українською як “стресостійкість”, “психологічна пружність” та “психологічна стійкість”, згідно О. Кокуна та Т. Мельничук, смислова відмінність між ними полягає в тому, що “резилієнс є процесом, а резильєнтність – властивістю (або здатністю) особистості” [5, с.5].

Згідно визначення американської психологічної асоціації: “резилієнс є процесом і результатом успішної адаптації людини до важких або складних життєвих обставин, насамперед, через розумову, емоційну та поведінкову гнучкість, а також через пристосування до зовнішніх і внутрішніх вимог” [5, с.5]. В той же час резильєнтність є здатністю психіки адаптуватись та відновлюватись після впливу несприятливих або травматичних подій [5, с.5]. Вона включає в себе актуалізацію розумових, емоційних та соціальних ресурсів для подолання наслідків стресової події.

Також слід розмежовувати поняття життєстійкості та коупінг-стратегій. Перша відмінність полягає в тому, що коупінг-стратегії це певні алгоритми дій, що є звичними для кожної окремої особи в стресовій ситуації. Життєстійкість є особистісною рисою. Друга відмінність полягає в тому, що коупінг-стратегії можуть бути як продуктивними, так і деструктивними, в той час, як життєстійкість завжди направлена на зростання особистості і є ефективною в подоланні стресу [10].

Оскільки життєстійкість — це здатність індивідів адаптуватися до невдач, стресу та труднощів, зберігаючи при цьому психічне та емоційне благополуччя, вона розглядається як динамічний процес, який включає взаємодію

особистісних, соціальних та екологічних факторів [48]. Відповідно до цього можна виділити дві групи факторів, що впливають на формування життєстійкості: зовнішні та внутрішні.

До зовнішніх факторів належать соціальні фактори, такі як взаємодія з родиною, суспільством та оточуючим середовищем, які здатні забезпечувати емоційну та практичну підтримку. Важливим також є культурний контекст, оскільки культурні цінності та норми можуть впливати на те, як особи сприймають та справляються з труднощами [19]. На думку С. Мадді, хоча життєстійкість можна розвивати в будь-якому віці, основні її компоненти все-таки формуються в ранньому дитинстві та підлітковому віці, а отже родина в даному питанні має перший і основний вплив. Також згідно С. Мадді, позитивно на формування цих компонентів впливають виховання впевненості у собі та відчуття призначення, а також цінності, які формуються в родині. Негативний вплив на розвиток життєстійких рис в майбутньому мають перенесені в дитинстві стреси, відсутність підтримки та почуття відчуженості та ізоляції [38]. Окремо слід зазначити, що важливою умовою розвитку життєстійкості є не тільки підтримка, але й відчуття безпеки та відсутність безпосередньої загрози для життя в середовищі де зростає чи перебуває людина.

До внутрішніх факторів в першу чергу належать такі особистісні якості, як адаптивність, емоційна регуляція та оптимізм [34]. О. Кокун також виділяє наступні: екстраверсію, позитивне світосприйняття, спрямованість на самореалізацію, гарне фізичне та психічне здоров'я, здоровий спосіб життя, освіта, особистісна зрілість та інтелект, навички рефлексії та аналізу, фізична та психологічна витривалість [5, с.15]. Окремо деякі науковці до внутрішніх факторів відносять індивідуальні коупінг-стратегії подолання стресу та навички емоційної саморегуляції.

Дослідження життєстійкості дітей [47] дозволили науковцям виділити такі загальні якості: адаптивність, впевненість у собі, незалежність, прагнення до досягнень, соціальна взаємодія [10]. С. Мадді серед внутрішніх факторів виділяє

також розвинений вольовий компонент, стійкість до фрустрації, соціальну компетентність та норми розвитку когнітивних структур [42].

Таким чином, життєстійкість є комплексним і багатовимірним явищем, яке вимагає інтеграції різних внутрішніх та зовнішніх факторів та має певні механізми формування і розвитку. Розуміння цих факторів і механізмів є ключовим для побудови ефективних стратегій адаптації до стресу, збереження психічного здоров'я та подальшого особистісного зростання.

1.2. Посттравматичне зростання: визначення, основні моделі та зв'язок з життєстійкістю

В своїй статті “Стратегії сприяння посттравматичному зростанню особистості” Титаренко Т.М. [12] посилається на британських авторів П. Лайнлі та С. Джозеф [32], які, проаналізувавши 39 емпіричних досліджень, роблять висновок, що у близько 30-70% постраждалих від різного роду травмуючих подій спостерігається наявність позитивних змін. Одним з перших доказові результати в підтвердження цього феномену отримав саме С.Джозеф досліджуючи постраждалих в наслідок катастрофи порому Herald of Free Enterprise біля берегів бельгійського порту Зеебрюгге у 1987 році, в якій загинуло 193 пасажери та члени команди. Згідно отриманих дослідником даних, 43% постраждалих в 1990 році відзначали зміни на краще в життєвих поглядах [22, с. 336].

Термін посттравматичне зростання вперше в науковий оббіг ввели Річард Тедескі та Лоуренс Калхун у 1996 році. На той момент вчені вже близько 10 років досліджували це досить відоме в психології явище, яке раніше мало назву “трансформація травми” або “зростання пов'язане зі стресом”. Згідно дослідників, посттравматичне зростання – це “досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною в результаті зіткнення з кризовими життєвими ситуаціями” [51]. В своєму розумінні цього явища вони спирались на філософію стоїцизму, буддизму, раннього християнства а також екзистенційних філософів і психологів, таких як С. К'єркегор, А. Шопенгауер, Ф. Ніцше, В. Франкл, І. Ялом

і т.п., які розглядають життєві випробування як можливості до внутрішніх змін та зростання, а людські страждання бачать потенційним джерелом блага за умови ефективного когнітивного переосмислення, розуміння їхнього сенсу, а також асиміляції отриманого досвіду в подальше життя.

Говорячи про посттравматичне зростання, важливо також розуміти, та визначити, що саме розуміється під словом травма. Згідно DSM-5, травма є результатом “експозиції до смерті, загрози смерті, серйозного поранення або його загрози, сексуального насилля або його загрози, у такі способи: безпосередньо пережити, бути свідком, дізнатися про пережиття травми родичем або близьким другом, експозиція до відразливих деталей травми, зазвичай у часи виконання професійних обов’язків” [17].

Тадескі та Калхун зазначають, що до переліку травматичних подій, які можуть сприяти особистісному росту належать такі стресові події, як проблеми зі здоров’ям (рак, ВІЧ, трансплантація органів, серцевий напад, переживання хвороби дитини), автомобільні та інші транспортні аварії, стихійні лиха, бойові дії, досвід вимушеного переміщення та полону, сексуальне та фізичне насильство [51]. На думку вчених, кожна з цих подій може подібно землетрусу вщент зруйнувати всі існуючі уявлення індивіда про себе, оточуючий світ та причинно-наслідкові зв’язки в ньому, а разом з тим відчуття безпеки, контролю та передбачуваності, все, що формує “світ наших припущень” та є основою для прийняття рішень, відчуття сенсу та загального розуміння життя і себе в ньому [51, с.5].

Сила травми вимірюється силою руйнувань звичного світу людини. Отже важливо розуміти, що посттравматичне зростання є результатом саме внутрішньої боротьби з новою реальністю, на відміну від зростання, пов’язаного зі стресом, яке є природнім наслідком подолання менш масштабних життєвих складнощів. Якщо останнє є адаптаційною реакцією на стрес та не обов’язково веде до глибоких екзистенційних змін, ПТЗ – це глибоко трансформаційний досвід, який є результатом внутрішньої боротьби, переоцінки цінностей та побудови нових базових уявлень про себе і світ, які інтегрують в себе пережитий

травматичний досвід, та в майбутньому є вже більш стійкими до нових життєвих викликів. Внаслідок ПТЗ людина перевищує рівень власного особистісного розвитку, на якому перебувала до переживання травматичної події.

Спираючись на досвід людей, які свідчили про внутрішні позитивні зміни переживши високостресові події в житті, автори виокремили п'ять ключових сфер, у яких може відбуватися ПТЗ, і які стали основою опитувальника посттравматичного зростання:

1. Покращення міжособистісних стосунків – розвиток більш глибоких і значущих зв'язків із людьми.
2. Відкриття нових можливостей у житті – переосмислення кар'єрних чи інших життєвих шляхів.
3. Зростання особистої сили – відчуття власної стійкості перед труднощами.
4. Глибше духовне або екзистенційне розуміння – нове бачення сенсу життя.
5. Підвищена цінність життя – більше усвідомлення радості в повсякденних речах.

Запропоновані дослідниками виміри особистісних змін являють собою основну функціонально-описової моделі ПТЗ, яка вбачає суть процесу саме в когнітивній обробці пережитого досвіду. Проте, в рамках цієї моделі існують інші погляди. Наприклад, дослідниця Р. Янофф-Бульманн, автор когнітивної теорії травми, виокремлює три типи зростання: “стійкість через страждання” – відкриття в собі нових якостей, яке призводить до нового самосприйняття; “екзистенційна переоцінка” – переоцінка та створення нових цінностей; “психологічна готовність” – фокусування на змінах в середовищі та взаємовідносинах [20].

Інший погляд на ПТЗ запропонував С. Джозеф в рамках особистісно - центрованої моделі, яка подібна до попередньої так само фокусується на когнітивній асиміляції та адаптації досвіду для зміни я-концепції, проте говорить про те, що зростання відбувається в трьох вимірах – покращення стосунків з людьми; кращій та більш впевнений погляд на себе; переоцінка життєвої філософії з переглядом пріоритетів та зростанням почуття вдячності [21].

Слід також згадати запропонований Джозефом наративно-орієнтований, цілісний підхід, який сприяє зростанню – так звана thrive модель або модель добробуту. Дана модель є особливо цінною для спеціалістів в сфері надання психологічних послуг завдяки своїй практичності, та включає в себе наступні елементи:

- “Провести інвентаризацію” (Taking stock) – переконатись, що клієнт в безпеці та надати необхідну допомогу, щоб справитись з реакцією на стрес або стресовим розладом.
- “Зібрати врожай надії” (Harvesting hope) – вчитись дивитись в майбутнє з надією.
- “Ре-авторизація” (Re-authoring) – переписати власний досвід, експресивне письмо.
- “Ідентифікувати зміни” (Identifying change) – помічати зміни, зокрема зростання, яке можна вимірювати за допомогою шкал, опиувальників.
- “Ціннісні зміни” (Valuing change) – розвинути впевненість у нових пріоритетах.
- “Проявляти зміни через дію” (Expressing change in action) – активно шукати способи привнести посттравматичне зростання у взаємодію із зовнішнім світом [22].

Запропонована Джозефом модель є особливо цінною в контексті посттравматичного зростання, оскільки показує етапність процесу зростання, наголошує на практичних інструментах, тим самим інтегруючи практику в теорію ПТЗ, та сприяє асиміляції травматичного досвіду в життя людини, допомагаючи трансформувати біль у силу.

Існує також біопсихосоціальна модель ПТЗ, запропонована М.Крістофером, яка розглядає реакцію на травматичну подію як еволюційно сформований механізм мета-навчання, який спричиняє руйнування та подальше відновлення базових метасхем — уявлень про себе, суспільство та природу. Така реакція може проявлятися як у формі посттравматичного стресового розладу, так і у формі посттравматичного зростання, що виникає через перебудову

когнітивних структур. Водночас автор наголошує, що вирішальним чинником зростання є не сам механізм мета-навчання, а саме середовище, в якому перебуває людина після пережитої травми [18].

Титаренко Т.М. розглядає ПТЗ як процес зростання антикрихкості, яка веде до більш продуктивного функціонування та стосунків з собою і світом. [11].

Слід також зазначити, що не кожна людина здатна до якісного переосмислення та інтеграції травматичного досвіду, а отже і до зростання, тому що окрім наявності травматичної події, важливу роль у подальшій трансформації відіграють особистісні якості людини. Насамперед згідно Тадескі та Калхаун це екстраверсія та відкритість новому досвіду, вміння управляти емоціями, зокрема негативними та здатність до саморефлексії та когнітивного переосмислення травматичного досвіду, без застрягання в румінації. Окремо автори наголошують на важливості соціальної підтримки та підтримуючого середовища загалом [51, с.9]. Переосмислення та ставлення до пережитих подій грає чи не основну роль в процесі зростання, оскільки саме здатність позитивно оцінити себе та свій досвід, з фокусом уваги на сильних сторонах та ресурсах, є базою даного процесу.

Лайнлі та Джозеф в своєму огляді, який згадувався вище [32] дійшли висновку, що окрім когнітивного переосмислення травматичних спогадів, серед факторів, що сприяють ПТЗ виділяють також релігійність, прийняття та оптимізм.

Климчук В.О. також наводить результати метааналізу 87 досліджень, який у 2006 році провели В. Хельгесон, К. Рейнолдс та П. Томіч, які виділили позитивну кореляцію ПТЗ з оптимізмом, релігійністю та коупінг-стратегіями позитивної реінтерпретації, прийняття та заперечення [4, с.35]. Таким чином посттравматичне зростання має певні закономірні кореляції з особистісними якостями та стратегіями поведінки в процесі переосмислення та адаптації до травматичного досвіду.

На думку Р. Пападопулоса, автора психолого-філософської моделі посттравматичного зростання, ключовими предикторами або факторами ПТЗ є

життєва історія та психологічні особливості людини (попередній досвід, освіта, захисні механізми тощо), стосунки (родина, соціум), обставини травматичного досвіду та власний сенс, яким людина здатна його наділити [46].

Чемодурова Ю.М. також наводить модель Т. Золнер та А. Маеркер, яка є двокомпонентною моделлю суб'єктивного сприйняття та розглядає ПТЗ в довгостроковій перспективі як конструктивне або дисфункціональне, тому що в короткостроковій перспективі на думку вчених, те, що сприймається як ПТЗ може бути лише коупінг стратегією подолання стресу [14].

Також, на думку дослідників, які вивчали явище посттравматичного зростання важливо розрізнити власне ПТЗ від інших схожих за змістом понять, таких як життєстійкість, резильєнтність, оптимізм, почуття узгодженості, тощо. Тедескі та Калхаун вважають, що дані поняття більше говорять про здатність людини протистояти та відновлюватися після стресових подій, тоді ж як ПТЗ передбачає якісні зміни у всіх сферах функціонуванні людини [51].

В.О. Климчук в своїй монографії також наголошує на відмінності понять посттравматичного зростання та психологічної відновлюваності, під яким він розуміє явище, що включає в себе такі особистісні якості як життєстійкість, резильєнтність та опір стресу, та визначає його як “процес доброї адаптації при зіткненні із життєвими складнощами” [4, с.25]. Автор визначає дане явище не як рису особистості, а як набір певних стратегій та дій для успішного коупінгу зі стресом. Таким чином явище психологічної відновлюваності не є чимось винятковим, а радше здобутою навичкою, якій можна навчитися та розвивати, зокрема завдяки якісній психологічній допомозі. В той же час ПТЗ, на думку автора “є результатом і явищем, яке відбувається з людиною” [4, с.27].

Посттравматичне зростання є складним, поетапним процесом, який активізує багато адаптаційних і особистісних ресурсів людини, одним з найважливіших з яких, на нашу думку, є життєстійкість. Життєстійкість і посттравматичне зростання є взаємопов'язаними адаптаційними феноменами. В першу чергу слід зазначити, що обидва поняття мають спільне філософське підґрунтя на перетині екзистенційної психології та філософії з прикладною сферою психології стресу.

На формування концепцій Сальваторе Мадді, Річарда Тадескі та Лоуренса Калхауна мали значний вплив праці філософів екзистенціалістів, зокрема С.К'єркегора та засновника логотерапії і екзистенційного аналізу В. Франкла.

Якщо подивитись ширше, перші спроби визначити та описати феномени адаптації та зростання в наслідок важких життєвих випробувань відомі ще з часів античності, а саме філософії стоїцизму. Перші спроби обґрунтувати здатність людини до осмислення та стоїчного ставлення до непідвладних нашій волі подій належать таким відомим античним філософам як З. Сенека та М. Аврелій. Суть концепції стоїків в тому, що “важкі життєві ситуації не можуть нашкодити людині проти її волі, тому що важлива не сама ситуація, а емоційне реагування на неї. Філософи закликали відповідати на події розумом, а не емоціями” [14, с.13].

Окрім важливості контролю над власними думками і емоціями, а отже ставленням до життя, стоїки також наголошують на тому, що страждання є невід’ємною складовою нашого життя, а отже важливо навчитись ставитись до них з мудрістю, та використовувати як можливість для особистісного зростання і вдосконалення моральних якостей, таких як стійкість і мужність. Стоїки вчили приймати те, що нам непідвладно і натомість концентруватись на тому, що ми можемо контролювати, таким чином розвиваючи внутрішню силу і моральні якості через боротьбу з труднощами.

Філософія стоїків мала значний вплив на ідеї Віктора Франкла, який пізніше розвинув їх в своїй концепції логотерапії. В своїх працях Франкл підкреслював важливість до зростання і пошуку сенсу навіть в найважчих життєвих обставинах, та в можливості їхнього використання для особистісного росту. Багато спільного ідеї Франкла мають з ідеями данського філософа і теолога С. Керкегора. К'єркегор вважав, що людина переживає екзистенційний відчай і безодню абсурдності, з якою вона стикається, усвідомлюючи свою власну обмеженість і невизначеність. Цей відчай може бути спричинений відсутністю сенсу в житті, безумовними виборами або моральними сумнівами. Але, за К'єркегором, тільки через ці екзистенційні труднощі людина може досягти істинної свободи, оскільки саме через страждання і особистісний вибір формує

свій власний сенс [24]. Сенс за Франклом, не є щось готове, що людина знаходить, а щось, що вона створює сама, через своє ставлення до страждання. Обидва філософи наголошують на тому, що особистий вибір і здатність знайти сенс у стражданні є ключем до життєстійкості та внутрішньої свободи.

