

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Вплив суб'єктивного сприйняття події як травмуючої на резильєнтність
особистості**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-234 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Воронова В.Я.
(прізвище та ініціали)
Керівники
д.психол.н.,проф
Завязкіна Н.В.
д.філософії(Phd)
Інютіна О.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

ЗМІСТ

ВСТУП		4
РОЗДІЛ I. ЕМОЦІЙНИЙ ДОСВІД ОСОБИСТОСТІ ТА ВПЛИВ ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ НА ЙОГО ФОРМУВАННЯ.....		8
1.1	Психотравмівні ситуації в житті людини та особливості їх переживання.....	8
1.2	Травмівний досвід особистості, особливості його виникнення та прояву.....	14
1.3	Суб'єктивне сприйняття в переживанні психотравмівної події.....	19
1.4	Резильєнтність особистості як здатність чинити супротив психотравмівним факторам.....	25
	Висновки до розділу I.....	29
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ.....		32
2.1	Дизайн та організація дослідження.....	32
2.2	Характеристика вибірки.....	39
	Висновки до розділу II	
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ.....		44
3.1	Аналіз статистичних характеристик результатів опитування	44
3.2	Кореляційний аналіз отриманих даних.....	47
3.3	Регресійний аналіз отриманих даних.....	58
3.4	Практичні рекомендації щодо підвищення рівня резильєнтності після пережитих психотравмівних подій....	63
	Висновки до розділу III.....	73
	ВИСНОВКИ.....	76
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
	ДОДАТКИ.....	86

АНОТАЦІЯ

Воронова В. Я. Вплив суб'єктивного сприйняття події як травмівної на резильєнтність особистості. Дипломна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 Психологія. Київський інститут сучасної психології та психотерапії, Київ, 2025.

Дипломна робота присвячена теоретичному обґрунтуванню та емпіричному дослідженню питань щодо впливу суб'єктивного сприйняття події як травмівної на резильєнтність особистості. Актуальність даного питання на сьогодні беззаперечна, адже українці живуть в складний час війни, втрат та постійних переживань. Перебуваючи у стресі, психіка змушена постійно знаходитися в мобілізаційній готовності до захисту організму, що значно виснажує людські ресурси. Задля кращого розуміння адаптації особистості та пристосування до надскладних життєвих обставин здійснено аналіз науково-методичних праць, статей та книг за даною тематикою.

Проведений аналіз літератури дозволив визначити поняття психотравмівної події, виділити загальні події, які найчастіше визначаються людьми як суб'єктивно травмівні, визначити особливості формування резильєнтності залежно від особистісних особливостей людини. Було встановлено особливості впливу емоційних станів стресу та тривожності на осіб, які пережили психотравмівні ситуації та розроблено практичні рекомендації щодо формування резильєнтності у таких людей.

Ключові слова: психотравмівна подія, стрес, резильєнтність, психодіагностика, емоційний стан, тривожність, рівень стресу, суб'єктивне сприйняття, ПТСР, психічне здоров'я, посттравматичне зростання, копінг-стратегії.

ВСТУП

Актуальність. З огляду на ситуацію, яка на сьогодні склалася в Україні, не можна погодитися із твердженням науковців про те, що більшість людей переживають одну чи кілька травматичних, або дуже стресових подій протягом свого життя. До економічних, сімейних, політичних, гендерних, вікових та інших стресорів додався головний – війна і перебування в постійному страху через загрозу власному та життю близьких людей, руйнування майна, еміграцію та інші.

Хоча, відповідно до даних, наведених О. Креденцер і Д. Сергієнко, 60–80 % осіб, які побували в психотравмівних ситуаціях, не полишають прояв стійкості по відношенню до них і надалі продовжують жити приблизно так, як і до травмівної події [8], однак виникає занепокоєння щодо цілісності психічного здоров'я людини.

Якщо взяти до уваги визначення психічного здоров'я, то можна зауважити, що у людини, яка постійно знаходиться під впливом психотравмівних ситуацій, воно постійно знаходиться під загрозою, оскільки можна стверджувати, що як мінімум декілька із критеріїв психічного здоров'я порушують свою цілісність. Зокрема мова йде про такі із них, як почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях, критичність до себе та власної психічної продукції, здатність планувати власну життєдіяльність та змінювати спосіб поведінки залежно від змін життєвих ситуацій і обставин.