Життєстійкість та ПТЗ активізуються та розвиваються у відповідь на стресові чи травматичні події, однак життєстійкість виступає як здатність зберігати функціонування і стійкість у процесі кризи, тоді як посттравматичне зростання — як результат глибоких особистісних змін унаслідок осмислення цієї кризи. Вони спільно ґрунтуються на когнітивних механізмах переосмислення досвіду, актуалізації внутрішніх ресурсів (адаптивність, оптимізм, здатність до емоційної регуляції), соціальній підтримці та вольовій активності, спрямованій на адаптацію та розвиток.

Можна виділити наступні спільні риси двох понять:

1. Обидва феномени є реакцією на стресові або травматичні події. Життєстійкість забезпечує здатність адаптуватися до труднощів, а посттравматичне зростання — результат глибокої внутрішньої трансформації внаслідок цих труднощів.
2. І життєстійкість, і ПТЗ спираються на такі особистісні ресурси, як контроль, залученість, прийняття виклику, емоційну саморегуляцію, оптимізм, рефлексію та адаптивність.
3. У процесі подолання труднощів ключову роль відіграє переоцінка життєвих цінностей і смислів, що є спільним механізмом і для життєстійкості (як усвідомлений вибір діяти попри страх), і для ПТЗ (як зміна базових уявлень про себе та світ).
4. Обидва явища розглядаються не як стійкі риси, а як процеси, що змінюються з часом і залежать від контексту, досвіду, соціального оточення та наявної підтримки.
5. Життєстійкість не просто допомагає "вижити", а може стати умовою для переходу до нового рівня особистісного розвитку — тобто передумовою для посттравматичного зростання.

Модель взаємозв'язку життєстійкості та посттравматичного зростання може виглядати, на нашу думку, наступним чином:

Травма → Життєстійкість → [Психосоціальні чинники] → Посттравматичне зростання

Вихідна подія, певний травматичний досвід активізує внутрішні ресурси та механізми адаптації. Одним з них є життєстійкість, яка за допомогою своїх складових (залученість (активна участь у житті попри труднощі), контроль (переконання у здатності впливати на події), прийняття виклику (сприймання змін як стимулу до росту) виступає адаптаційним буфером та дає змогу регулювати емоційний стан, мобілізувати ресурси, та продовжувати функціонування навіть в умовах тривалого стресу. Далі в роль вступають інші психосоціальні фактори, зокрема соціальна підтримка, здатність до рефлексії, цінності та світоглядні установки, рівень стресу, коупінг-стратегії (адаптивні або дезадаптивні). За умов успішної активації всіх наявних особистісних та соціальних ресурсів можливе посттравматичне зростання, а саме підвищення цінності життя, покращення стосунків з іншими, зростання особистісної сили, усвідомлення нових можливостей, духовні або екзистенційні зрушення.

Таким чином, життєстійкість не є синонімом посттравматичного зростання, але виступає як передумова чи каталізатор для його виникнення — особливо в умовах тривалого та хронічного стресу, характерного для воєнного часу.

1.3. Дослідження зв'язку посттравматичного зростання з життєстійкістю, резильєнтністю та ПТСР

Серед великої кількості досліджень на тему внутрішніх ресурсів, їхньої актуалізації в стресові періоди та кореляції з посттравматичним зростанням в умовах життєвих криз і зокрема війни, більшість присвячена вивченню зв'язку резильєнтності з посттравматичним зростанням. Досліджень саме

життєстійкості в даному контексті бракує, проте ми проаналізували деякі з найцікавіших на наш погляд, в особливості дослідження останніх років.

В статті “Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: All paths leading to 'light at the end of the tunnel'?” (Резильєнтність, життєстійкість та посттравматичне зростання: всі дороги ведуть до світла в кінці тунелю?) [15] висуває тезу про те, що в результаті таких психотравмуючих подій як війна та/або вимушене переміщення для людської психіки не завжди буде травма, натомість існують інші можливі шляхи психологічної адаптації або “психологічного переходу”, які можуть призводити як до позитивних так і негативних наслідків. Авторка розглядає взаємозв'язок між ключовими концептами психологічної адаптації — резилентністю, життєстійкістю та відчуттям узгодженості — у контексті посттравматичного зростання та стверджує, що ці поняття, хоча й мають різні теоретичні витoki, ведуть до спільної мети: ефективного подолання життєвих криз і досягнення особистісного зростання після травми. Авторка наводить приклади досліджень Waysman et al. (2001), в якому застосовуючи принципи життєстійкості сформовані С. Кобейса в роботі з ветеранами в Ізраїлі, автори дійшли висновку, що більш схильними до інтеграції травми в своє життя та досягнення задовільного рівня адаптації були ті, хто вважали себе відповідальними за власну долю (контроль), були залучені в значущі для них види діяльності (залученість) та вбачали в пережитому стресі виклик, який можна подолати (виклик) [15, с.260]. Також особливу увагу авторка приділяє теорії салютогенезу А. Антоновського, розглядаючи її як інтегративну основу для пояснення психологічної стійкості, а життєстійкість, зокрема її складові — відчуття контролю та залученість — складовою ресурсної бази подолання стресу.

В дослідженні Altinsoy & Аурау (2021) автори вивчали можливі предиктори посттравматичного зростання, зокрема вплив життєстійкості на ПТЗ. У дослідженні взяли участь 1 132 особи, які були розподілені на сім груп залежно від рівня впливу травматичних подій: безпосереднє переживання травми, свідчення травматичної події, наявність родича, який пережив травму, або їхньої

комбінації. Дослідження показало, що, життєстійкість (особливо компонент "залученість") та рівень стресу після травматичних подій є значущими предикторами ПТЗ, але їхній вплив реалізується переважно через розвиток емоційних та поведінкових коупінг-стратегій, а саме здатності активно шукати позитивні емоції та сенс та тримати фокус на вирішенні проблем, а не на її уникненні [16].

Як зазначалось в першому підпункті даного розділу, життєстійкість та резильєнтність не є тотожними поняттями, вони є змістовно близькими. Існує певна кількість досліджень резильєнтності в контексті травмуючих подій та її зв'язку з посттравматичним зростанням. В одному з них Levine et al., (2009) проводили два дослідження серед Ізраїльтян які були жертвами терористів та ветеранів другої Ливанської війни. Згідно отриманих результатів, вищі рівні резильєнтності були пов'язані з нижчими рівнем ПТЗ [31].

Одним з можливих пояснень зворотнього зв'язку між резильєнтністю та ПТЗ згідно [51], полягає в тому, що в довготривалій перспективі негативні життєві події не мають такого сильного негативного впливу на людей з вищим рівнем резильєнтності, відповідно і мотивація до зростання є нижчою [31].

Ще одне дослідження, в якому вивчався взаємозв'язок між симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), резильєнтністю та посттравматичним зростанням серед ізраїльських колишніх військовополонених та бойових ветеранів - дослідження Zerach, Solomon, Cohen та Ein-Dor (2013), опублікованого в *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* під назвою "PTSD, resilience and posttraumatic growth among ex-prisoners of war and combat veterans" (ПТСР, резильєнтність та посттравматичне зростання серед колишніх військовополонених та ветеранів бойових дій) [52]. Результати дослідження також показали негативну кореляцію між резильєнтністю та посттравматичним зростанням: учасники з високим рівнем резильєнтності та відсутністю симптомів ПТСР повідомляли про найнижчі рівні посттравматичного зростання. В той же час учасники з клінічними та субклінічними симптомами ПТСР демонстрували вищі показники посттравматичного зростання порівняно з життєстійкими

ветеранами. Це може свідчити про те, що зростання виникає внаслідок боротьби з психологічними труднощами, які спонукають потребу в переоцінці життєвих цінностей.

Дані дослідження підкреслюють складний взаємозв'язок між резильєнтністю та посттравматичним зростанням, особливо в контексті військових травм. Результати свідчать про те, що переживання та подолання психологічних труднощів можуть бути необхідними умовами для особистісного зростання після травми.

Цікавим є дослідження Kimhi et al. (2023), в якому порівнювалися рівні резильєнтності, захисні фактори та фактори вразливості серед українського цивільного населення під час війни, а також порівнювалися ці показники з даними ізраїльської вибірки, зібраної після збройного конфлікту в травні 2021 року. Згідно результатів, українці повідомляли про вищі рівні дистресу, відчуття небезпеки та сприйнятих загроз порівняно з ізраїльтянами. Попри це, українські респонденти продемонстрували вищі рівні суспільної та індивідуальної резильєнтності, основними предикторами якої були надія та благополуччя [25]. Висновок, який зробили автори дослідження: війна, яка загрожує незалежності та суверенітету країни, може, за певних умов, підвищити суспільну резильєнтність та надію населення, навіть попри зниження відчуття благополуччя та підвищення рівнів стресу, відчуття небезпеки та сприйнятих загроз.

Серед досліджень, які проводились в Україні з початком повномасштабного вторгнення специфіку ресурсів особистісного зростання дорослого населення протягом перших місяців війни досліджував О. Кокун (Kokun O. The personal growth resources of the adult population following the first months of the war in Ukraine) [28]. Згідно результатів дослідження, найвищий рівень посттравматичного зростання стосувався таких сфер, як: цінування життя, духовні та екзистенційні зміни, нові можливості та стосунки з іншими. Складовими ресурсної бази зростання були виділені: резильєнтність, залученість, контроль та прийняття виклику в контексті професійної

життєстійкості та самоєфективність. Отримані результати підтверджують, що посттравматичне зростання може розвиватися паралельно з емоційним дистресом, а такі особистісні ресурси як резильєнтність та життєстійкість відіграють провідну роль у процесі адаптації до екстремальних обставин війни.

Схоже дослідження Кокун О. проводилось серед українських військових, які пережили полон (Kokun, O. (2024). *The Stability of Mental Health During War: Survey Data from Ukraine*) [29], метою якого було вивчити, чи пов'язані особистісні ресурси з опором до стресу, спричиненого полоном, або з посттравматичним зростанням серед колишніх військовополонених. Згідно результатів, резильєнтність є одним з найсильніших факторів опору стресу, спричиненому полоном та посттравматичного зростання.

Оскільки посттравматичне зростання є результатом пережитого людиною психотравмуючого досвіду, його прийнято вважати іншим полюсом посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Проте, існує цілий ряд досліджень, згідно яких ПТЗ і ПТСР не є взаємовиключними явищами. В деяких випадках ПТЗ розвивається паралельно або після посттравматичного стресового розладу, і між двома станами існує або може спостерігатись позитивна кореляція – вищі рівні посттравматичного зростання пов'язують з вищим рівнем ПТСР. Прикладом дослідження зв'язку та кореляції симптомів ПТСР з проявами ПТЗ є національне дослідження ветеранів США Kang et al. (2024), в якому було виявлено, що у 63,2% ветеранів, які пережили травматичні події, та у 86,4% тих, хто мав симптоми ПТСР, спостерігаються помірні або вищі рівні ПТЗ. Дослідники також відзначили інверсну U-подібну залежність між тяжкістю симптомів ПТСР та рівнем ПТЗ: найвищі показники зростання спостерігалися при середньому рівні симптомів ПТСР. Ключовими чинниками, пов'язаними з ПТЗ, були внутрішня релігійність та нав'язливі симптоми ПТСР [23].

Мета-аналіз 63 досліджень Liu et al. (2017), проведених з 1996 по 2015 рік охоплював 26, 951 пацієнта показав помірну позитивну кореляцію між симптомами ПТСР та ПТЗ [33]. Це свідчить про те, що між ПТЗ та симптомами ПТСР може бути позитивна кореляція, а також дослідники зазначають, що на цю

кореляцію впливають також вік, тип травми та час, який минув з моменту травматизації. Автори дослідження зазначають, що людям з високим рівнем ПТЗ може також бути потрібна допомога в подоланні або пом'якшенні симптомів ПТСР.

Вивчення посттравматичного зростання в умовах війни має особливу актуальність для сучасної української реальності. Одне з досліджень Куряпов та ін. (2023), проведене через шість місяців після початку повномасштабного вторгнення, дозволяє оцінити специфіку ПТЗ серед цивільного населення України. У дослідженні взяли участь 706 осіб, які проживали як на території України, так і за кордоном. Результати показали, що загалом учасники виявляли помірний рівень ПТЗ. Важливим висновком стало те, що сам факт травматизації у воєнному контексті не гарантує зростання: рівень експозиції до травми не був значущим чинником у підвищенні ПТЗ [2]. Це підкреслює роль соціодемографічних, психологічних і ресурсних факторів у формуванні позитивних змін після пережитого стресу.

Висновки до Розділу I

Аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати, що обидва явища - життєстійкість та посттравматичне зростання є взаємопов'язаними конструкціями, які відображають адаптаційний потенціал особистості у відповідь на вплив травматичних подій та хронічного стресу, зокрема в умовах війни.

Життєстійкість трактується як система особистісних рис, які забезпечують здатність індивіда ефективно справлятися зі стресом, долати труднощі, зберігаючи психологічну рівновагу. Її ключовими компонентами є контроль, залученість та прийняття виклику, які в поєднанні формують екзистенційну сміливість та готовність діяти попри невизначеність. Життєстійкість розглядається не лише як риса, але і як процес, що може бути розвинений за допомогою зовнішніх ресурсів (середовища, підтримки) та внутрішніх (емоційна регуляція, оптимізм, адаптивність, здатність до рефлексії). Ця якість виступає не лише засобом захисту від деструктивного впливу стресу, а й важливою передумовою для подальшого особистісного зростання.

Посттравматичне зростання, у свою чергу, є процесом позитивної трансформації, що відбувається у відповідь на глибоку кризу чи травму; це процес позитивних змін, що виникають унаслідок глибокого осмислення та інтеграції пережитого травматичного досвіду. Воно характеризується розвитком особистості у п'яти основних сферах — покращенням міжособистісних стосунків, підвищенням цінності життя, зростанням особистісної сили, усвідомленням нових можливостей та духовними змінами. Зростання є результатом осмислення травматичного досвіду, перебудови базових уявлень про себе і світ, а також залучення внутрішніх ресурсів, які можуть активізуватись за умови соціальної підтримки та сприятливого середовища. Важливим є те, що ПТЗ не заперечує наявності психологічного дистресу, а є наслідком внутрішньої боротьби з ним.

Життєстійкість і посттравматичне зростання мають спільне філософське підґрунтя (екзистенційна філософія, стоїцизм), подібні когнітивні механізми (переосмислення досвіду, зміна смислів, саморефлексія) та ресурсну базу (емоційна регуляція, оптимізм, соціальна підтримка). Водночас вони не є тотожними: життєстійкість передуює зростанню, виступаючи буфером і адаптивним механізмом, який дає змогу втримати функціонування під час кризи, тоді як посттравматичне зростання є наслідком трансформаційної роботи з досвідом після завершення гострої фази.

Таким чином, життєстійкість може виступати як ресурс, що сприяє переходу до посттравматичного зростання, а їхнє взаємозв'язане функціонування забезпечує більш глибоке розуміння процесів адаптації загалом. В умовах війни ці феномени набувають особливого значення, адже дозволяють краще зрозуміти механізми психічного відновлення та розвитку в ситуаціях хронічного стресу.

РОЗДІЛ II

ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик

Для вирішення поставлених дослідницьких завдань та проведення емпіричного дослідження були використані наступні методики:

- Тест життєстійкості С. Мадді.
- Шкала стресостійкості К. Коннора та Дж. Девідсона.
- Шкала сприйнятого стресу (PSS -10)
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)
- Шкала самооцінки наявності ПТСР - PCL -С (цивільна версія)
- Опитувальник посттравматичного зростання Р. Тадеші і Л. Калхаун
- Авторська анкета

Розглянемо детальніше кожен з них. Перша методика – тест життєстійкості Сальваторе Мадді (Hardiness Scale) використовується для оцінки життєстійкості особистості. Він допомагає виміряти здатність індивіда справлятися зі стресовими ситуаціями, сприймаючи їх як виклик, а не як загрозу. Інструмент базується на концепції життєстійкості, а отже вимірює загальний рівень життєстійкості, та окремі його компоненти – залученість, контроль та прийняття виклику. Тест містить 45 запитання або твердження, які охоплюють ці три компоненти. Респондент оцінює своє ставлення до різних життєвих ситуацій за допомогою запропонованих варіантів відповідей "ні", "скоріше ні, ніж так", "скоріше так, ніж ні", "так". На основі відповідей підраховуються бали, які визначають рівень життєстійкості загалом і по кожному з компонентів. Тест включає середні і стандартні відхилення загального показника і субшкал.

Результат 100-135 балів свідчить про високий рівень життєстійкості особистості, 62-99 балів про середній, а 0-61 – про низький. За шкалою залученість: 47-54 бали – високий показник, 30-46 – середній, 0-29 – низький. За шкалою контроль: 39-51 – високий показник, 21-38 – середній, 0-20 – низький. За шкалою прийняття виклику: 19-30 балів – високий показник, 9-18 балів – середній, 0-8 балів – низький.

Перед тим, як проводити аналіз отриманих даних, ми застосували аналіз надійності задля оцінки внутрішньої узгодженості методики. Для всіх шкал тесту життєстійкості С.Мадді, окрім лише шкали Прийняття ризику, було отримано високий рівень надійності (Альфа Кронбаха ≥ 0.800). Для шкали Прийняття ризику надійність виявилась недостатньою (Альфа Кронбаха = 0.700).

Втім ми звернули увагу на те, що питання «34. Несподіванки дарують мені інтерес до життя» значно знижує надійність цієї шкали і якщо прибрати це питання, надійність шкали Прийняття ризику стане достатньою (Альфа Кронбаха = 0.700).

Таблиця 2.1.

Аналіз надійності для шкал тесту життєстійкості С. Мадді

Шкала	Альфа Кронбаха
Залученість	0.882
Контроль	0.828
Прийняття ризику	0.662
Життєстійкість	0.927

Наступною методикою є шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) — це один із найвідоміших інструментів для вимірювання резильєнтності, тобто здатності особистості успішно адаптуватися до стресових подій, труднощів і змін. Вона була розроблена Кетлін Коннор і Джонатаном Девідсоном у 2003 році для клінічної та дослідницької практики. Шкала оцінює здатність людини відновлюватися після

стресу, використовувати адаптивні стратегії та зберігати психоемоційне благополуччя у складних життєвих обставинах.

Оригінальна версія CD-RISC складається з 25 тверджень, які охоплюють різні аспекти резильєнтності. Респонденти оцінюють кожне твердження за шкалою від 0 (повністю не вірно) до 4 (вірно майже у всіх випадках). Максимальний бал — 100, що вказує на дуже високий рівень резильєнтності.

Основні аспекти резильєнтності, які оцінює шкала:

1. Компетентність і впевненість у собі: здатність долати труднощі, спираючись на власні сили.
2. Навички вирішення проблем: прагнення до активного пошуку рішень у стресових ситуаціях.
3. Саморегуляція та контроль емоцій: управління своїми емоціями у кризових обставинах.
4. Оптимізм: віра у власні можливості та позитивний результат.
5. Соціальна підтримка: використання допомоги оточення як ресурсу для подолання труднощів.

Для зручності використання були розроблені варіанти шкали на 10, 5 і навіть 2 твердження. Найчастіше використовується 10-пунктна версія (CD-RISC-10), яка є простішою у заповненні, але зберігає діагностичну цінність. Саме вона і була використана у нашому дослідженні.

Наступною методикою є шкала сприйнятого стресу Perceived Stress Scale, PSS) — це психологічний інструмент, створений для оцінки рівня стресу, який людина відчуває у своєму житті. Розроблена Шелдоном Коеном і співавторами у 1983 році, шкала враховує суб'єктивне сприйняття стресових ситуацій, а не їхню об'єктивну природу. PSS вимірює, наскільки людина сприймає життєві події як стресові, тобто такі, що перевищують її здатність впоратися з ними. Цей інструмент допомагає оцінити суб'єктивну напругу та емоційні реакції на події. Існують три варіанти шкали:

PSS-4: Містить 4 запитання (скорочений варіант).

PSS-10: Найчастіше використовується, містить 10 запитань.

PSS-14: Оригінальна повна версія, яка містить 14 запитань.

В нашому дослідженні було використано шкалу PSS-10, яка складається з 10 питань, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 – “ніколи” до 4 – “дуже часто”. Для підрахунку результатів бали сумуються та інтерпретуються наступним чином:

- Низький рівень стресу (низький бал): людина сприймає життя як більш-менш контрольоване, не відчуває значного перевантаження.
- Середній рівень стресу (середній бал): вказує на помірне відчуття стресу, можливі епізодичні труднощі з подоланням проблем.
- Високий рівень стресу (високий бал): свідчить про високу сприйнятливність до стресу, сильну напругу і, можливо, необхідність втручання для зменшення стресового навантаження.

Для шкали резильєнтності Коннора-Девідсона та шкали Сприйнятого стресу також був проведений аналіз надійності та отримано високий рівень надійності.

Таблиця 2.2.

Аналіз надійності для шкали резильєнтності Коннора-Девідсона та шкали Сприйнятого стресу

Шкала	Альфа Кронбаха
Резильєнтність	0.871
Сприйнятий стрес	0.892

Наступна методика – госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) — це психологічний інструмент, розроблений для оцінки рівня тривоги та депресії у пацієнтів з соматичними захворюваннями. Шкалу створили Ендрю Зігмонд і Річард Снайт у 1983 році. Вона широко використовується в клінічній практиці та наукових дослідженнях для швидкого виявлення психологічних розладів у пацієнтів. HADS допомагає

оцінити: рівень тривожності, рівень депресивних симптомів, емоційний стан пацієнта в умовах клінічних ситуацій, таких як хронічні хвороби або стрес.

HADS містить 14 пунктів, розділених на два субшкали:

- HADS-A (Anxiety): 7 запитань, що оцінюють тривогу.
- HADS-D (Depression): 7 запитань, що оцінюють депресію.

Кожне запитання оцінюється за 4-бальною шкалою: від 0 (відсутність симптомів) до 3 (значна вираженість симптомів). Таким чином, кожна підшкала має максимум 21 бал. HADS є одним із найбільш надійних і простих у використанні інструментів для виявлення емоційних розладів.

Для обох субшкал госпітальної шкали тривоги та депресії було отримано достатній рівень надійності.

Таблиця 2.3.

Аналіз надійності для госпітальної шкали тривоги та депресії

Шкала	Альфа Кронбаха
Тривога	0.781
Депресія	0.786

Наступна методика - шкала самооцінки наявності ПТСР - PCL - C (цивільна версія). Шкала базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів, кожен з яких описує один з симптомів ПТСР. Респонденти оцінюють кожен пункт як ступінь прояву симптому протягом останнього місяця від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено).

Загалом існує три версії шкали: військова, в якій питання стосуються травматичного військового досвіду; цивільна, в якій питання стосуються пережитого травматичного чи стресового досвіду в минулому; та ще одна версія, що стосується певного конкретного виду травми, пережитого в минулому. Відмінності між трьома версіями досить несуттєві, а підрахунок балів проводиться ідентично. В дослідженні ми використали саме цивільну версію.

Діапазон оцінки вираженості симптомів може варіюватися від 17 до 85 балів. Хоча суб'єктивні опитувальники не рекомендовано використовувати для постановки діагнозу, дана шкала є хорошим діагностичним інструментом. Існує два підходи до інтерпретації результатів. При першому рекомендується вважати результат в 50 балів і вище показником можливої наявності ПТСР. При другому підході окремі пункти використовуються у відповідності до критеріїв DSM-IV та пропонується вважати граничний бал 3 (помірно) або більше для кожного пункту достатнім для підозри наявності ПТСР.

Для даної шкали було встановлено високий рівень надійності.

Таблиця 2.4.

Аналіз надійності шкали самооцінки наявності ПТСР (цивільна версія)

Шкала	Альфа Кронбаха
Симптоми ПТСР	0.928

Наступна методика - опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory). Опитувальник розроблений Р.Тадеші і Л.Калхаун, адаптований М.Ш.Магомед-Еміновим, містить 21 твердження, кожне з шістьма можливими варіантами відповідей. Ступінь життєвих змін оцінюється респондентом за 5 шкалами: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя.

Для кожного твердження методики респондент обирає наскільки відповідна зміна відбулась в його житті після травмуючої події від 0 (жодних змін) до 5 (дуже суттєві зміни). За кожною шкалою здійснюється сумарний підрахунок балів.

Для всіх шкал опитувальника посттравматичного зростання, окрім лише шкали "духовні зміни", було отримано достатньо високий рівень надійності. Для шкали "духовні зміни" отримано недостатній рівень надійності (Альфа Кронбаха = 0.628), проте це напевно обумовлено тим, що дана шкала містить всього лише два питання.

Таблиця 2.5.

Аналіз надійності шкал опитувальника посттравматичного зростання

Шкала	Альфа Кронбаха
Ставлення до інших	0.920
Нові можливості	0.860
Сила особистості	0.878
Духовні зміни	0.627
Підвищення цінності життя	0.840
Індекс посттравматичного зростання	0.961

Останній інструмент проведення дослідження – це авторська анкета, що містить 10 запитань:

Ваша стать:

Жіноча

Чоловіча

Ваш вік:

20-25

25-30

30-35

35-40

40-45

Більше 45

З початком повномасштабного вторгнення ви:

Змінили місце проживання

Не змінювали місце проживання

Зараз ви знаходитесь:

В Україні

За кордоном

Як би ви оцінили зміни у вашому житті з початком повномасштабного вторгнення?

Загалом позитивно

Загалом негативно

Суттєвих змін не відбулось

Чи стикалися ви з чимось з нижчезазначеного з початком повномасштабного вторгнення?

Втрата майна

Втрата роботи

Втрата близьких (родичів, друзів)

Окупація

Служба в ЗСУ (або родичі/близькі)

Не стикався/-лась

Чи вважаєте ви, що ви адаптувались до життя в умовах війни?

Так

Ні

Важко сказати

Як ви оцінюєте стан свого фізичного та психічного здоров'я?

Задовільно

Незадовільно

Важко сказати

Як би ви продовжили твердження: “Я дивлюся у майбутнє”

З оптимізмом

З песимізмом

Важко сказати

Як би ви оцінили наявну підтримку у вашому житті

Є підтримка сім'ї/друзів/оточення/психолога

Немає підтримки, справляюся сам/сама

Важко сказати

2.2. Характеристика вибірки

В дослідженні прийняли участь 90 респондентів, з них експериментальна група становить 59 досліджуваних, які знаходяться в Україні, та контрольна група – 31 досліджуваний, які перебувають за кордоном. У вигляді діаграми вибірка виглядає наступним чином:

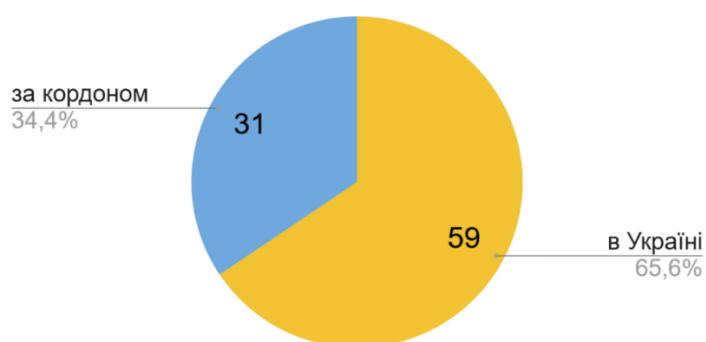


Рис.2.1. Розподіл досліджуваних за місцем проживання

Більшість респондентів становлять жінки – 59 опитаних, меншу частину – 31 – становлять чоловіки. Як бачимо з розподілу за статтю по групах, в контрольній групі жінок значно більше, ніж в експериментальній:

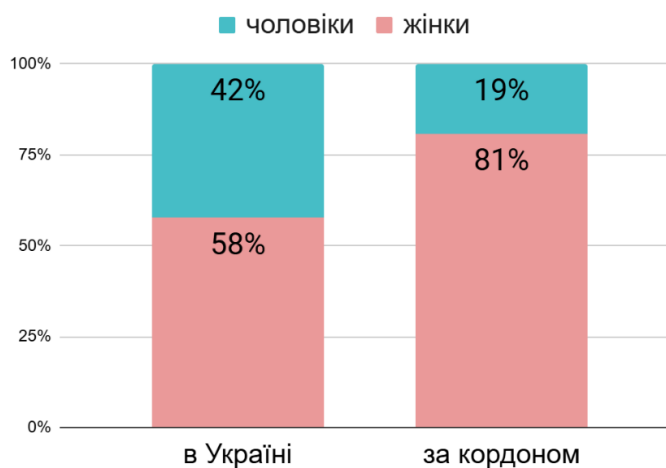


Рис.2.2. Розподіл досліджуваних за статтю в експериментальній та контрольній групах

Більшу частину опитаних в обох групах становлять респонденти віком 31-35 та 35-40 років. Частка досліджуваних старше 45 років більша в контрольній групі.

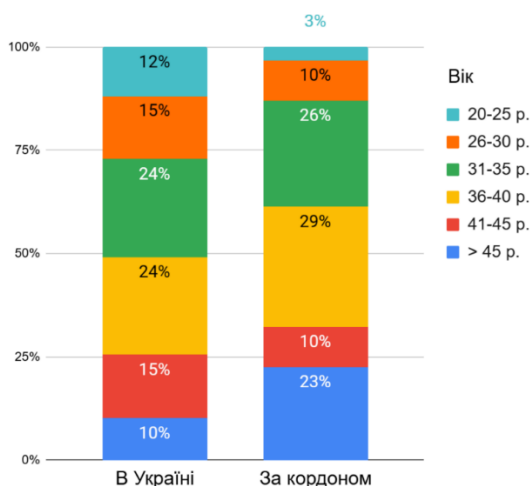


Рис.2.3. Розподіл за віком в експериментальній та контрольній групах

Близько половини опитуваних з початком повномасштабного вторгнення змінила місце проживання – 43 людини. Це включає як переїзд за кордон так і переміщення в середині України. Трохи більше половини – 47 осіб – не змінювали місце проживання.

Досліджувані, які лишились в Україні, мають суттєво вищу частку негативної оцінки життєвих змін, що стались з початком повномасштабного вторгнення, ніж досліджувані, які проживають за кордоном. А досліджувані, що проживають за кордоном, мають суттєво вищу частку позитивної оцінки життєвих змін.

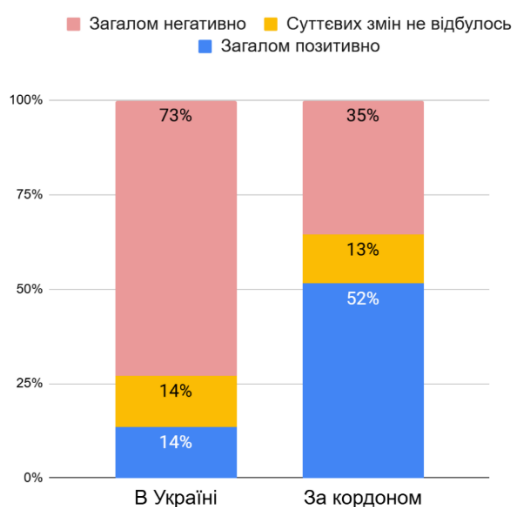


Рис.2.4. Розподіл за відповіддю на питання про зміни у житті з початком повномасштабного вторгнення в експериментальній та контрольній групах

В контрольній та експериментальній групі майже однаковий відсоток респондентів, які оцінюють стан свого фізичного та психологічного здоров'я як задовільний:

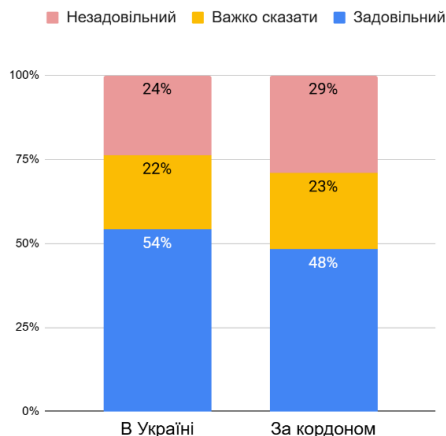


Рис.2.5. Розподіл за відповіддю на питання про стан фізичного та психічного здоров'я в експериментальній та контрольній групах

Оцінка ступеню адаптації до життя в умовах війни також показала практично однаковий результат в обох групах. Як бачимо з діаграми, більшість респондентів в обох групах зазначили, що адаптувались до життя в умовах війни:

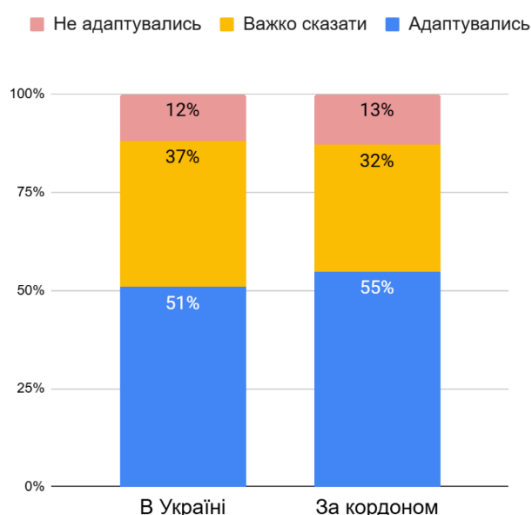


Рис. 2.6. Розподіл за відповіддю на питання про адаптованість до життя в умовах війни в експериментальній та контрольній групах

На питання про наявність підтримки у житті з боку оточення, сім'ї або психолога більшість досліджуваних відповіли позитивно, що представлено у відсотковому співвідношенні по групах нижче:

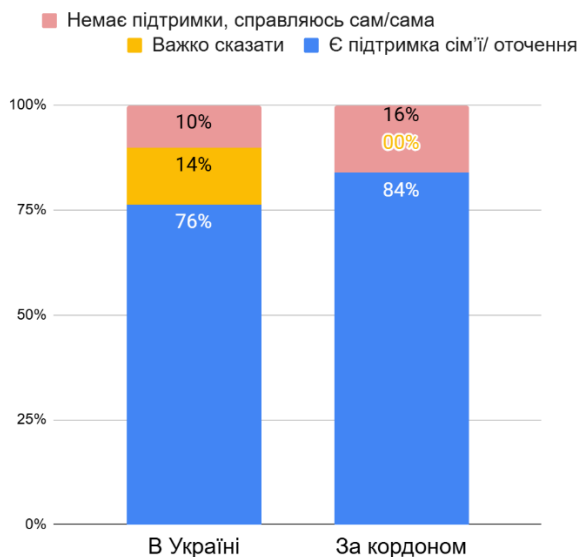


Рис. 2.7. Розподіл за наявністю підтримки в житті досліджуваних

Серед перелічених стресогенних подій, пов'язаних з війною, більшість респондентів зазначили службу в ЗСУ (власну, або родичів/близьких) – 42 людини. На другому місці втрата роботи (39 чоловік). На третьому місці втрата близьких – 32 людини, далі втрата майна – 13 осіб. Семеро людей пережили окупацію і 25 респондентів не стикалися ні з чим із запропонованого.