Існує певна гетерохронність відновлення м'язової, вегетативної, гуморальної та нервово-психічної систем регуляції, із яких пізніше, ніж інші відновлюється нервово-психічна. До того часу, коли нервово-психічні механізми повністю відновляться, знижуються можливості м'язової та функціональних систем. В умовах стресової ситуації психічна напруга пов'язана зі зміною мобілізаційного рівня активності центральної нервової системи (ЦНС) і може розвиватися під дією не тільки психічних факторів (емоційної нестійкості,

мотиваційної диспозиції, рівня домагань), а також і соціальних (поведінка близьких та знайомих, відношення суспільства до події тощо).

Перераховані причини призводять до зниження або підвищення рівня збудливості нервової та вегетативної систем і тим самим порушують ефективність, надійність можливої поведінки людини в умовах психічного напруження.

У такому випадку, на нашу думку, мова не може йти про норму поведінки людини, оскільки, згідно з визначенням ВООЗ, норма полягає в проявленні людиною моделі поведінки, яка є бажаною, прийнятною чи типовою для неї, як представника певної культури [12]. У стресових ситуаціях, через розбалансування звичної діяльності функціональних систем, людина, як правило, не здатна впоратися з травмуючою проблемою, яка і спричиняє помітний вплив як на психічне, так і на фізичне благополуччя людини, а також на всі сторони її життєдіяльності [2, 1].

З огляду на вищезазначене, вивчення всіх аспектів, пов'язаних з особливостями і характеристиками психотравмівних ситуацій, їх впливу на життєдіяльність, особистісні поведінкові прояви, емоційні реакції, а також напрями подолання їх наслідків та формування певного особистісного досвіду, мають на сьогодні виняткове значення. Тема психологічної резильєнтності та пристосування особистості до надскладних життєвих обставин є актуальною у зв'язку зі зростанням військових конфліктів на планеті, соціальних криз, масштабного голоду, глобальних нестабільностей та збільшенням частоти переживання людьми психотравмівних подій [3].

Здатність адаптації до змін, збереження психологічної стійкості та ефективності долати труднощі є одним із ключових чинників збереження психічного здоров'я та особистісного розвитку у 21 столітті.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Проблема переживання особистістю психотравмівних подій та суб'єктивні особливості здатності реагувати на них поглиблено вивчалася О. Креденцер та Д. Сергієнко. Травмівні події, різноманітні стресові ситуації та їх вплив на людину розкрито в наукових

працях Мартіна Мюллер, G. A. Bonanno, M. Westphal, A. D. Mancini та інших. Резильєнтності та особливостям її впливу на психоемоційний стан людини присвячені дослідження науковців О. Лазорко, Т. Шевцової та А. Зимянського, R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun. Питання національних та міжнародних травм та як люди з цим справляються вивчали Роксан Коен Сільвер та Пітер Суедфельт.

Об'єкт дослідження – феномен резильєнтності.

Предмет дослідження – суб'єктивне сприйняття особистістю події як травмуючої та особливості супротиву таким подіям.

Мета дослідження – дослідити психологічні особливості сприйняття травмівної події та визначити можливості резильєнтності особистості.

Завдання дослідження:

1. Дослідити теоретичні аспекти особливостей суб'єктивного сприйняття травмівних подій, їх вплив на емоційну стійкість особистості, в сучасних науково-методичних джерелах.
2. Розробити і провести емпіричне дослідження для визначення рівня впливу травмівних подій на резильєнтність особистості.
3. Проаналізувати та вивчити особливості впливу емоційних станів стресу та тривожності на осіб які пережили психотравмівні ситуації.
4. Розробити практичні рекомендації щодо підвищення резильєнтності у осіб які пережили психотравмівні ситуації.

Методи та організація дослідження:

1. Теоретичний аналіз та узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури та мережі Інтернет проводилися з метою виявлення актуальності питань, що були вирішені в ході дослідження, теоретичного обґрунтування мети та завдань роботи.

2. Методи психологічної діагностики: PSS 10 – шкала сприйнятого стресу; GAD-7 – опитувальник з генералізованої тривожності; шкала оцінки впливу травмівної події IES-R Scale, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та ступеня їх вираження; шкала

стресостійкості (резильєнтності) Коннора Девідсона CD-RISC scale та шкала позитивного ментального здоров'я РМН.

3. Методи математично-статистичної обробки отриманих даних методом Jamovi.

Характеристика вибірки: у дослідженні взяли участь 120 респондентів: 60 чоловіків, 60 жінок. Вік випробуваних 19–75 років.

Теоретична значущість роботи полягає в отриманні нових знань про перелік травмівних подій, особливостей їх суб'єктивного сприйняття та показників зміни резильєнтності особистості при впливі на неї психотравмівних ситуацій.