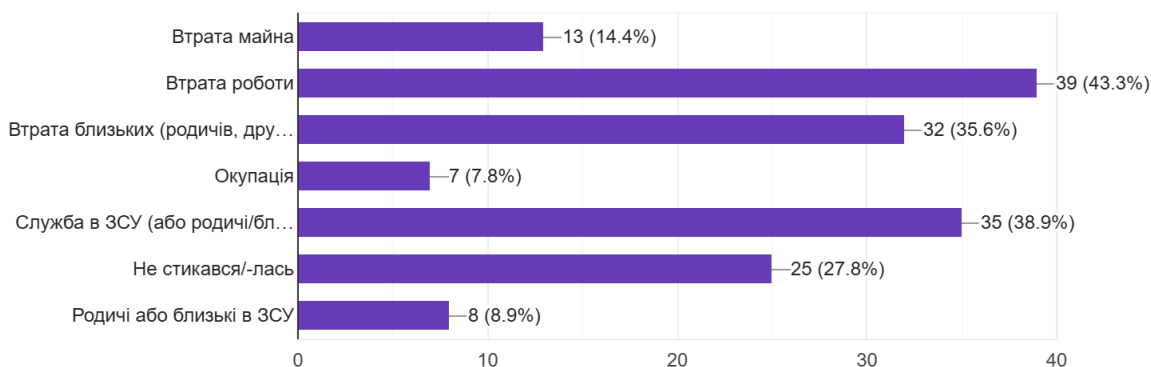


Рис. 2.8. Розподіл за стресогеними подіями.

Далі розглянемо відмінності у відповіді на це питання по групах. В обох групах високий відсоток респондентів, які зазнали втрат (сюди відносяться втрата близьких, майна або роботи). Загальний розподіл представлений нижче:

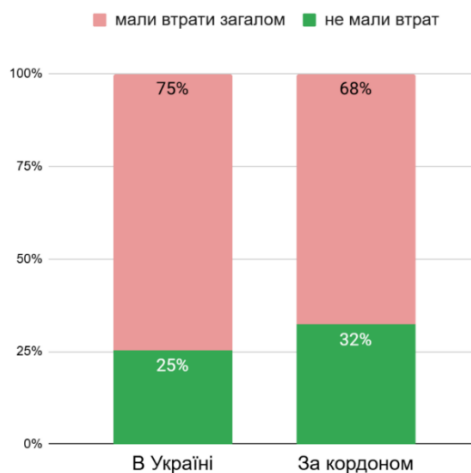


Рис.2.9. Розподіли за наявністю втрат загалом в експериментальній та контрольній групах

Проте, В Україні частка досліджуваних, що втратили роботу достовірно вища ніж серед тих, хто проживають наразі за кордоном (54% і 23% відповідно). Також в Україні вищий відсоток досліджуваних, які втратили близьких (39% і 29% відповідно).

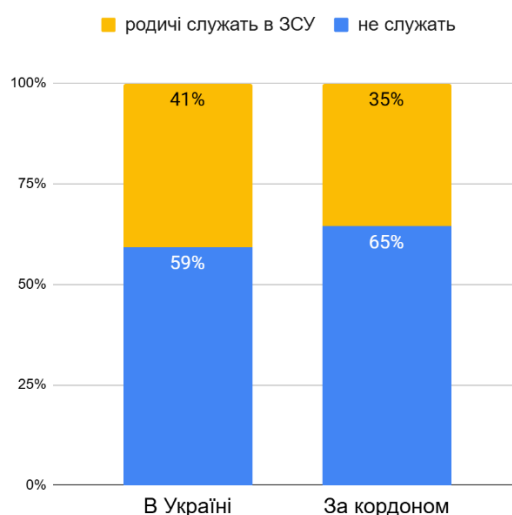


Рис. 2.10. Розподіл за наявністю родичів, що служать в ЗСУ в експериментальній та контрольній групах

В обох групах високий відсоток респондентів, які зазначили, що їхні родичі, або близькі служать в лавах ЗСУ. Проте, серед респондентів, які знаходяться в Україні більший відсоток тих хто або сам служить в ЗСУ, або чії родичі/близькі є військовослужбовцями.

Висновки до Розділу II

У другому розділі представлено дизайн емпіричного дослідження життєстійкості та посттравматичного зростання в умовах війни. В першу чергу, було обґрунтовано вибір діагностичних методик, які дозволяють комплексно оцінити адаптаційні та трансформаційні процеси особистості в умовах хронічного стресу, викликаного війною. До дослідження увійшли такі інструменти: тест життєстійкості С. Мадді, шкала резильєнтності Коннора–Девідсона, шкала сприйнятого стресу (PSS-10), госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), шкала самооцінки симптомів ПТСР (PCL-C), опитувальник посттравматичного зростання (PTGI), а також авторська соціодемографічна анкета. Аналіз надійності методик продемонстрував високі або достатні показники внутрішньої узгодженості, що підтверджує доцільність їх використання (Альфа Кронбаха ≥ 0.800 для більшості шкал) та свідчить про їхню ефективність у вимірюванні досліджуваних психологічних конструктів. Винятком стала шкала «Духовні зміни» з опитувальника посттравматичного зростання, яка мала нижчу надійність (Альфа Кронбаха = 0.627), що можна пояснити малою кількістю питань.

Також розділ містить характеристику вибірки дослідження, яка складається з 90 респондентів — тих, хто залишилися в Україні (59 осіб) та українців, що виїхали за кордон з початком повномасштабної війни (31 особа) — експериментальна і контрольна групи відповідно. Представлено детальний соціодемографічний профіль учасників, зокрема за віком і статтю (серед респондентів переважають жінки (59 осіб), більшість – у віковій категорії 30-40 років), місцем проживання, рівнем адаптації, наявністю стресогених подій, станом здоров'я та наявністю соціальної підтримки.

Результати первинного аналізу даних засвідчили певні відмінності між групами. Зокрема, мешканці України частіше повідомляли про втрати (роботи, близьких, майна), негативні зміни в житті, більшу залученість у військовий контекст (служба в ЗСУ або родичі у війську). Водночас, обидві групи

продемонстрували високий рівень сприйняття підтримки, а оцінки фізичного та психічного здоров'я, як і адаптованості до умов війни, не мали суттєвих відмінностей.

Таким чином, на першому етапі дослідження було підтверджено валідність обраного інструментарію та репрезентативність вибірки, виявлено значущі соціальні характеристики, що можуть впливати на рівень життєстійкості та посттравматичного зростання. Отримані дані дозволяють провести подальший аналіз взаємозв'язків між життєстійкістю, посттравматичним зростанням та іншими змінними в умовах війни.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ НА ПОСТТРАВМАТИЧНОЕ ЗРОСТАННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Рівень життєстійкості, ПТЗ та кореляційні зв'язки з іншими змінними

Виходячи з мети та задач дослідження, зазначених у вступі, першим етапом безпосереднього аналізу отриманих даних було порівняння груп досліджуваних, які проживають в Україні (експериментальна група) та які виїхали за кордон (контрольна група).

В таблиці 2.1. ми представили описові статистики двох груп.

Табл. 3.1.

Описові статистики в групах, утворених за місцем проживання за шкалами тесту життєстійкості С. Мадді, шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона, шкалою Сприйнятого стресу та субшкалами госпітальної шкали тривоги та депресії

	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	В Україні	За кордоном	В Україні	За кордоном
Місце проживання				
Залученість	32.2	34.8	9.54	9.97
Контроль	27.4	25.9	8.29	7.08
Прийняття ризику	16.5	15.8	4.94	4.61
Життєстійкість	76.1	76.5	21.2	18.9
Резильєнтність	26.2	23.6	6.36	7.37
Сприйнятий стрес	19.2	20.5	6.98	6.42
Тривога	7.92	8.77	4.41	3.31
Депресія	6.22	7.45	3.74	3.66

Як ми бачимо з таблиці певні відмінності прослідковуються, найбільша різниця у групах встановлена за шкалами Резильєнтність та Залученість. Втім, для підтвердження статистично значущої розбіжності між середніми значеннями груп та задля можливості робити висновки про генеральну сукупність необхідно застосувати тести для незалежних вибірок, які представлені в Таблиці 3.2.

Табл. 3.2.

Тест для незалежних вибірок при порівнянні досліджуваних, які знаходяться в Україні та тих, які знаходяться за кордоном, за шкалами життєстійкості, резильєнтності, сприйнятого стресу, тривоги та депресії

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Різниця середніх	Альтернативна гіпотеза
Залученість	t-критерій Стьюдента	-1.211	88.0	0.229	-2.603	В Україні \neq за кордоном
Контроль	t-критерій Стьюдента	0.821	88.0	0.414	1.437	В Україні \neq за кордоном
Прийняття ризику	t-критерій Стьюдента	0.623	88.0	0.535	0.668	В Україні \neq за кордоном
Життєстійкість	t-критерій Стьюдента	-0.110	88.0	0.913	-0.498	В Україні \neq за кордоном
Резильєнтність	t-критерій Стьюдента	1.728	88.0	0.088	2.575	В Україні \neq за кордоном
Резильєнтність	t-критерій Стьюдента	1.728	88.0	0.044	2.575	В Україні $>$ за кордоном
Сприйнятий стрес	t-критерій Стьюдента	-0.839	88.0	0.404	-1.265	В Україні \neq за кордоном
Тривога	t-критерій Стьюдента	-0.951	88.0	0.344	-0.859	В Україні \neq за кордоном
Депресія	t-критерій Стьюдента	-1.496	88.0	0.138	-1.231	В Україні \neq за кордоном

Перевіривши гіпотезу про відмінність груп за допомогою t-критерію Стьюдента не було встановлено достовірних відмінностей в експериментальній та контрольній групах за шкалами обраних методик. Проте, можемо припустити

про наявність відмінності за шкалою Резильєнтність (t-критерій Стьюдента = 1.728, $p = 0.088$), зокрема якби вибірка була більш рівномірно розбитою на дві групи.

Тому здійснивши більш визначену перевірку про те, що досліджувані в Україні мають вищий рівень резильєнтності ніж досліджувані за кордоном, ми отримуємо статистично достовірну відмінність між групами (t-критерій Стьюдента = 1.728, $p = 0.044$).

Отже, можемо зробити висновок, що рівень резильєнтності в експериментальній групі вищий, ніж в контрольній. Цей результат може свідчити про те, що перебування в умовах безпосередньої загрози і хронічного стресу в Україні активізує внутрішні ресурси особистості, мобілізує здатність до адаптації та подолання труднощів. У той час як у респондентів, які виїхали за кордон, процес адаптації до нових умов життя може супроводжуватися іншими викликами — культурним шоком, мовним бар'єром, невизначеністю статусу, що потенційно знижує рівень психологічної стійкості.

Відмінність між групами візуально представлена в коробкових діаграмах на рис.3.1.

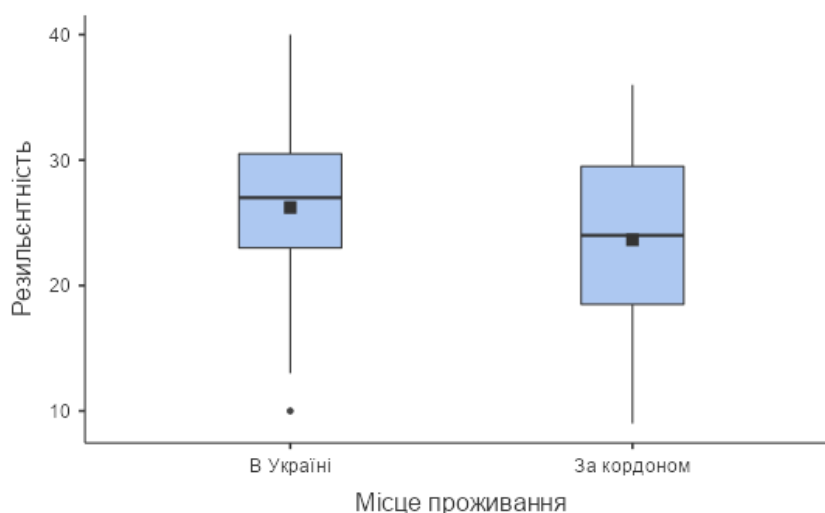


Рис.3.1. Коробкові діаграми для досліджуваних, які знаходяться в Україні та тих, які знаходяться за кордоном

Варто також зауважити, що хоча обидві групи мають близькі медіанні значення, у групі респондентів, які залишилися в Україні, спостерігається вужчий інтерквартильний розмах, що говорить про меншу варіативність у рівнях резильєнтності. Це може свідчити про більш однорідне реагування на стрес у межах цієї групи.

Таким чином, отримані дані дозволяють зробити висновок, що контекст проживання відіграє важливу роль у формуванні та підтриманні резильєнтності у період воєнного стресу.

Описові статистики за шкалою самооцінки наявності ПТСР (цивільна версія) та шкалами опитувальника посттравматичного зростання представлено в таблиці 3.3:

Таблиця 3.3.

Описові статистики в групах, утворених за місцем проживання за шкалою самооцінки наявності ПТСР (цивільна версія) та шкалами опитувальника посттравматичного зростання

Група	Середнє		Середнє квадратичне відхилення	
	експериментальна	контрольна	експериментальна	контрольна
Симптоми ПТСР	39.2	42.7	13.8	12.4
Ставлення до інших	16.4	18.3	9.49	8.63
Нові можливості	13.5	14.1	6.58	6.58
Сила особистості	11.2	11.3	5.53	5.80
Духовні зміни	3.51	4.10	2.91	2.48
Підвищення цінності життя	8.69	8.94	4.01	4.26
Індекс посттравматичного зростання	53.3	56.8	25.4	25.4

На основі отриманих описових статистик можна побачити певні відмінності між експериментальною та контрольною групами за рядом показників:

Симптоми ПТСР: контрольна група (мешканці за кордоном) демонструє вищий середній рівень симптомів посттравматичного стресу (42.7 проти 39.2), що може свідчити про більшу емоційну напругу або тривалішу дію травматичних переживань у цій групі.

Щодо посттравматичного зростання, виявлено відмінність за субшкалою Ставлення до інших: показник дещо вище в контрольній групі, що може бути пов'язане з адаптаційними стратегіями чи підвищенням емпатії на тлі перебування в новому середовищі.

Інші субшкали посттравматичного зростання (нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя) мають незначні відмінності, а загальний індекс ПТЗ також дещо вищий у контрольній групі (56.8 проти 53.3), але різниця мінімальна.

Проте, результати перевірки за допомогою U-критерію Манна–Уїтні не виявили статистично значущих відмінностей між групами за жодним з показників ($p > 0.05$). Це свідчить про те, що виявлені відмінності у середніх значеннях можуть бути випадковими і не є підтвердженням суттєвих розбіжностей між групами.

Таблиця 3.4.

Тест для незалежних вибірок при порівнянні досліджуваних, які знаходяться в Україні та тих, які знаходяться за кордоном, за шкалою самооцінки наявності ПТСР (цивільна версія) та шкалами опитувальника посттравматичного зростання

		Статистика	p	Альтернативна гіпотеза
Симптоми ПТСР	U-критерій Манна-Уїтні	754	0.174	В Україні \neq за кордоном
Ставлення до інших	U-критерій Манна-Уїтні	800	0.330	В Україні \neq за кордоном

Нові можливості	U-критерій Манна-Уїтні	875	0.740	В Україні ≠ за кордоном
Сила особистості	U-критерій Манна-Уїтні	912	0.986	В Україні ≠ за кордоном
Духовні зміни	U-критерій Манна-Уїтні	801	0.331	В Україні ≠ за кордоном
Підвищення цінності життя	U-критерій Манна-Уїтні	880	0.772	В Україні ≠ за кордоном
Індекс посттравматичного зростання	U-критерій Манна-Уїтні	847	0.569	В Україні ≠ за кордоном

Далі ми досліджували взаємозв'язки шкал опитувальника посттравматичного зростання зі шкалами інших обраних в дослідженні методик. Нижче представлені результати, встановлені на експериментальній групі.

Спочатку ми досліджували кореляційні зв'язки життестійкості та її складових з індексом посттравматичного зростання та його складовими. Було виявлено, що загальний рівень життестійкості та її складові позитивно пов'язані з ключовими аспектами посттравматичного зростання.

Життестійкість в цілому має статистично значущі позитивні зв'язки зі шкалами:

- Ставлення до інших ($r = 0.267^*$, $p = 0.041$): що свідчить про те, що більш життестійкі люди здатні глибше цінувати міжособистісні зв'язки.
- Нові можливості ($r = 0.364^{**}$, $p = 0.005$), Сила особистості ($r = 0.335^{**}$, $p = 0.009$): вказує на схильність людей із високою життестійкістю бачити виклики як стимул для розвитку.
- Індекс ПТЗ ($r = 0.271^*$, $p = 0.038$): загальний позитивний зв'язок з рівнем зростання після травми.

Залученість позитивно корелює зі шкалами Ставленням до інших ($r = 0.271^*$, $p = 0.038$), Нові можливості ($r = 0.324^*$, $p = 0.012$), Силою особистості ($r = 0.352^{**}$, $p = 0.006$) та Індексом посттравматичного зростання ($r = 0.271^*$, $p =$

0.038), що може свідчити про те, що люди, які активно включаються в життя, навіть під час кризи, схильні до позитивної переоцінки подій.

Контроль позитивно корелює зі шкалами Нові можливості ($r = 0.350^{**}$, $p = 0.007$) та Силою особистості ($r = 0.326^*$, $p = 0.012$), таким чином відчуття здатності впливати на обставини сприяє появі нових перспектив.

Прийняття ризику позитивно корелює зі шкалою Нові можливості ($r = 0.285^*$, $p = 0.029$), що свідчить про те, що готовність приймати життєві виклики сприяє адаптації та зростанню.

Отримані результати можна розглядати як підтвердження нашої гіпотези про те, що люди з вищою життестійкістю мають більше шансів пережити позитивні зміни після психотравми — зокрема, у вигляді зростання особистої сили, соціальних зв'язків та переоцінки цінностей.

Щодо інших методик, було встановлено, наступне:

Резильєнтність позитивно корелює зі Ставленням до інших ($r = 0.276^*$, $p = 0.034$), Новими можливостями ($r = 0.298^*$, $p = 0.022$), Силою особистості ($r = 0.293^*$, $p = 0.024$) та Індексом посттравматичного зростання ($r = 0.277^*$, $p = 0.033$), що говорить про те, що люди з вищим рівнем резильєнтності здатні краще інтегрувати травматичний досвід у власну історію розвитку й трансформувати його у позитивні зміни.

Тривога негативно корелює з Новими можливостями ($r = -0.299^*$, $p = 0.021$) та Силою особистості ($r = -0.305^*$, $p = 0.019$), а отже високий рівень тривожності може перешкоджати формуванню адаптивних змін після травматичних подій — особливо у сфері впевненості у собі та пошуку нових напрямків.

Для шкал Симптоми ПТСР, Сприйнятий стрес та Депресія кореляційних зв'язків встановлено не було. Це може свідчити, що наявність симптомів не завжди впливає на можливість зростання, або ж такі впливи опосередковані іншими змінними (наприклад, соціальною підтримкою чи особистісними ресурсами).

Отримані результати можна розглядати як те, що життестійкість та резильєнтність є важливими чинниками посттравматичного зростання, а також,

що психоемоційні труднощі (зокрема тривожність) можуть ускладнювати цей процес. Таким чином, у роботі з особами, які пережили травму, доцільно звертати увагу як на розвиток особистісних ресурсів, так і на зниження дезадаптивних емоційних станів.

Отримані результати у вигляді таблиці представлені в Додатку А.

Наступним кроком ми шукали подібні кореляції для контрольної групи. У контрольній групі життєстійкість має сильніші позитивні кореляції з посттравматичним зростанням, а саме з субшкалами Ставлення до інших ($r = 0.543^{**}$, $p = 0.002$), Сила особистості ($r = 0.366^*$, $p = 0.043$), та Індексом посттравматичного зростання ($r = 0.426^*$, $p = 0.017$).

Це може свідчити про те, що в умовах адаптації до життя за кордоном життєстійкість особливо важлива для підтримання позитивних змін, особливо в міжособистісних стосунках та внутрішній силі. Хоча в експериментальній групі життєстійкість також корелює з Індексом ПТЗ, однак зв'язки менш виражені. Це може вказувати на сильніший ресурсний потенціал життєстійкості для людей в умовах вимушеної міграції.

Залученість позитивно корелює зі Ставленням до інших ($r = 0.507^{**}$, $p = 0.004$) та Індексом посттравматичного зростання ($r = 0.376^*$, $p = 0.037$). В порівнянні з експериментальною групою, це може свідчити про те, що активна життєва позиція у контрольній групі більше сприяє емоційній та соціальній складовій зростання, тоді як у тих, хто залишився в Україні, залученість пов'язана ще й з прагненням до нових змін.

Контроль має найбільшу кількість зв'язків із ПТЗ (6 шкал, включно з духовними змінами та підвищенням цінності життя), а саме: Ставленням до інших ($r = 0.564^{***}$, $p < 0.001$), Новими можливостями ($r = 0.447^*$, $p = 0.012$), Силою особистості ($r = 0.510^{**}$, $p = 0.003$), Духовними змінами ($r = 0.408^*$, $p = 0.023$), Підвищенням цінності життя ($r = 0.443^*$, $p = 0.013$) та Індексом посттравматичного зростання ($r = 0.544^*$, $p = 0.002$). Це може свідчити, що Контроль як компонент особистості особливо значущий у процесі адаптації до

нових умов, коли зовнішня структура (війна, держава, спільнота) не забезпечує стабільності.

Прийняття ризику позитивно корелює зі шкалою Ставленням до інших ($r = 0.404^*$, $p = 0.024$). В порівнянні з експериментальною групою ми бачимо, що у тих, хто залишився в Україні, сприйняття ризику більш пов'язане з прагненням змін, а в тих, хто за кордоном — із міжособистісними аспектами адаптації.

Резильєнтність позитивно корелює зі Ставленням до інших ($r = 0.547^{**}$, $p = 0.001$), Новими можливостями ($r = 0.501^{**}$, $p = 0.004$), Силою особистості ($r = 0.499^{**}$, $p = 0.004$), Підвищенням цінності життя ($r = 0.417^*$, $p = 0.020$) та Індексом посттравматичного зростання ($r = 0.508^{**}$, $p = 0.003$).

Це може вказувати на високу значущість резильєнтності для подолання травматичного досвіду та набуття нового сенсу життя в контексті міграції.

В порівнянні з експериментальною групою сила зв'язків менша, що може свідчити про різну природу резильєнтності залежно від зовнішніх умов: у стабільніших умовах за кордоном вона краще «працює» як чинник зростання.

Для шкал Симптоми ПТСР, Сприйнятий стрес, Тривога та Депресія кореляційних зв'язків встановлено не було. Як і в експериментальній групі, це може свідчити, що наявність симптомів не завжди впливає на можливість зростання, або ж такі впливи опосередковані іншими змінними. Проте, в експериментальній групі тривога виявляється негативним предиктором — тобто в умовах безпосередньої загрози вона гальмує адаптацію.

Отримані результати у вигляді таблиці представлені у Додатку Б.

3.2. Предиктори посттравматичного зростання

Наступним завданням даного дослідження було визначити предиктори посттравматичного зростання. За допомогою регресійного аналізу ми побудували модель утворення інтегральної шкали Індекс посттравматичного зростання шкалами обраних в дослідженні методик.

Обробка даних методом регресійного аналізу на всій вибірці дала змогу виділити рівняння регресії, що включало три ключових предиктори:

Індекс посттравматичного зростання = $-34.269 + 1.129 * \text{Залученість} + 0.965 * \text{Резильєнтність} + 0.668 * \text{Симптоми ПТСР}$. Дана модель пояснює 25,6% дисперсії посттравматичного зростання, що є помірним показником, але вказує на наявність значущих взаємозв'язків.

Зважаючи на знаки коефіцієнтів, можемо стверджувати, що Індекс посттравматичного зростання буде тим вищим, чим вищі Залученість, Резильєнтність та Симптоми ПТСР.

Зважаючи на стандартизовані коефіцієнти, Залученість є найсильнішим предиктором, а отже ми можемо робити висновок, що активна життєва позиція, включеність у життя навіть у кризових умовах, має найбільше значення для зростання після травми.

Симптоми ПТСР також позитивно пов'язані з ПТЗ, що підтримує гіпотезу про U-подібну залежність — помірна вираженість симптомів може сприяти осмисленню події та мобілізації ресурсів. Резильєнтність має найменший внесок, хоча і залишається значущим предиктором, що також підтримує гіпотезу про негативну кореляцію резильєнтності та ПТЗ. Як бачимо з отриманих результатів, ПТЗ формується не лише за рахунок ресурсів (залученість, резильєнтність), а й частково через сам факт наявності психотравматичних переживань, які стимулюють рефлексію та перебудову цінностей.

Таблиця 3.5.

Модель множинної лінійної регресії для шкали Індекс посттравматичного зростання

Предиктор	Коефіцієнти	Стандартна помилка	t	p	Стандартизовані коефіцієнти
Константа	-34.269	17.775	-1.93	0.057	
Залученість	1.129	0.321	3.52	<.001	0.433
Резильєнтність	0.965	0.409	2.36	0.021	0.259
Симптоми ПТСР	0.668	0.214	3.12	0.002	0.353

На експериментальній групі обробка даних методом регресійного аналізу дала змогу виділити рівняння регресії, що включало один ключовий предиктор:

$$\text{Індекс посттравматичного зростання} = 24.674 + 0.890 * \text{Залученість.}$$

Індекс посттравматичного зростання буде тим вищим, чим вищий рівень Залученості. Внесок моделі становить лише 11,1%, що може свідчити про більшу складність або різноманітність факторів, що впливають на зростання в умовах хронічного стресу війни. Залученість як ключовий фактор свідчить про те, що включення в реальність, здатність залишатися активним суб'єктом життя є основою адаптації. Можемо зробити висновок, що в умовах постійної загрози люди орієнтуються на збереження активної позиції, а не на глибоку психологічну переробку травми, тому когнітивні чинники, як резильєнтність, не набувають визначального значення.

Таблиця 3.6.

Модель множинної лінійної регресії для шкали Індекс посттравматичного зростання (експериментальна група)

Предиктор	Коефіцієнти	Стандартна помилка	t	p	Стандартизовані коефіцієнти
Константа	24.674	11.174	2.21	0.031	
Залученість	0.890	0.333	2.67	0.010	0.334

На контрольній групі обробка даних методом регресійного аналізу дала змогу виділити рівняння регресії, що включало три ключових предиктори, такі самі як і на всій вибірці:

$$\text{Індекс посттравматичного зростання} = -84.34 + 1.40 * \text{Залученість} + 1.74 * \text{Резильєнтність} + 1.20 * \text{Симптоми ПТСР.}$$

Індекс посттравматичного зростання буде тим вищим, чим вищий рівень Залученості, Резильєнтності та симптомів ПТСР.

Ця модель пояснює 55,6% дисперсії, що є високим показником, отже, предиктори дуже добре описують варіацію рівня посттравматичного зростання в цій групі. Зважаючи на стандартизовані коефіцієнти, шкала Симптоми ПТСР має

при цьому найбільший вплив, що підтверджує важливість осмислення пережитого для трансформації. Залученість та Резильєнтність мають дещо менший, проте все одно сильний вплив.

Можемо зробити висновок, що поза зоною активної небезпеки психіка людини має більше можливостей для рефлексії, реконструкції досвіду та використання внутрішніх ресурсів — саме тому в цій групі ми спостерігаємо найповніший і найглибший процес посттравматичного зростання.

Таблиця 3.7.

Модель множинної лінійної регресії для шкали Індекс посттравматичного зростання (контрольна група)

Предиктор	Коефіцієнти	Стандартна помилка	t	p	Стандартизовані коефіцієнти
Константа	-84.34	26.709	-3.16	0.004	
Залученість	1.40	0.425	3.29	0.003	0.550
Резильєнтність	1.74	0.496	3.50	0.002	0.505
Симптоми ПТСР	1.20	0.329	3.66	0.001	0.588

Згідно отриманих результатів, можемо зробити висновки про те, що оскільки компонент Залученість є ключовим чинником ПТЗ у всіх моделях, це вказує на важливість активної участі в житті навіть у кризових умовах. Симптоми ПТСР можуть не лише обмежувати, а й слугувати каталізатором особистісного зростання, особливо за умов, коли людина має змогу дистанціюватися від джерела травми. Резильєнтність відіграє допоміжну, але важливу роль — зокрема, в середовищі з більшою стабільністю.

3.3. Зв'язок життєстійкості та ПТЗ з анкетними даними

В подальшому ми досліджували особливості життєстійкості та посттравматичного зростання в залежності від соціально-демографічних даних, отриманих з анкети.

Спершу порівняння груп, утворених за віковими ознаками проводилось в експериментальній групі.

Таблиця 3.8.

Однофакторний дисперсійний аналіз (критерій Фішера) при порівнянні груп, утворених за віком, за життєстійкістю та посттравматичним зростанням (експериментальна група)

	F	df1	df2	p
Залученість	4.1935	3	55	0.010
Контроль	2.7708	3	55	0.050
Прийняття ризику	1.6051	3	55	0.199
Життєстійкість	3.4871	3	55	0.022
Ставлення до інших	0.2427	3	55	0.866
Підвищення цінності життя	0.1585	3	55	0.924
Індекс посттравматичного зростання	0.0338	3	55	0.992

У таблиці представлено результати однофакторного дисперсійного аналізу (критерій Фішера) для порівняння груп, утворених за віковими ознаками, щодо показників життєстійкості та посттравматичного зростання в експериментальній групі.

Згідно з отриманими результатами, статистично значущі відмінності були виявлені лише за шкалами Залученість ($F = 4.1935$, $p = 0.010$) та Життєстійкість ($F = 3.4871$, $p = 0.022$). Це свідчить про те, що вік респондентів впливає на рівень цих характеристик. Можемо припустити, що молодші респонденти або респонденти середнього віку виявляють більшу включеність у діяльність, соціальну взаємодію, активну боротьбу з викликами. Щодо компоненту Контроль, у різних вікових групах по-різному проявляється відчуття впливу на власне життя. Імовірно, старші учасники частіше вважають події невідконтрольними, що знижує їхній показник. Загальний рівень життєстійкості також змінюється залежно від віку. Це підтверджує, що вікова зрілість або, навпаки, молодість можуть бути як ресурсом, так і бар'єром, залежно від

особистих і контекстуальних факторів (досвід, соціальна підтримка, фізичний стан тощо).

Для інших показників, зокрема Прийняття ризику, Ставлення до інших, Підвищення цінності життя та Індекс посттравматичного зростання, значущих відмінностей не виявлено ($p > 0.05$), отже вікові групи не розрізняються за цими критеріями у межах вибірки, тому можемо припустити, що готовність діяти в умовах невизначеності не залежить від віку в цій вибірці, а також вік не впливає на цінність міжособистісних стосунків, та незалежно від віку, респонденти однаково переосмислюють життя після травматичного досвіду. Щодо загального рівня ПТЗ, який не диференціюється за віковими групами, це може свідчити про однакову здатність до зростання після травми в умовах війни — незалежно від віку.

Отримані результати свідчать про те, що вік має значення переважно для характеристик, пов'язаних із активною життєвою позицією та включеністю в події, але не визначає здатність особистості до посттравматичного зростання в цілому. Це може пояснюватись тим, що в умовах екстремального хронічного стресу (війна) посттравматичне зростання визначається не віком, а внутрішніми ресурсами, наявністю підтримки та попереднім життєвим досвідом.

Таблиця 3.9.

Однофакторний дисперсійний аналіз (критерій Крускала-Волліса) при порівнянні груп, утворених за віком, за життєстійкістю та посттравматичним зростанням (експериментальна група)

	χ^2	df	p
Нові можливості	0.0299	3	0.999
Сила особистості	0.0702	3	0.995
Духовні зміни	1.0266	3	0.795

Для оцінки відмінностей між віковими групами щодо складових посттравматичного зростання Нові можливості, Сила особистості та Духовні

зміни однофакторний дисперсійний аналіз проводився за допомогою критерію Крускала-Волліса.

Результати показують, що за усіма досліджуваними субшкалами: Нові можливості ($\chi^2 = 0.0299$, $p = 0.999$), Сила особистості ($\chi^2 = 0.0702$, $p = 0.995$) та Духовні зміни ($\chi^2 = 1.0266$, $p = 0.795$), не було виявлено статистично значущих відмінностей. Це свідчить про те, що фактор віку не має визначального впливу на рівень переживання посттравматичного зростання в контексті зазначених субшкал серед учасників експериментальної групи.

Таблиця 3.10.

Попарні порівняння груп, утворених за віком, за шкалою Залученість (експериментальна група)

		31-35 р.	36-40 р.	< 31 р.	> 40 р.
31-35 р.	Різниця середніх	—	-5.86	3.33	-6.190
	p	—	0.306	0.733	0.246
36-40 р.	Різниця середніх		—	9.19	-0.333
	p		—	0.031	1.000
< 31 р.	Різниця середніх			—	-9.521
	p			—	0.021
> 40 р.	Різниця середніх				—
	p				—

Для більш детального аналізу вікових відмінностей було проведено попарне порівняння вікових груп. У таблиці представлено результати попарного порівняння вікових груп експериментальної вибірки за шкалою Залученість.

Як ми бачимо з таблиці, між віковими групами < 31 року та 36-40 років виявлено статистично значущу різницю ($p = 0.031$). Різниця середніх дорівнює 9.19. Також бачимо, статистично значущу різницю між групами <31 року та >40 років ($p = 0.021$).

Для інших вікових пар різниці не виявлено — значення p значно перевищують 0.05. Графічно різницю між віковими групами представлено на рис.3.2:

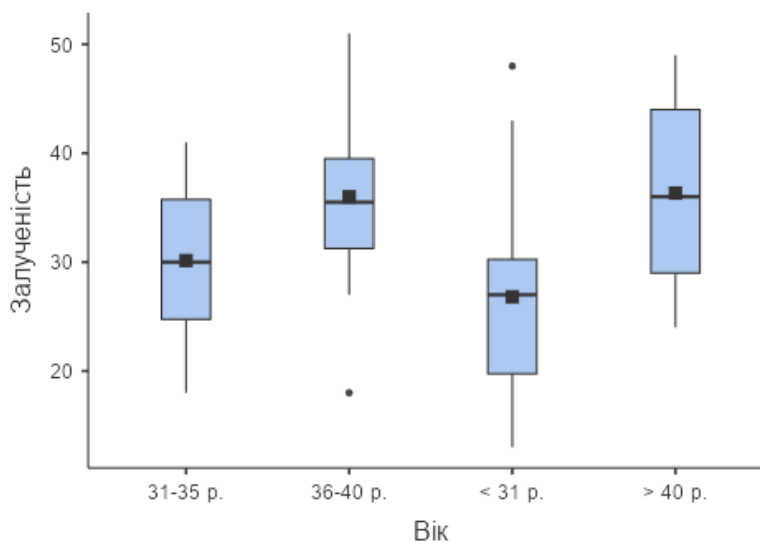


Рис. 3.2. Коробкові діаграми за шкалою Залученість в групах, утворених за віком (експериментальна група)

Як бачимо з діаграми, наше припущення про вищі показники залученості в молодших учасників не підтвердилось: молодша група (< 31 р.) має нижчі медіанні значення залученості та ширший розкид — тобто більше варіативності; група 36–40 р. має найвищу медіану залученості та менший розмах — що вказує на стабільно високий рівень; група > 40 р. також має досить високі показники, але розкид значень більший. Група 31–35 р. знаходиться посередині — з середніми показниками залученості. Хоча статистично значуща різниця була між <31 р. та 36–40 р., графік дозволяє побачити високу індивідуальну варіативність серед наймолодших учасників.