Практична значущість отриманих результатів дослідження полягає у визначенні конкретних психотравмівних ситуацій, які змінюють суб'єктивне сприйняття і впливають на резильєнтність особистості. Такі знання сприяють визначенню конкретних ситуацій, які є суб'єктивно найбільш травмівними для особистості та впливають на зміну її емоційної стійкості, що дасть можливість створити едукативні програми щодо поведінки при виникненні травмівних ситуацій, з метою самоуправління внутрішнім станом людини. Ґрунтуючись на отриманих даних, практичні психологи матимуть можливість розробляти методи впливу під час допомоги людині, яка пережила психотравмівну ситуацію, в залежності від її індивідуально-типологічних особливостей.

Дослідницькі питання:

1. Що таке травмівна подія та які чинники її викликають?
2. Які стани людини можуть спричинятися певними травмівними подіями?
3. Які травмівні події найбільше діють на психіку людини та утворюють її психотравмуючий досвід?
4. Яким чином сприйняття тієї чи іншої психотравмівної події впливає на формування резильєнтності у особистості?

РОЗДІЛ I

ЕМОЦІЙНИЙ ДОСВІД ОСОБИСТОСТІ ТА ВПЛИВ ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ НА ЙОГО ФОРМУВАННЯ

1.1. Психотравмівні ситуації в житті людини та особливості їх переживання

Людина в процесі життєдіяльності постійно відчуває на собі впливи навколишнього середовища і змушена так чи інакше реагувати на них. Реакція на ці впливи може змінюватися від найпростішої, яка не залишає після себе сліду, до критичної, що несе в собі небезпеку для фізичного або психічного здоров'я людини [12]. Внутрішні ресурси, особистісні властивості особистості слугують підґрунтям для адаптації до всіх зовнішніх та внутрішніх негараздів, які завжди супроводжуються певними емоційними станами і іноді залишають в житті людини дуже помітний слід, змінюючи все її подальше життя.

Отже, можемо говорити про те, що подія, яка негативно вплинула на людину, викликає в неї певну стресову реакцію. Якщо ж таких стресових ситуацій в житті людини багато, вони залишають у психіці індивіда травматичний слід. Коли в силу якихось обставин людина отримує також і пошкодження цілісності тіла, говорять про фізичну травму, проте так само ми маємо право сказати, що подібні ситуації, які трапляються в житті людини, є стресовими і також призводять до психотравми. Зазначається, що на сьогодні у науковій літературі широко вивчається поняття «психологічна травма», однак, хоча ця проблема розглядається з різних сторін, на сьогодні все ще не систематизована [14].

Так, акцентують увагу на необхідності вивчення вікових особливостей психологічних травм: дитячі травми, які несуть в собі дуже серйозні наслідки з огляду на те, що дитина не здатна і не вміє відповідати на першоджерело травми [16]. В літературі часто порівнюють психологічну травму із стресом, однак

науковці підкреслюють індивідуальні особливості реагування кожної людини на стресову ситуацію, яку може викликати будь-що в житті людини. Але в той же час вона може не бути критичною для даної особи [14].

Сутність та особливості психологічної травми найбільш чітко визначаються в DSM-5 [31]. Так, до таких особливостей, які в подальшому формують травматичний досвід людини, відносять:

- безпосередньо переживання події, яка викликала значну стресову реакцію;
- присутність під час травматичної ситуації, в яку потрапили інші люди;
- усвідомлення реальної або можливої загрози травматичної події по відношенню до знайомих та близьких;
- професійна необхідність участі у подіях, які мають жахливі наслідки (рятувальники, пожежники, волонтери які працюють на місцях катастроф).

З огляду на вищезазначене, посиленого розгляду, через складність і неоднозначність, потребує характеристика психологічної травми. DSM-5 пропонує певні критерії, до-прикладу для однієї з характеристик психологічної травми як то посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Для того, щоб вважати, що особа переживає ПТСР, людина повинна певний час перебувати в загрозливій для життя ситуації. Отже, в психологічному сенсі можна стверджувати, що психологічна травма – це індивідуальна реакція людини на різні події та ситуації, які вважаються травматичними (смерть близьких та рідних, каліцтво, різні типи захворювань, розлучення, нещасні випадки, війна) [19].

Як правило, така подія призводить до психічного травмування. Вище зазначалося про залежність реагування на травматичну ситуацію від індивідуальних особливостей людини. Дослідження підтверджують наявність 4 типів таких реакцій: без порушення адаптації, непатологічна адаптація у вигляді гострої стресової реакції, патологічна дезадаптація і адаптаційні розлади [14].

У зв'язку з цим, цікавою є думка про те, що травма може бути психічною і психологічною, коли у першому випадку це може загрозувати життю людини значно вплинувши на її когнітивні функції, а у другому – її цілісності і функціонуванню як особистості [15, 82].

Якщо розглядати психологічну травму як відповідний стан, який відчуває людина, то такі переживання пов'язані з інтенсивним страхом, втратою контролю над власними думками, тілом та діями, а тому й безпорадність, зміни в когнітивній сфері, неможливість впоратися з таким станом. Відмічається, що наслідком всього цього можуть бути довготривалі фізичні, психічні і особистісні розлади. Негативні прояви фіксуються і на фізіологічному рівні – втрата відчуття болю, надмірне м'язове та психічне напруження, порушення пам'яті і уваги, фізичне і психічне виснаження тощо [15, 82].

Як результат переживання вищезазначених характеристик, для особистості травмітна ситуація з'являється неочікувано, несподівано, приголомшливо [17]. Як правило, це трапляється тому, що людина не була готова до такої ситуації та до цього не мала досвіду такої події.

Травмуючі ситуації поділяють на монотравму та мультитравму або політравму. Найбільш важкі наслідки має політравма. Сукупність кількості психологічних чинників, які вплинули на травмітний досвід людини, визначають важкість травматизації психіки [17].

Окремо треба розглянути поняття «психотравмітні ситуації». З огляду на те, що психотравмітною може стати будь-яка життєва ситуація, залежно від індивідуального впливу на особистість, їх є три типи [6]:

- комфортні ситуації, з мінімальними енергетичними витратами, коли людина після певного відпочинку відновлює свої життєві сили;

- ситуації які потребують повсякденного вирішення проблем та складнощів. Вони вимагають вибіркової активності і супроводжуються підвищеним рівнем психічного і фізичного напруження. Вирішення такої ситуації може завершитися або виснаженням, або адаптацією (останнє у випадку вирішення ситуації на користь людини);

- надзвичайно важка ситуація, яка викликає надмірні психічні і фізичні навантаження, оскільки чинники впливу занадто неочікувані, різноманітні і нестандартні. У такому випадку втома призводить до надмірного виснаження, а іноді до фізичного та психічного травмування.

У психологічній літературі психотравмівні ситуації поділяються на екстремальні та надзвичайні, проте в різних наукових джерелах вони визначаються не однаково, а іноді синонімічно. Поняття «надзвичайний» в тлумачному словнику визначається як «винятковий, великий, що перевершує все», тому надзвичайною ситуацією може бути така, що настала в результаті дуже небезпечних природних явищ, військового стану, масштабних матеріальних і моральних втрат, що загалом порушує нормальну життєдіяльність людини [85]. Наслідки впливу таких ситуацій на людину є небезпечними для її життєдіяльності. У той же час, екстремальна ситуація пояснюється як сукупність певних умов і обставин, які не є звичайними для людини, коли виникають певні ризики, які унеможливають її нормальну життєдіяльність. Загалом, в екстремальній ситуації страждає людина, або суспільство [4, 19].

Понятійне визначення потребує розгляду відмінностей між поняттями «подія» і «ситуація». Так, у випадку пояснення «ситуації» мова йде про взаємозалежність особистості й навколишнього світу, де головним є саме суб'єктивні показники, тобто відношення людини до ситуації, що склалася, ступінь її розуміння і особливості переживання. А коли говорять про «подію», то перш за все розглядають зовнішні чинники, зокрема те, що трапилося або траплялося в житті людини, певне явище суспільного та особистісного життя, декілька взаємопов'язаних фактів із життя суспільства і те, що вважається несподіваним, незвичним, непередбачуваним.

Аналіз проведених науковцями досліджень дає підстави виділити такі психічні та фізичні стани як реакції на пережиту надзвичайну ситуацію [86]:

Страх – негативне емоційне переживання, яке відчуває людина, зустрічаючись з загрозою, чи очікуючи її. Загроза, яка викликає страх, може

стосуватися життя і здоров'я людини, її матеріального статку чи статусу в суспільстві, але також може не мати матеріального підтвердження, а бути відображена тільки в її власних думках. Зазначається, що переживання страху людиною містить в собі позитивну сторону, оскільки мобілізує можливості організму для збереження цілісності організму, або збереження життя. Проте вплив страху на когнітивну сферу особистості як правило порушує можливості об'єктивного оцінювання події і викликає паніку, що супроводжується психосоматичними проявами (напруга м'язів, посилене серцебиття, прискорене поверхневе дихання, надмірне потовиділення, порушення слиновиділення тощо).

Іншим негативним результатом переживання травмивної ситуації називають *анатію*, яка проявляється у фізичній та психічній пасивності, зниженні сенситивності, відсутності емпатії, змінах сфери спрямованості особистості [86]. До основних ознак такого стану відносять зміну ставлення до найближчого соціального оточення, відсутність активності та повну перевагу загальмованості, зміну поведінки та мовних реакцій [86].