Таким чином можна зробити висновок, що найстарші учасники дослідження (старше 40 років) демонструють вищий рівень залученості у життєві події, ніж особи середнього віку (36-40 років) та молодь (< 31 року). Ця особливість може вказувати, що вік має вплив на компонент залученості у період переживання стресових обставин війни.

Далі ми проводили попарні порівняння вікових груп за показником життєстійкості:

Таблиця 3.11.

Попарні порівняння груп, утворених за віком, за шкалою Життєстійкість (експериментальна група)

		31-35 р.	36-40 р.	< 31 р.	> 40 р.
31-35 р.	Різниця середніх	—	-12.5	6.04	-13.51
	p	—	0.356	0.842	0.274
36-40 р.	Різниця середніх		—	18.54	-1.01
	p		—	0.065	0.999
< 31 р.	Різниця середніх			—	-19.55
	p			—	0.042
> 40 р.	Різниця середніх				—
	p				—

Як бачимо з таблиці, статистично значуща різниця також виявлена між групами: <31 року та >40 років ($p = 0.042$). Різниця середніх склала -19.55, що вказує на вищий рівень життєстійкості у групи старших учасників порівняно з молодшими.

Різниця між групами 36-40 років та < 31 року наближається до статистичної значущості ($p = 0.065$), де різниця середніх становить 18.54. Це може вказувати на потенційно вищий рівень життєстійкості у старших осіб порівняно з представниками вікової категорії < 31 року, але результат не досягає загальноприйнятого рівня значущості ($p < 0.05$). В інших парах груп достовірних відмінностей не виявлено.

Таким чином, молодші учасники експериментальної групи (до 31 року) демонструють нижчий рівень життєстійкості, ніж особи віком понад 40 років. Це може свідчити про вікові відмінності у сприйнятті та подоланні складних життєвих обставин під час війни та на потенційно вищу активність та

включеність в життя саме серед старших учасників дослідження. Візуально різницю вікових груп представлено на діаграмі нижче:

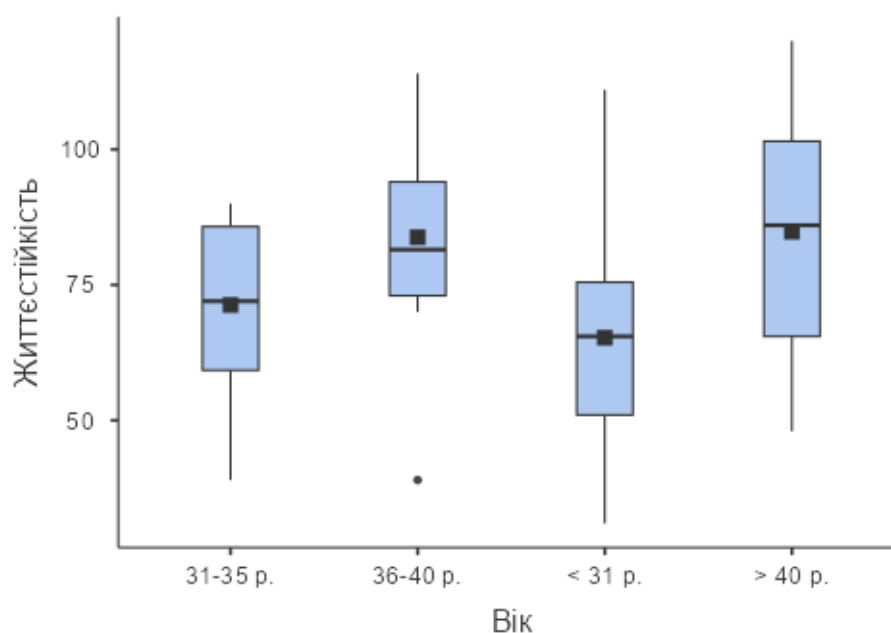


Рис. 3.3. Коробкові діаграми за шкалою Життєстійкість в групах, утворених за віком (експериментальна група)

На графіку ми бачимо, що середній рівень життєстійкості (медіана) найнижчий у наймолодших учасників (<31 р.), хоча вони демонструють найбільший розкид результатів. Найвища медіана життєстійкості спостерігається у групі > 40 років; за нею — група 36–40 років; в групі 31–35 років — середній рівень життєстійкості. Оскільки попарне порівняння груп виявило статистично значущу різницю між наймолодшими (<31 р.) та найстаршими (>40 р.), можемо робити висновки, що рівень життєстійкості є достовірно вищим у старших учасників дослідження.

Отриманий результат можна пояснити наявністю більшої кількості досвіду активного подолання труднощів, стабільніші життєві орієнтири та сформовану систему цінностей цінності, наявність важливих соціальних ролей та відповідальності як систему внутрішніх опор саме у респондентів старшого віку в умовах хронічного стресу.

Щодо контрольної групи, відмінностей у вікових групах встановлено не було. Це може вказувати на те, що саме умови перебування в Україні — в зоні хронічного стресу — активують вікові відмінності в адаптації. У той час як в контрольній групі, яка перебуває за кордоном, вплив стресу може бути менш диференційований за віком, адже він не є постійним або екзистенційно загрозливим.

Таблиця 3.12.

Однофакторний дисперсійний аналіз (критерій Фішера) при порівнянні груп, утворених за віком, за життєстійкістю та посттравматичним зростанням (контрольна група)

	F	df1	df2	p
Залученість	0.804	3	27	0.503
Контроль	0.765	3	27	0.524
Прийняття ризику	0.930	3	27	0.440
Життєстійкість	0.675	3	27	0.575
Ставлення до інших	0.431	3	27	0.733
Нові можливості	1.210	3	27	0.325
Сила особистості	0.566	3	27	0.642
Духовні зміни	0.294	3	27	0.829
Підвищення цінності життя	0.353	3	27	0.787
Індекс посттравматичного зростання	0.484	3	27	0.696

Таким чином, результати однофакторного дисперсійного аналізу показали, що вікові групи респондентів відрізняються за деякими складовими життєстійкості та посттравматичного зростання. Попарне порівняння показало, що найбільш виражені відмінності спостерігалися між наймолодшою групою респондентів (< 31 року) та віковими групами 36-40 років та >40 років. Молодші респонденти виявляють нижчий рівень життєстійкості порівняно з учасниками старших вікових груп, що може свідчити про меншу кількість адаптаційного

досвіду, незавершений процес формування ідентичності та вищу вразливість до хронічного стресу саме в молодших учасників дослідження. При цьому вікові відмінності не проявляються у загальному рівні посттравматичного зростання, що підкреслює універсальність цього процесу незалежно від віку. Механізми ПТЗ, такі як переоцінка цінностей, глибші міжособистісні стосунки або духовний розвиток, можуть розвиватися незалежно від віку, але їх форми й інтенсивність — варіюватися.

Далі ми порівнювали досліджуваних за критерієм адаптованості до життя в умовах війни, а саме респондентів, які адаптувались до умов війни з тими, хто скоріш не адаптувався. На експериментальній групі (30 та 29 досліджуваних відповідно) було встановлено відмінності за шкалами: Залученість, Прийняття ризику, Життестійкість та Духовні зміни.

Таблиця 3.13.

Тест для незалежних вибірок при порівнянні середніх тих, хто адаптувались та хто не адаптувались до життя в умовах війни, за життестійкістю та посттравматичним зростанням (експериментальна група)

		Статистика	Ступені свободи	p		Величина ефекту
Залученість	t-критерій Стьюдена	2.3502	57.0	0.022	d Коена	0.6120
Контроль	t-критерій Стьюдена	1.8549	57.0	0.069	d Коена	0.4830
Прийняття ризику	t-критерій Стьюдена	2.5221	57.0	0.014	d Коена	0.6568
Життестійкість	t-критерій Стьюдена	2.3797	57.0	0.021	d Коена	0.6197
Ставлення до інших	t-критерій Стьюдена	0.1984	57.0	0.843	d Коена	0.0517
Нові можливості	U-критерій Манна-Уїтні	434		0.988	рангово-бісер. коеф. кор	-0.00345

Сила особистості	U-критерій Манна-Уїтні	420		0.826	рангово-бісер. коеф. кор	-0.03448
Духовні зміни	U-критерій Манна-Уїтні	296		0.033	рангово-бісер. коеф. кор	0.32069
Підвищення цінності життя	t-критерій Стюдена	-1.5682	57.0	0.122	d Коена	-0.4084
Індекс посттравматичного зростання	t-критерій Стюдена	-0.3880	57.0	0.699	d Коена	-0.1010

Для перевірки відмінностей між респондентами, які адаптувалися та тими, хто не адаптувався до умов війни, були застосовані t-критерій Стюдента та U-критерій Манна-Уїтні (залежно від характеру розподілу).

Аналіз показав статистично значущі відмінності за шкалою Життестійкість: $t = 2.38$; $p = 0.021$, величина ефекту d Коена = 0.62, що свідчить про середній розмір ефекту отже ті, хто адаптувався до умов війни, мають вищий рівень життестійкості.

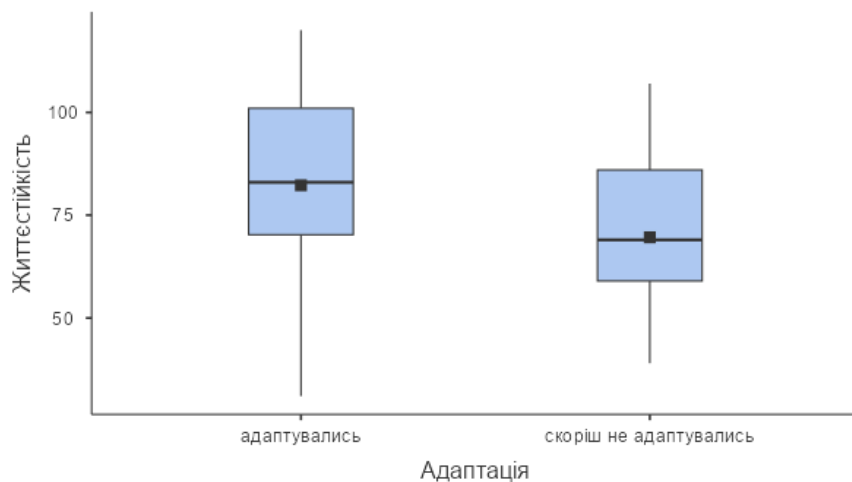


Рис. 3.4. Коробкові діаграми за шкалою Життестійкість в групах, утворених за адаптацією до умов війни

Відмінність між адаптованими та тими хто скоріш не адаптувався також представлена на графіку вище. Медіана у групі адаптованих є вищою, а сам

розподіл демонструє також більшу варіативність, що вказує на більш широкий діапазон адаптаційних стратегій.

Також статистично значущі відмінності спостерігаються за шкалою Залученість $t = 2.35$; $p = 0.022$, $d = 0.61$ — середній ефект.

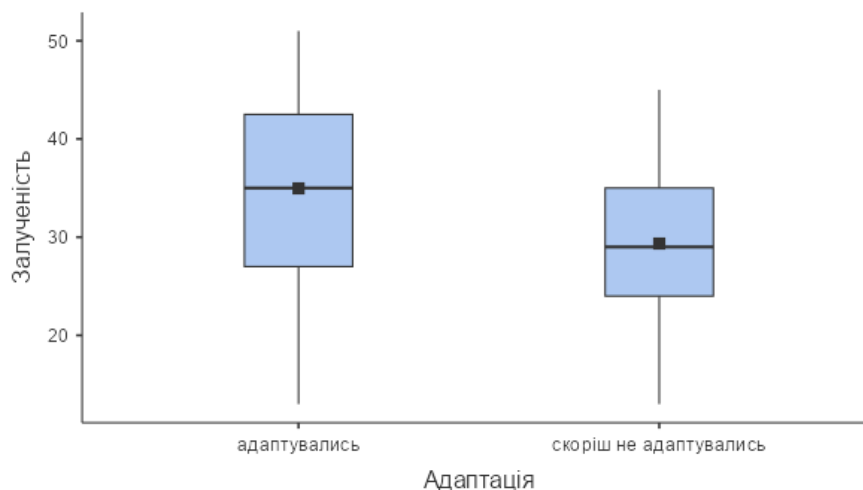


Рис.3.5. Коробкові діаграми за шкалою Залученість в групах, утворених за адаптацією до умов війни

З графіка бачимо, що адаптовані учасники мають вищий рівень залученості. Медіанне значення в цій групі вищим, а також спостерігається ширший інтерквартильний розмах, що свідчить про варіативність залученості в межах групи.

За шкалою Прийняття ризику $t = 2.52$; $p = 0.014$, $d = 0.66$ —також маємо статистично значущі відмінності та середній ефект. Як бачимо з графіка, представленого нижче, медіана в адаптованих учасників є вищою, проте розподіл в обох групах приблизно однаковий:

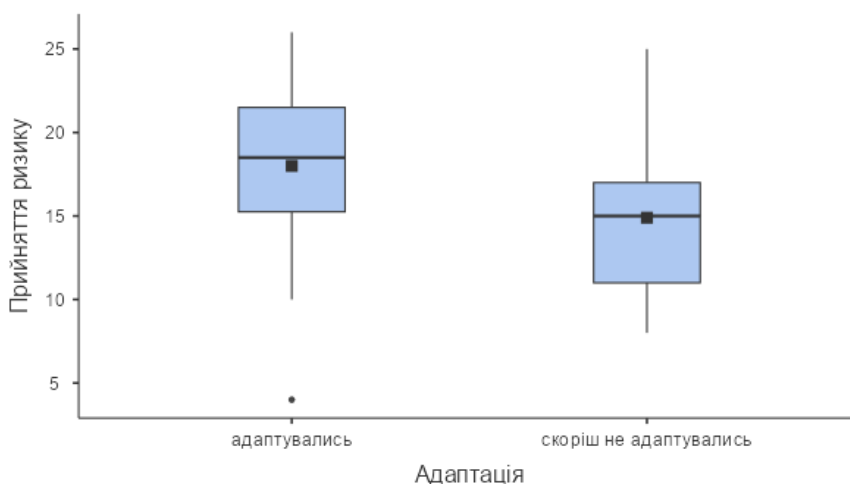


Рис.3.6. Коробкові діаграми за шкалою Прийняття ризику в групах, утворених за адаптацією до умов війни

За шкалою Контроль результат наближається до статистично значущого: $t = 1.85$; $p = 0.069$, $d = 0.48$ — середній ефект. Це вказує на тенденцію до вищого рівня контролю у адаптованих учасників.

За шкалою Ставлення до інших значущих відмінностей не виявлено: $p = 0.843$, величина ефекту мінімальна.

Таким чином, в експериментальній групі особи, які адаптувалися до життя в умовах війни, демонструють вищі показники життєстійкості та її компонентів (залученість, прийняття ризику), що може свідчити про те, що активна життєва позиція, готовність брати на себе відповідальність і діяти в умовах невизначеності є важливими умовами ефективного пристосування до тривалого стресу.

Для субшкал посттравматичного зростання результат наступний: за шкалою Духовні зміни було отримано статистично значущий результат: $U = 296$; $p = 0.033$, рангово-бісеріальний коефіцієнт кореляції = 0.32 (середній ефект). Інші субшкали — Нові можливості, Сила особистості та Підвищення цінності життя — не виявили статистично значущих відмінностей ($p > 0.05$). Загальний індекс посттравматичного зростання також не показав відмінностей між групами: $t = -0.39$; $p = 0.699$.

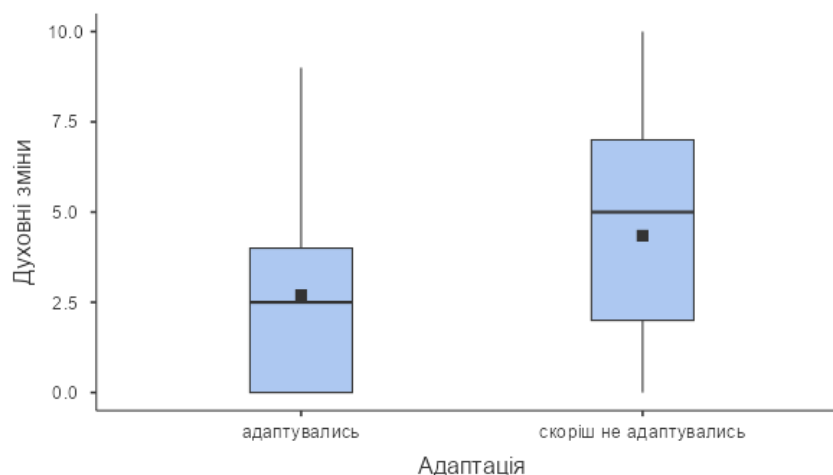


Рис. 3.7. Коробкові діаграми за шкалою Духовні зміни в групах, утворених за адаптацією до умов війни

Як бачимо з графіка, медіана в групі адаптованих учасників є значно нижчою, що вказує на чітку тенденцію до вищого рівня "Духовних змін" серед тих, хто скоріше не адаптувався до умов війни, проте розподіл в обох групах приблизно однаковий.