При тяжких травматичних впливах, які потребують від людини витрати занадто великої кількості енергії, має місце *стан ступору*, перебіг якого може тривати від хвилин до декількох годин – отупіння, повна відсутність руху, фізичне виснаження. Серед найхарактерніших ознак ступору називають припинення чи зникнення рухових дій і мови, відсутність реакцій на будь-які зовнішні подразники, заціпеніння тіла у певній позі, напругу деяких м'язів [86].

Рухове збудження, яке настає як результат реагування на критичну ситуацію, небезпечно втратою для людини можливості розумно пояснити для себе події, в які вона потрапила. Це проявляється в різких, неконтрольованих, безцільних рухах та діях, зміні якості та кількості мовних проявів, відсутності реагування на прохання та зауваження оточуючих.

Коли людина, сама того не усвідомлюючи, намагається знизити рівень внутрішнього психічного перенапруження, вона відчуває *агресію*, для якої характерні прояви фізичного, психологічного та вербального агресивного

поводження. Розрізняють згаданий стан за такими проявами [86, с. 6]:

- роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу);
- нанесення оточуючим ударів руками чи будь-якими предметами;
- словесна образа, лайка;
- м'язова напруга;
- підвищення артеріального тиску;
- почервоніння шкірних покривів;
- напруженість м'язів обличчя;
- пильно-зухвалий погляд агресора.

Нервове тремтіння, яке не піддається контролю з боку людини, спостерігається при намаганні позбавитися нею симптомів, які виникають після пережитої травмівної ситуації [9]. Психологи не рекомендують різко втручатися в припинення такого стану, оскільки це «заганяє» напругу всередину тіла людини, результатом чого можуть бути больові відчуття і навіть різноманітні хвороби, які мають психосоматичне походження [86, 54].

Плач, як реакція на пережиту людиною подію, вважається заспокійливим симптомом, позитивним проявом якого є сльози. Якщо сльози не з'являються, немає розрядки, полегшення і страждання не виходять зовні, а продовжують свій негативний вплив.

У занадто акцентуйованих особистостей виникає такий стан, як *істерика* (істеричний випадок), тривалість якої може бути довгою і непередбачуваною, і перебіг якої характеризується підвищеним рівнем збудження, появою хаотичних неконтрольованих рухів, проявом манірності та театральності, емоційно перенасиченою мовою, сльозами, криками та риданнями [9].

Стан паніки вважають наслідком необізнаності, відсутності інформованості, недостатньої підготовленості та відсутності необхідних знань стосовно характеру та особливостей дій у надзвичайних ситуаціях, коли люди не готові до даної події саме психологічно. Для запобігання паніки рекомендують

завчасно та правдиво інформувати людей про всі очікувані події, як позитивної, так і тим паче негативної спрямованості. Паніку не можна залишати без уваги, оскільки її наслідки можуть бути руйнівними і непередбачуваними [86, 54].

1.2. Травматичний досвід особистості, особливості його виникнення та прояву

Негативні наслідки переживання явища психотравмівної ситуації полягають в тому, що несвоєчасні заходи з її упередження можуть виявитися післятравмою, яка призводить до змін всього укладу життя людини і переживається знову і знову через сновидіння і спогади [44, 49].

Спогади виникають через нагадування людині про цю подію, появу асоціацій з місцем, де вона відбулася, схожих подій, згадування про них в книжках, фільмах, картинах тощо. Людина страждає і намагається уникнути цих болісних переживань, а тому почуття блокуються, виникає бажання зменшити зустрічі з такими подразниками, людина звужує коло спілкування, змінює полюси свого відношення до оточуючих, де переважає негативне емоційне відношення, виказує необґрунтовані звинувачення себе та інших у всьому, що трапилося [80, 49].

У дуже важких випадках психіка, захищаючись від негативних впливів, може заблокувати або стерти (витіснити) з пам'яті такі болісні спогади.

Зазначається, що такий негативний досвід може отримати кожен, хто побував в подібній критичній ситуації, але не всі можуть впоратися з наслідками психотравмівної події. Далі можливі два наслідки: або людина адаптується і упорядковує своє подальше життя з урахуванням всього, що з нею сталося, або у неї формується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [82, 81].

Детермінантами ПТСР, від яких може залежати також і інтенсивність переживання, називають [82]:

- масштаб травмівної події та її тривалість;
- вид травмівного досвіду;

- період події в житті людини;
- можливість відчувати підтримку близьких та друзів, їх співпереживання;
- особистісні та індивідуально-типологічні особливості людини.

Серед причин, чому хтось може пристосуватися до ПТСР, та навіть розвивати посттравматичне зростання, а хтось ні, називають усвідомлення можливості контролювати травмівну подію; наявність в попередньому досвіді такої події, зокрема в дитинстві; відсутність розуміння та підтримки оточуючих; самозвинувачення, сором за те, що відбулося [10, 23].

У житті людини трапляється багато всіляких подій, але чомусь саме травмівні, неприємні спогади стають довготривалими і мучать людину своєю повторюваністю. Мартіна Мюллер для більш чіткого розуміння такої різниці пропонує порівняти спогади про травматичну подію та звичайні, повсякденні (табл. 1.1.) [10].

Досвід, який отримує людина після переживання травмівної події, обов'язково позначається на її поведінці. Зокрема, якщо це була транспортна пригода, особа стає особливо уважною до швидкості, для руху обирає тільки добре відомі їй шляхи. Після фізичного насильства людина намагається уникати суперечок та контактів з незнайомцями, якщо виникла потреба вийти з дому, намагається робити це з супроводом когось із близьких та перебувати тільки в добре знайомих місцях. Сексуальне насильство над жінкою викликає бажання у потерпілої уникати чоловічої компанії, відмову від макіяжу та прикрашання себе, поділ чоловіків на «безпечних» та «небезпечних» [16].

Якщо особистість глибоко, повністю та беззастережно занурюється в психотравмівну подію, це в більшості випадків викликає функціональні порушення, що проявляються в емоційних, вегетативних та соматичних негараздах [16, 67].

Відмінності між травматичними і щоденними спогадами (згідно Мартіни Мюллер)

Травматична подія	Звичайні спогади
Є дуже яскравою та містить образи та фізичні відчуття	Не такі яскраві і загалом не супроводжуються сильними фізичними відчуттями
Необов'язково з'являється у правильному порядку: можуть бути відсутні важливі фрагменти	Зазвичай є впорядкованими: важливі фрагменти як правило відомі
Немає реального відчуття часу, що минув після травми: здається, що травма тільки що сталася, або досі триває	Усвідомлюється час, що минув після згаданої події: вона надійно закріплена в минулому
Не пов'язана з речами, які ми знаємо в наших звичайних спогадах: вона «заморожена» в часі і не враховує того, що особа вважає правдою	Пов'язані з іншими спогадами, які разом утворюють одну життєву історію

Перш ніж так чи інакше зреагувати на травмівну ситуацію, в яку вона потрапила, людина повинна усвідомити, що саме сталося, наскільки небезпечна подія, чи є вихід і т. ін. Відмічається що в такому випадку різносторонній розгляд і оцінювання ситуації може містити три варіанти [16, 27]:

- хоча ситуація, що утворилася несприятлива, але все ж особа так чи інакше її приймає;
- травмівна подія є негативною складовою, загрозою для подальшого розвитку подій та життя в цілому;
- така травмівна подія, що може змінити статус людини в негативну сторону.

Спираючись на існуючі дані, науковці стверджують, що від індивідуально-типологічних особливостей та психологічних властивостей людини значною мірою може залежати, чи буде слід, який залишили наслідки травмивної події в житті людини позитивним, чи негативним [55, 68]. Так, зазначається, що «особи із вираженими позитивними рисами більш схильні максимізувати внутрішні (надію та вдячність) і зовнішні (наприклад, соціальну підтримку) ресурси для подолання труднощів, ніж інші люди» [18, с. 48].

При вивченні особливостей, які впливають на перебіг емоційного реагування особистості на психотравмивні ситуації, до таких відносять [18, с.16]:

- сукупність всіх проявів емоційної реакції;
- інертність або нестійкість психіки людини;
- можливості піддаватися контролю з боку інших;
- експресивність;
- сенситивність до тону оточуючих при спілкуванні.

Серед особливостей емоційного досвіду стосовно пережитої травмивної події визначають резильєнтність, тобто здатність людини справлятися з негативними емоціями, які викликані стресогенною ситуацією для відновлення можливостей ефективного функціонування організму [53, 78]. Позитивна сторона резильєнтності в тому, що завдяки їй людина починає усвідомлювати напрямки виходу з стресогенних ситуацій, обирати позитивні копінг-стратегії таким чином підсилюючи власну адаптацію [74].