Таким чином, єдина шкала посттравматичного зростання, яка виявила відмінності — Духовні зміни, при чому показник вищий в осіб, які скоріше не адаптувались до життя в умовах війни, в порівнянні з тими, хто адаптувався. Це може вказувати на те, що менш адаптовані особи переживають війну не лише як зовнішній стрес, а й як подію, що змінює їхній світогляд, цінності, ставлення до життя. Оскільки в загальному Індексі ПТЗ спостерігаємо відсутність відмінностей, це можна інтерпретувати як те, що ПТЗ не завжди є наслідком адаптації — це не лінійний процес, а радше якісна трансформація, що залежить від глибини переосмислення досвіду, а не лише функціональної пристосованості.

Порівнюючи досліджуваних, які адаптувались до умов війни (17 досліджуваних) з тими, хто скоріш не адаптувались (14 досліджуваних) на контрольній групі, було встановлено статистично достовірну відмінність лише за шкалою Сила особистості.

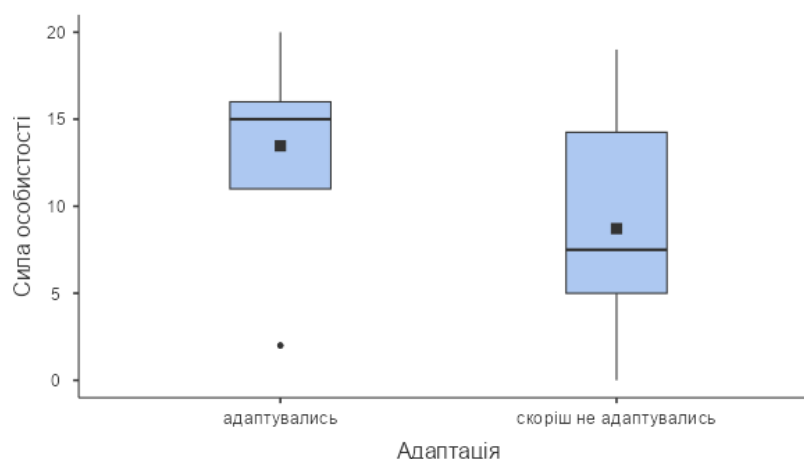


Рис.3.8. Коробкові діаграми за шкалою Сила особистості в групах, утворених за адаптацією до умов війни (контрольна група)

Як бачимо з діаграми, група адаптованих респондентів має значно вищу медіану порівняно з групою “скоріш не адаптувались”. Це вказує на чітку тенденцію до вищого рівня “Сили особистості” серед тих, хто адаптувався до умов війни, навіть перебуваючи в контрольній групі (за кордоном).

Можемо припустити, що адаптація до нової реальності, зокрема життя за кордоном “запускає” зростання сили особистості в результаті трансформації ідентичності, втрати звичного середовища та перебудови усталених поведінкових шаблонів та реакцій, оскільки цей показник можна вважати певним маркером подолання кризи і формування нового “Я”.

Таблиця 3.14.

Тест для незалежних вибірок при порівнянні середніх тих, хто адаптувались та хто не адаптувались до життя в умовах війни, за життєстійкістю та посттравматичним зростанням (контрольна група)

		Статистика	Ступені свободи	p		Величина ефекту
Залученість	t-критерій Стьюдена	1.90	29.0	0.068	d Коена	0.685
Контроль	t-критерій Стьюдена	1.19	29.0	0.245	d Коена	0.428
Прийняття ризику	t-критерій Стьюдена	1.54	29.0	0.134	d Коена	0.557

Життєстійкість	t-критерій Стьюдена	1.84	29.0	0.076	d Коена	0.664
Ставлення до інших	t-критерій Стьюдена	1.95	29.0	0.061	d Коена	0.703
Нові можливості	t-критерій Стьюдена	1.35	29.0	0.186	d Коена	0.488
Сила особистості	t-критерій Стьюдена	2.45	29.0	0.020	d Коена	0.885
Духовні зміни	t-критерій Стьюдена	1.23	29.0	0.230	d Коена	0.442
Підвищення цінності життя	t-критерій Стьюдена	1.76	29.0	0.089	d Коена	0.636
Індекс посттравматичного зростання	t-критерій Стьюдена	2.00	29.0	0.055	d Коена	0.721

Для оцінки відмінностей між учасниками контрольної групи, які адаптувалися та не адаптувалися до життя в умовах війни, було проведено порівняння середніх значень за шкалами життєстійкості та посттравматичного зростання з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати свідчать, що: за шкалами Залученість ($t = 1.90$; $p = 0.068$; $d = 0.685$) і Життєстійкість ($t = 1.84$; $p = 0.076$; $d = 0.664$) виявлені тенденції до статистичної значущості при досить великій величині ефекту за Коеном (середній–великий), що свідчить про потенційно вищі показники у групи адаптованих учасників. За шкалою Ставлення до інших також спостерігається наближення до значущості ($p = 0.061$), з великим ефектом ($d = 0.703$).

Єдиний показник із статистично значущою різницею — це Сила особистості ($t = 2.45$; $p = 0.020$; $d = 0.885$), про що свідчить великий розмір ефекту. Адаптовані учасники мають вищий рівень цієї характеристики.

За іншими субшкалами — зокрема Контроль, Прийняття ризику, Нові можливості, Духовні зміни, Підвищення цінності життя — статистично значущих відмінностей не виявлено, хоча деякі ефекти мають середню величину. Загальний індекс посттравматичного зростання показав тенденцію до

значущості: $t = 2.00$; $p = 0.055$; $d = 0.721$, що може вказувати на вищий рівень зростання серед адаптованих, незважаючи на те, що $p > 0.05$.

Таким чином, в контрольній групі, на відміну від експериментальної, відмінності між адаптованими та неадапованими досліджуваними менш виражені, однак адаптація до умов війни пов'язана із вищою силою особистості і демонструє тенденції до підвищеної життєстійкості, залученості та посттравматичного зростання. Залученість, життєстійкість, ставлення до інших показали тенденції до відмінностей з високими ефектами, але не досягли статистичної значущості — найімовірніше, через малий обсяг вибірки (17 і 14 учасників). За більших обсягів ці відмінності могли би стати достовірними.

Особливо цікаво, що загальний індекс посттравматичного зростання майже досяг значущості ($p = 0.055$; $d = 0.721$) — це свідчить про наявність потужного потенціалу до зростання серед адаптованих респондентів, навіть якщо це ще не повністю реалізовано або не відбилось у всіх субшкалах.

Результати аналізу показали, що в обох групах — як серед респондентів, які залишилися в Україні (експериментальна група), так і серед тих, хто виїхав за кордон (контрольна група), адаптація до нових життєвих умов є важливим чинником, пов'язаним із життєстійкістю та окремими аспектами посттравматичного зростання. В експериментальній групі відмінності спостерігалися у більшій кількості шкал, що можна пояснити проживанням в умовах безпосередньої загрози життю, де більш важливим є сама життєстійкість та її більш зовнішньо спрямовані складові контролю та ризику.

У контрольній групі адаптація більше пов'язана з внутрішніми ресурсами — переоцінкою, інтеграцією досвіду, зростанням. Саме тому відмінності проявляються не у зовнішньо орієнтованих якостях (залученість, контроль), а у внутрішній міцності — силі особистості, що в свою чергу може свідчити про те, що саме глибокі внутрішні ресурси — здатність до самозбереження, внутрішня впевненість і готовність до змін — є ключовими для ефективної адаптації до нового середовища у вимушеній міграції. Інші показники також демонструють значущі тенденції, що може свідчити про формування більш широкої моделі

адаптації, яка з часом може впливати і на інші компоненти посттравматичного зростання.

3.4. Розробка практичних рекомендацій підвищення рівня життєстійкості та посттравматичного зростання в умовах війни

В результаті проведеного емпіричного дослідження нами були виявлені ключові психологічні характеристики, які сприяють ефективній адаптації до умов війни та формуванню посттравматичного зростання. Зокрема, серед найважливіших чинників виступають Життєстійкість загалом, її складові Залученість та Прийняття ризику, а також такі складові ПТЗ, як Сила особистості та Духовні зміни. Нижче представлені практичні рекомендації щодо підвищення рівня життєстійкості та посттравматичного зростання в умовах війни, сформульовані з урахуванням отриманих даних.

В першу чергу слід приділити увагу розвитку Залученості як ключового предиктора ПТЗ. На нашу думку сприяти розвитку компоненту залученості може активна участь в житті громади. Це можуть бути волонтерство, творчі ініціативи, групи взаємодопомоги. Дані форми активності актуальні як для тих, про проживає в Україні, так і для тих, хто знаходиться у вимушеній еміграції. Також ефективними методами є групова та індивідуальна терапія, де інтервенції спрямовані на розвиток усвідомленої включеності у власний життєвий шлях, навіть у кризі (нарративні техніки, арт-терапія).

Другим важливим адаптаційним ресурсом є компонент Прийняття виклику. Дієвими стратегіями, на наш погляд, може бути використання когнітивно-поведінкових технік для подолання страху змін, практика “малих експериментів”, побутових або соціальних змін як символу гнучкості (створити список речей, які людина боїться зробити (навіть простих: написати комусь, піти на зустріч) — і виконувати по 1 такому “ризик” щотижня). Використання

нарративних практик, за допомогою яких клієнт може переосмислити власний досвід ризиків, які його змінили.

Щодо третього компоненту життєстійкості — Контролю — на нашу думку, корисним буде навчання технік саморегуляції та самопомоги: дихальні вправи, майндфулнес тощо. Робота з інтерналізацією локусу контролю: “Що я можу контролювати сьогодні?”, вправа “Колесо контролю” (розділити аркуш на 2 кола: “я можу контролювати” / “я не можу контролювати”, які потрібно заповнити, і зосереджуватись на 1-2 діях із зони контролю щодня).

Також важливим на нашу думку є посилення життєстійкості загалом, як базового адаптаційного ресурсу, оскільки життєстійкість позитивно пов'язана з індексом ПТЗ у всіх групах. Доцільними в даному випадку будуть психоедукаційні заходи щодо посилення ресурсів психічної витривалості та реакції на стрес, зокрема проведення тренінгів життєстійкості з розвитком трьох компонентів: залученості, контролю, прийняття ризику. Особливо актуальним це є для людей молодшого віку (<31р.), у яких рівень життєстійкості був нижчим. Корисними також будуть групи психологічної підтримки. Також слід зазначити, що оскільки підтримка є одним із основних факторів формування життєстійкості, залучення максимально доступної підтримки родини, друзів, спільноти, або психологічної є критично важливим.

Подальші практичні рекомендації стосуються саме сприяння посттравматичному зростанню. На основі опрацьованої нами теорії, основою ПТЗ є якісне переосмислення травмуючого досвіду для пошуку в ньому нових сенсів та інтеграції у власне життя. Виходячи з цього, важливим, на нашу думку, є наявність безпечного простору для осмислення втрат, болю, змісту війни та життя після неї. Таким простором може стати групова психотерапія, а саме фасилітовані групи підтримки, де люди можуть ділитися своїм досвідом та чути про досвід інших — це формує нову спільну реальність; створення спільнот пережитого досвіду: для жінок, біженців, ветеранів тощо; підтримка позитивної соціальної ідентичності: “Я частина спільноти, яка пройшла через це” → “Я належу до тих, хто росте після втрати”.

Особиста внутрішня робота може відбуватись за допомогою технік саморефлексії (наприклад ведення щоденника) з особливою увагою до екзистенційних питань типу: Хто я після цього досвіду? Що має сенс тепер? Що я відкрив(ла) у собі?

Особливу увагу слід звернути на індивідуальну терапію, як один з найдієвіших інструментів впливу. Психологи та терапевти часто зосереджені на діагностичних маркерах травми (ПТСР), але не завжди на ПТЗ, тому доцільно навчати фахівців розпізнавати не лише симптоми травми, а також маркери зростання (зміна пріоритетів, сила, відновлення довіри); використання опитувальника посттравматичного зростання як інструменту не тільки оцінки, а й терапевтичної бесіди; психоедукація клієнтів, що ПТЗ — не заперечення болю, а здатність знайти новий сенс і форму життя після втрати. Психотерапія повинна бути спрямована на зміцнення внутрішньої опори; формування ідентичності та почуття цілісності; розвиток навичок самопідтримки, самоусвідомлення і самокомпетентності та роботу з особистим досвідом виживання, відновлення віри у власні ресурси.

Додатково, зважаючи на встановлений у дослідженні негативний зв'язок між рівнем тривожності та показниками посттравматичного зростання, доцільним є впровадження практичних заходів, спрямованих на зниження тривожності. Ефективними техніками в цьому напрямку є: майндфулнес-практики (усвідомлене дихання, сканування тіла, усвідомлене спостереження за думками), які допомагають зменшити румінації та емоційну напругу; когнітивно-поведінкові інтервенції, зокрема ідентифікація й корекція катастрофізуючих думок, тренування навичок зупинки тривожного потоку; техніки релаксації, такі як прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном, візуалізація безпечного місця; регулярна фізична активність — як природний регулятор психоемоційного стану, що підвищує рівень ендорфінів та знижує рівень кортизолу; режим сну та обмеження новин.

Ці методи можуть бути впроваджені як у форматі індивідуальної роботи, так і в форматі психоедукаційних програм, груп підтримки та онлайн-ресурсів

для самопомоги. Таким чином, цілеспрямована робота з тривожністю є важливою складовою підвищення психологічної стійкості та сприяння посттравматичному зростанню.

Отже, результати нашого дослідження свідчать, що розвиток посттравматичного зростання можливий як цілеспрямований процес, що базується на активізації психологічних ресурсів особистості. Особливу увагу в практичній роботі слід приділяти розвитку таких компонентів, як залученість до життя, прийняття ризику, сила особистості та здатність до духовної трансформації. Практична реалізація запропонованих рекомендацій дозволить не лише зменшити рівень психологічного дистресу, а й підтримати внутрішню стійкість, відновлення та формування нового бачення себе в умовах кризи.

Висновки до Розділу III

Третій розділ роботи присвячений безпосередньому аналізу даних та розробці практичних рекомендацій щодо підвищення рівня життєстійкості та посттравматичного зростання в умовах війни. У результаті емпіричного дослідження було виявлено низку статистично значущих відмінностей та зв'язків між показниками життєстійкості, посттравматичного зростання та психологічного стану учасників дослідження в умовах хронічного стресу війни.

Першим етапом безпосереднього аналізу отриманих даних було порівняння двох груп досліджуваних за шкалами обраних методик. Міжгруповий аналіз показав, що досліджувані, які залишилися в Україні (експериментальна група), мають вищий рівень резильєнтності у порівнянні з тими, хто виїхав за кордон (контрольна група). Хоча статистично значущих відмінностей за загальним індексом посттравматичного зростання між групами виявлено не було, у контрольній групі спостерігалися тенденції до вищих показників за окремими шкалами ПТЗ (зокрема “Ставлення до інших” і “Духовні зміни”).

Наступним кроком ми перейшли до встановлення взаємозв'язків ПТЗ із життєстійкістю та шкалами інших обраних в дослідженні методик. Кореляційний аналіз підтвердив наявність позитивних взаємозв'язків між життєстійкістю (та її компонентами: залученість, прийняття ризику, контроль), резильєнтністю і більшістю показників посттравматичного зростання, особливо з такими його складовими як “Сила особистості”, “Нові можливості” та загальний індекс ПТЗ. Натомість симптоми тривоги демонстрували негативний зв'язок із цими складовими.

Регресійний аналіз дозволив визначити основні предиктори посттравматичного зростання. На всій вибірці найбільший вплив мали залученість, резильєнтність та симптоми ПТСР, при цьому залученість виявилась найсильнішим предиктором. У контрольній групі спостерігається подібна тенденція, тоді як в експериментальній групі єдиним статистично значущим предиктором ПТЗ була залученість.

Наступним кроком проводився дисперсійний аналіз зв'язків життєстійкості та ПТЗ з даними авторської анкети. Аналіз впливу вікових чинників продемонстрував, що молодші учасники (< 31 року) мали найнижчі показники життєстійкості та залученості порівняно з учасниками старших вікових груп, особливо у віці понад 40 років. Проте відмінностей у рівні ПТЗ між віковими групами виявлено не було. Порівняння за критерієм адаптованості до життя в умовах війни виявило, що ті, хто вважає себе адаптованим, мають вищі показники життєстійкості, залученості, прийняття ризику, а також вищий показник Духовних змін як компоненту посттравматичного зростання. У контрольній групі адаптовані учасники також демонстрували вищий показник Сили особистості та тенденції до вищого загального рівня ПТЗ.

На основі емпіричних результатів були розроблені практичні рекомендації, спрямовані на підвищення рівня життєстійкості та посттравматичного зростання. Рекомендації передбачають як індивідуальні (психотерапія, рефлексивні техніки), так і групові інтервенції (групи підтримки, волонтерська участь, психоедукація), зокрема з урахуванням вікових та соціальних характеристик учасників.

ВИСНОВКИ

Для виконання поставлених в роботі завдань, а саме проведення дослідження впливу психологічних особливостей життєстійкості на посттравматичне зростання особистості в умовах хронічного стресу війни був проведений збір та аналіз наукового матеріалу, організовано та проведено емпіричне дослідження.

В ході роботи з науковим матеріалом було проаналізовано теорію життєстійкості особистості Сальваторе Мадді та інших науковців, механізми її формування та основні характеристики; розглянуто різні моделі, передумови та механізм протікання посттравматичного зростання. Також було розглянуто філософське підґрунтя обох феноменів, а саме філософію стоїцизму та екзистенціалізму та особливості впливу хронічного стресу на організм людини. Опрацювавши певну кількість теоретичного матеріалу нами було сформульовано гіпотезу про те, що життєстійкість є передумовою і ресурсною базою подальшого особистісного зростання після пережитої психотравмуючої події.