Наукові джерела звертають увагу на значення особистісних рис, які сприяють резильєнтності: «екстраверсія, висока самооцінка, впевненість у собі, витривалість, внутрішній локус контролю та когнітивний зворотній зв'язок» [7, с.46]. Оскільки резильєнтність відіграє важливу роль у процесі відновлення та адаптації людини після травмивної події, її вивчення відбувається в певних специфічних напрямках. Так, початком її дослідження було вивчення тих якостей і властивостей особистості, завдяки яким людина протидіє складним ситуаціям свого життя. Наявність таких психологічних властивостей дає можливість залучати наявні ресурси для подолання стресових ситуацій [7, 8].

Іншим напрямком була необхідність дослідження того, які у людини з'являються після переживання травматичної ситуації резильєнтні якості та в чому їх особливості. Такі якості формуються у людини як досвід психотравматизації і всього, що пов'язано з подібними ситуаціями, коли людина, усвідомлюючи їх особливості, сутність, стає більш стійкою психічно [36, 26].

Існують дані досліджень, згідно з якими резильєнтність не має гендерних відмінностей і не змінюється в онтогенезі. Разом з тим, психологічний розвиток і зміни в емоційній та когнітивній сферах є змінними резильєнтності [28, 53, 77]. Ще одним напрямом дослідження резильєнтності, який дуже важливий для відновлення особистості, є формування у неї мотивації та спрямованості на таке відновлення.

Цінним для наукового пізнання даної проблеми також є напрям дослідження феномену резильєнтності через багаторівневий аналіз, де предметом дослідження був процес позитивної адаптації на клітинному (нервовому) рівні, встановлення місця нейронних та психо-біологічних систем як важливого фактору резильєнтної поведінки [36, 63].

Науковці виділяють такі види резильєнтності:

- особистісна резильєнтність, завдяки якій людина позитивно адаптується до нових умов життєдіяльності після пережитої події [24, 25];

- резильєнтність громади, яка має місце після певної катастрофи, що відбулася з суспільством в конкретній країні як то природні техногенні катастрофи;

- національна резильєнтність є по суті свідченням успішної національної адаптації та функціонування країни після травмивної події, як то бідність, тероризм, війна, корупція; при цьому соціальна спільнота дотримується власної національної ідентичності [46].

Науковці підкреслюють, що сутність посттравматичного стресового розладу дозволяє вважати вразливість і резильєнтність взаємопов'язаними чинниками, з огляду на їх відношення до двох сторін травми та реакції на неї. Зазначається, що проведені дослідження дають можливість чітко назвати

елементи вразливості психіки до ПТСР, до яких належать «генетика, індивідуальні фактори ризику (наприклад, сімейне походження), особистісні особливості (наприклад, копінг-стратегії, екстраверсія), біологічні фактори (травми чи функціональні порушення), когнітивний стиль і обробка інформації» [7, с. 49]. З огляду на вищезазначене існує взаємопов'язаний перелік певних психобіологічних процесів, які впливають на «генетичну схильність до травми, ймовірні захисні фактори від неї, функціонування та модерування функцій особистісних процесів» [7, с. 49].

1.3. Суб'єктивне сприйняття в переживанні психотравмівної події

Сприйняття події як травмівної є суб'єктивним процесом і безпосередньо залежить від попереднього досвіду особистості, внутрішніх ресурсів та індивідуальних особливостей. Люди можуть абсолютно по-різному реагувати на одну й ту ж саму подію: для однієї людини вона може виявитися джерелом глибокої та важкої психологічної травми, а для іншої людини виглядатиме як виклик, що сприяє особистісному зростанню [39, 34].

Це визначає важливість вивчення суб'єктивного сприйняття у формуванні психологічної реакції на стресові події. Janoff-Bulman підкреслював, що травматичні події можуть руйнувати базові уявлення людини про світ, про справедливість, безпеку та довіру, а тому запропонував теорію “розбитих припущень” (shattered assumptions) [41].

Основне припущення пояснює, що травмівна подія породжує психотравму внаслідок руйнування фундаментальних та базових переконань людини про себе, світ та інших людей. Це не тільки реакція на подію, а саме руйнування внутрішньої картини світу, її реальності, яка до цього здавалася стабільною, безпечною та абсолютно передбачуваною [41, 21]. Основні припущення, які можуть бути “розбиті”, базуються на трьох фундаментальних переконаннях, які часто неусвідомлювані та забезпечують психологічну безпеку людини:

- переконання, що світ доброзичливий, що це загалом добре місце, де з людьми відбувається більше доброго, ніж поганого;
- переконання, що світ є справедливим, це віра в те, що події мають причину та сенси, добро перемагає, а зло карається;
- переконання “Я є цінний і контрольований” базується на тому, що людина заслуговує на добро, хороше ставлення до неї та здатна контролювати та впливати на важкі життєві події [34, 35];

Коли ж трапляється психотравмівна подія, при переживанні людиною складних емоційних ситуацій (війна, насильство, втрата, аварія) базові припущення можуть похитнутися або зовсім зруйнуватися. Таке руйнування уявлень викликає порушення мисленнєвих схем, когнітивних функцій ЦНС та негативно впливає на екзистенційну картину світу індивіда [41, 69].