Також було встановлено, що життєстійкість і посттравматичне зростання є взаємопов'язаними конструктами, які сприяють адаптації особистості до хронічного стресу. Життєстійкість, як стійка особистісна властивість, забезпечує активну взаємодію з кризовими обставинами, тоді як посттравматичне зростання відображає процес особистісної трансформації після травматичних подій. Обидва конструкти тісно пов'язані з внутрішніми ресурсами людини, зокрема резильєнтністю, здатністю до рефлексії, переоцінки життєвих цінностей і соціальною підтримкою.

Емпіричне дослідження проводилось в кілька етапів. Першим етапом був збір даних. Для цього досліджуваним було запропоновано пройти авторський опитувальник в гугл-формі, який складався з анкети та шести психологічних методик: тесту життєстійкості С. Мадді, шкали резильєнтності Коннора-Девідсона, шкали сприйнятого стресу (pss-10), госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), шкали самооцінки наявності симптомів ПТСР (PCL-цивільна

версія) та опитувальник посттравматичного зростання (Р.Т адескі та Л. Калхфун). У дослідженні взяли участь 90 респондентів, які були поділені на дві групи – експериментальну (ті, хто з початком повномасштабного вторгнення залишились в Україні) та контрольну (ті, хто виїхали за кордон). Безпосередній аналіз отриманих даних проводився в програмі Jamovi за допомогою таких методів математико-статистичного аналізу: описові статистики, кореляційний аналіз, множинні лінійні регресії та дисперсійний аналіз.

В першу чергу ми шукали відмінності в групах за шкалами обраних методик. Таким чином було виявлено, що рівень резильєнтності достовірно вищий в експериментальній групі. Це може свідчити про мобілізацію внутрішніх ресурсів та здатності до адаптації та подолання труднощів в умовах безпосередньої загрози життю, а також що контекст проживання відіграє важливу роль у формуванні та підтриманні резильєнтності у період воєнного стресу.

Надалі ми досліджували взаємозв'язки шкал опитувальника посттравматичного зростання зі шкалами інших обраних в дослідженні методик. В експериментальній групі посттравматичне зростання позитивно корелює з життєстійкістю, особливо з її складовими (залученість, прийняття ризику та контроль). Отримані результати можна розглядати як підтвердження нашої гіпотези про те, що люди з вищою життєстійкістю мають більше шансів пережити позитивні зміни після психотравми.

Щодо інших шкал було встановлено, що резильєнтність позитивно корелює з деякими субшкалами ПТЗ, а також відмічено негативну кореляцію Тривоги з двома субшкалами ПТЗ. Для шкал Симптоми ПТСР, Сприйнятий стрес та Депресія кореляційних зв'язків встановлено не було. Отримані результати можна розглядати як те, що життєстійкість та резильєнтність є важливими чинниками посттравматичного зростання, а також, що психоемоційні труднощі (зокрема тривожність) можуть ускладнювати цей процес.

Подібні зв'язки частково підтверджені і в контрольній групі, проте життєстійкість має сильніші позитивні кореляції з посттравматичним

зростанням. Це може свідчити про те, що в умовах адаптації до життя за кордоном життєстійкість особливо важлива для підтримання позитивних змін, особливо в міжособистісних стосунках та внутрішній силі.

Щодо Резильєнтності, в порівнянні з експериментальною групою кількість і сила зв'язків менші, що може свідчити про різну природу резильєнтності залежно від зовнішніх умов: у стабільніших умовах за кордоном вона краще «працює» як чинник зростання.

Для шкал Симптоми ПТСР, Сприйнятий стрес, Тривога та Депресія кореляційних зв'язків встановлено не було. Як і в експериментальній групі, це може свідчити, що наявність симптомів не завжди впливає на можливість зростання, або ж такі впливи опосередковані іншими змінними. Проте, в експериментальній групі тривога також виявляється негативним предиктором — тобто в умовах безпосередньої загрози вона гальмує адаптацію.

Регресійний аналіз показав, що рівень посттравматичного зростання найбільше пов'язаний з рівнем залученості, симптомами ПТСР та резильєнтністю. У контрольній групі вагомим чинником зростання також є наявність симптомів ПТСР, що узгоджується з моделлю інверсної U-кривої в дослідженні зв'язку ПТЗ та ПТСР, та підкреслює, що ПТЗ формується не лише за рахунок ресурсів (залученість, резильєнтність), а й частково через сам факт наявності психотравматичних переживань, які стимулюють рефлексію та перебудову цінностей.

Згідно отриманих результатів, можемо зробити висновки про те, що оскільки компонент Залученість є ключовим чинником ПТЗ у всіх моделях, це вказує на важливість активної участі в житті навіть у кризових умовах. Симптоми ПТСР можуть не лише обмежувати, а й слугувати каталізатором особистісного зростання, особливо за умов, коли людина має змогу дистанціюватися від джерела травми. Резильєнтність відіграє допоміжну, але важливу роль — зокрема, в середовищі з більшою стабільністю.

Наступним кроком ми шукали залежність посттравматичного зростання та життєстійкості від анкетних даних, зокрема від віку та відповіді на питання щодо

адаптованості до життя в умовах війни. В експериментальній групі наймолодші учасники дослідження (до 31 року) демонструють нижчий рівень залученості у життєві події, ніж особи середнього віку (36-40 років) та мають найнижчий рівень життєстійкості. Щодо контрольної групи, відмінностей у вікових групах встановлено не було. Це може вказувати на те, що саме умови перебування в Україні — в зоні хронічного стресу — активують вікові відмінності в адаптації. У той час як в контрольній групі, яка перебуває за кордоном, вплив стресу може бути менш диференційований за віком, адже він не є постійним або екзистенційно загрозливим. При цьому вікові відмінності не проявляються у загальному рівні посттравматичного зростання, що підкреслює універсальність цього процесу незалежно від віку. Механізми ПТЗ, такі як переоцінка цінностей, глибші міжособистісні стосунки або духовний розвиток, можуть розвиватися незалежно від віку, але їх форми й інтенсивність — варіюватися.

Адаптація до умов війни виявилась пов'язаною з життєстійкістю та її компонентами. В обох групах адаптовані респонденти демонструють вищу залученість, життєстійкість і силу особистості, а також духовні зміни як один із аспектів посттравматичного зростання. У контрольній групі особливо значущим показником адаптації виступає сила особистості, що підтверджує важливість внутрішніх ресурсів у подоланні наслідків міграційної травми.

Практичні рекомендації, розроблені на основі отриманих результатів, мають бути спрямовані на розвиток залученості, прийняття ризику, сили особистості та рефлексивного осмислення досвіду війни. Важливо враховувати культурний та віковий контекст, а також специфіку переживань осіб, що залишились в Україні та тих, хто вимушено мігрував. Зокрема, запропоновані напрями роботи включають: посилення залученості через волонтерську діяльність і психотерапію; підтримку готовності до змін через когнітивно-поведінкові та наративні практики; розвиток саморегуляції й почуття контролю через техніки майндфулнес та вправи з розподілу сфери впливу. Особлива увага приділена створенню безпечного середовища для рефлексії, підтримки соціальної ідентичності та внутрішньої опори.

Отримані результати підтверджують гіпотези дослідження про те, що життєстійкість є важливим чинником формування посттравматичного зростання, а також що ПТЗ є процесом, який може бути підтриманий через цілеспрямовані психологічні втручання, як в форматі індивідуальної терапії, так і через групову та суспільну підтримку в умовах війни. Дані результати можуть бути використані для розробки програм психосоціальної підтримки в умовах війни, а також для подальших досліджень зв'язку між стресом, стійкістю та зростанням у кризових ситуаціях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., & Федан, О. В. (2016). *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях*. Київ: Педагогічна думка.
2. Куряпов, А., Піворене, Й., Красілова, Ю., Проскурня, А., Балашевич, О., & Калайцакі, А. (2023). Від травми до трансформації: предиктори посттравматичного зростання в українців, які постраждали від війни в умовах триваючого конфлікту. *Social Inquiry into Well-Being*, 21(1), 62–80. <https://ojs.mruni.eu/ojs/social-inquiry-into-well-being/article/view/7655>
3. Климчук, В. О. (2016). Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. *Наука і освіта*, (5), 46–52. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2016-5-6>
4. Климчук, В. О. (2020). *Психологія посттравматичного зростання: монографія*. Кропивницький: Імекс-ЛТД. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології.
5. Коkun, О., & Мельничук, Т. (2023). *Резилієнс-довідник: Практичний посібник для широкого користування*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
6. Лісова, О. (2023, 16 грудня). Війна перетворила наш стрес на хронічний: як із цим упоратися. *Голоси дітей*. <https://www.voices.org.ua>
7. Предко, В. В., & Сомова, О. О. (2022). Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців. *Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності*, 33(72), 4. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.4/16>
8. Радченко, О. М. (2022). Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*, 15–16(532–533). <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/71356-teorya-stresu-tafilosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin>

9. Розов, В. І. (2005). *Адаптивні антистресові психотехнології: Навч. посібн.* Київ: Кондор.
10. Сахарова, К. О. (2022). Життєстійкість як складова відновлення психічного здоров'я. *Науковий часопис публічного управління, психології, права*, 3, 21. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2022.3.21>
11. Титаренко, Т. М. (20186). Психологічне благополуччя особистості у контексті посттравматичного життєтворення. *Особистість та її історія*, 102–112.
12. Титаренко, Т. М. (2022). *Стратегії сприяння посттравматичному розвитку особистості*. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/709888/1/Тytarenko%20Т.М.%20Strategies%20to%20promote%20post-traumatic%20personality%20development.pdf>
13. Чиханцова, О. (2021). *Психологічні основи життєстійкості особистості: монографія*. Київ: Талком.
14. Чемодурова, Ю. М. (2024). Психологічні моделі феномену посттравматичного зростання особистості. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 35(4), 28–33. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.4/05>
15. Almedom, A. M. (2005). Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: All paths leading to 'light at the end of the tunnel'? *Journal of Loss and Trauma*, 10(3), 253–265.
16. Altinsoy, E., & Aypay, A. (2021). A post-traumatic growth model: Psychological hardiness, happiness-increasing strategies, and problem-focused coping. *Current Psychology*, 42, 15125–15135. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02466-0>
17. American Psychological Association. (2024, October 21). Stress effects on the body. <https://www.apa.org/topics/stress/body>

18. Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial-evolutionary view of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review, 24*, 75–98.
19. Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events. *Pediatric Annals, 20*(8), 459–466.
20. Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry, 15*, 30–34.
21. Joseph, S. (2009). Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics, 18*(2), 335–344.
22. Joseph, S. (2013). *What Doesn't Kill Us: A guide to overcoming adversity and moving forward*. Piatkus.
23. Kang, H., Fischer, I. C., Dickinson, S., Na, P. J., Tsai, J., Tedeschi, R. G., & Pietrzak, R. H. (2024). Posttraumatic Growth in U.S. Military Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Psychiatric Quarterly, 95*(1), 17–32. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10061-8>
24. Kierkegaard, S. (1843). *Fear and trembling*.
25. Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2023). Impact of the war in Ukraine on resilience, protective, and vulnerability factors. *Frontiers in Public Health, 11*, 1053940. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1053940>
26. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
27. Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Zola, M. A. (1982). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine, 5*(1), 41–51.
28. Kokun, O. (2023). The personal growth resources of the adult population following the first months of the war in Ukraine. *International Journal of Psychology, 58*(5), 407–414. <https://doi.org/10.1002/ijop.12915>
29. Kokun, O. (2024). The stability of mental health during war: Survey data from Ukraine. *Journal of Loss and Trauma, 30*(2), 242–263. <https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2328649>

30. Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality, 74*(1), 9–46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x>
31. Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 282–286. <https://doi.org/10.1002/jts.20409>
32. Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 1121.
33. Liu, A. N., Wang, L. L., Li, H. P., Gong, J., & Liu, X. H. (2017). Correlation between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms based on Pearson correlation coefficient: A meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 205*(5), 380–389. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000605>
34. Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press.
35. Maddi, S. R. (1998). Hardiness in health and effectiveness. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (pp. 323–335). Academic Press.
36. Maddi, S. R. (2002). *Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you*. McGraw-Hill.
37. Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theory and research. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 54*(3), 173–185. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173>
38. Maddi, S. R. (2004). Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology, 44*(2), 279–298.
39. Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology, 1*(3), 160–168. <https://doi.org/10.1080/17439760600619609>
40. Maddi, S. R. (2006). *The hardiness factor: How to be resilient in the face of stress*.

41. Maddi, S. R., & Kobasa, S. C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
42. Maddi, S. R., Harvey, R. J., & Khoshaba, D. M. (2006). Hardiness: A new measure of personality. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 91–105.
43. Masten, A. S. (1998). Resilience in children: Developmental perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(3), 221–234.
44. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
45. Mund, P. (2016). Kobasa concept of hardiness: A study with reference to the 3Cs. *International Research Journal of Engineering, IT and Scientific Research*, 2(1), 34–40. <https://sloap.org/journals/index.php/irjeis/article/view/243>
46. Papadopoulos, R. K. (2002). Refugees, home and trauma. In *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home* (pp. 1–30). London: Karnac.
47. Pines, M. (1984). Resilient children: Interview with Michael Rutter. *Psychology Today*, 18, 56–57.
48. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611.
49. Selye, H. (1976). *The stress of life*. McGraw-Hill.
50. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
51. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
52. Zerach, G., Solomon, Z., Cohen, A., & Ein-Dor, T. (2013). PTSD, resilience and posttraumatic growth among ex-prisoners of war and combat veterans. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(2), 91–98. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24225436/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Кореляційні зв'язки шкал опитувальника посттравматичного зростання зі шкалою самооцінки наявності ПТСР (цивільна версія), тестом життєстійкості С.Мадді, шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона, шкалою Сприйнятого стресу та субшкалами госпітальної шкали тривоги та депресії (експериментальна група)

		Ставлення до інших	Нові можливості	Сила особистості	Духовні зміни	Підвищення цінності життя	Індекс посттравматичного зростання
Симптоми ПТСР	коэф. Спір.	-0.064	-0.007	-0.073	0.193	0.101	-0.001
	p	0.632	0.957	0.581	0.143	0.445	0.997
Залученість	коэф. Спір.	0.271*	0.324*	0.352**	-0.079	0.200	0.271*
	p	0.038	0.012	0.006	0.553	0.129	0.038
Контроль	коэф. Спір.	0.248	0.350**	0.326*	-0.126	0.209	0.254
	p	0.059	0.007	0.012	0.343	0.113	0.052
Прийняття ризику	коэф. Спір.	0.190	0.285*	0.181	-0.087	0.112	0.184
	p	0.150	0.029	0.169	0.510	0.397	0.162
Життєстійкість	коэф. Спір.	0.267*	0.364**	0.335**	-0.107	0.201	0.271*
	p	0.041	0.005	0.009	0.421	0.127	0.038
Резильєнтність	коэф. Спір.	0.276*	0.298*	0.293*	-0.025	0.270*	0.277*
	p	0.034	0.022	0.024	0.849	0.038	0.033
Сприйнятий стрес	коэф. Спір.	-0.106	-0.129	-0.088	0.180	0.007	-0.062
	p	0.423	0.332	0.507	0.173	0.961	0.642
Тривога	коэф. Спір.	-0.220	-0.299*	-0.305*	0.017	-0.121	-0.236
	p	0.094	0.021	0.019	0.896	0.361	0.071
Депресія	коэф. Спір.	-0.175	-0.251	-0.224	0.069	-0.045	-0.167
	p	0.185	0.055	0.087	0.602	0.733	0.207

Додаток Б

Кореляційні зв'язки шкал опитувальника посттравматичного зростання зі шкалою самооцінки наявності ПТСР (цивільна версія), тестом життєстійкості С.Мадді, шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона, шкалою Сприйнятого стресу та субшкалами госпітальної шкали тривоги та депресії (контрольна група)

		Ставлення до інших	Нові можливості	Сила особистості	Духовні зміни	Підвищення цінності життя	Індекс посттравматичного зростання
Симптоми ПТСР	коэф. Спір.	-0.039	0.157	0.107	0.003	0.162	0.088
	p	0.835	0.398	0.567	0.986	0.385	0.636
Залученість	коэф. Спір.	0.507**	0.259	0.335	0.306	0.240	0.376*
	p	0.004	0.159	0.065	0.094	0.193	0.037
Контроль	коэф. Спір.	0.564***	0.447*	0.510**	0.408*	0.443*	0.544**
	p	<.001	0.012	0.003	0.023	0.013	0.002
Прийняття ризику	коэф. Спір.	0.404*	0.163	0.191	0.194	0.066	0.239
	p	0.024	0.381	0.304	0.295	0.723	0.195
Життєстійкість	коэф. Спір.	0.543**	0.311	0.366*	0.355	0.269	0.426*
	p	0.002	0.088	0.043	0.050	0.143	0.017
Резильєнтність	коэф. Спір.	0.547**	0.501**	0.499**	0.309	0.417*	0.508**
	p	0.001	0.004	0.004	0.091	0.020	0.003
Сприйнятий стрес	коэф. Спір.	-0.276	-0.102	-0.067	-0.112	-0.116	-0.160
	p	0.132	0.585	0.722	0.550	0.534	0.390
Тривога	коэф. Спір.	-0.225	0.006	-0.098	-0.210	0.030	-0.079
	p	0.223	0.973	0.599	0.258	0.872	0.674
Депресія	коэф. Спір.	-0.347	-0.151	-0.046	-0.156	0.015	-0.166
	p	0.056	0.417	0.806	0.403	0.934	0.373