Враховуючи, що такі порушення когнітивних схем викликають глибокі психологічні зміни, впливаючи на здатність адаптації до нових умов існування особистості, після таких подій необхідне відновлення перебудови багатьох базових уявлень, що є ключовим етапом у процесі розвитку резильєнтності [44]. Згідно з теорією Janoff-Bulman, для відновлення організму та психіки, одужання в цілому після таких важких травмівних подій, шлях лікування полягає не у поверненні до попередніх переконань, а у створенні нових, більш гнучких, реалістичних та дієвих. Це кропіткий процес переоцінки світу та себе самого, інтеграції події у життєвий наратив, відновлення на віднайдення нових сенсів, формування нових переконань, які враховують як і вразливість особистості, так і її внутрішню силу [44, 33].

Значна кількість досліджень свідчить, що суб'єктивне сприйняття стресових подій має значний вплив на формування резильєнтності [72]. До прикладу, в Чеській Республіці було проведено дослідження, в якому виявлено, що сприйняття життєвих стресових подій як серйозних створює зв'язок між дитячими травмами, хронічним болем у дорослому віці та резильєнтністю людини. Люди, які сприймали обставини як надто стресові, показували нижчий рівень резильєнтності та вищу схильність до хронічного болю. [64]. Інше

дослідження, яке проводилося з пацієнтами після інфаркту міокарда, показало, що суб'єктивне сприйняття тяжкості подій, таких, як страх смерті, інтенсивність болю та безпорадність, пов'язане з рівнем посттравматичних симптомів. Високий рівень резильєнтності корелювався з менш вираженими симптомами ПТСР [70].

Концепція “ворожого світу” (hostile-world scenario), запропонована Довом Шмоткіним, описує, яким чином індивідуальні уявлення про загрозу та небезпеку впливають на психологічне благополуччя людини. Особистості, які сприймають світ як вороже та небезпечне середовище, схильні мати знижений рівень резильєнтності та вищу вразливість до стресових подій, і навпаки, сприйняття світу в позитивному ключі сприяє розвитку адаптивних механізмів та психологічної стійкості до травматичних подій (Janoff-Bulman). Тобто чим більше позитивного мислення в повсякденному житті людини, тим легше сприймаються важкі життєві обставини [32, 42].

Отже, вирішальну роль у переживанні психотравмивної події відіграє суб'єктивне сприйняття, оскільки саме інтерпретація ситуації, а не її об'єктивні характеристики визначає величину та глибину психологічної травматизації. Вплив на подальший перебіг емоційного стану особистості, рівень стресу та здатність мобілізувати внутрішні ресурси для відновлення мають бачення та осмислення людиною події – як катастрофічної чи як виклик для зростання [20, 37].

Прийняття обставин та інтерпретація травмивної події як виклику, який можна витримати та опрацювати, прожити та взяти для себе щось корисне, знайти певні сенси та можливість для зростання, відіграє важливу роль у формуванні адаптації, екологічної відповіді та підвищення рівня резильєнтності [42, 43]. Суб'єктивне сприйняття та правильне осмислення травмивного досвіду визначає, чи подія вплине на особистість деструктивно та призведе до внутрішньої дезорганізації, чи стане точкою, від якої можна відштовхнутися та піти шляхом внутрішнього розвитку [22, 45].

Спираючись на це, важливим є емоційна обробка інформації та когнітивна інтерпретація події, які сенси вкладає індивід в подію, що сталася, яким чином

можна вписати це в свою життєву історію, при цьому зберігаючи своє Я. Здатність справлятися зі складнощами шляхом пошуку нових життєвих орієнтирів та внутрішніх ресурсів, знижує ризик розвитку посттравматичних симптомів та співвідноситься з вищим рівнем суб'єктивного благополуччя та стресостійкості [60, 65]. Виходячи з цього, суб'єктивне сприйняття є ключовою точкою впливу психотерапевтичних інтервенцій: інструменти з управління стресу, емоційної регуляції, реконструкції переконань, зміни інтерпретацій, розвитку гнучкості та розширення сфери життєвих сенсів – усе це сприяє підвищенню рівня резильєнтності, відновлення особистості після травмівних подій та зміцнення психологічної стійкості [50].

Такий підхід є хорошим фундаментом для розуміння взаємозв'язку між суб'єктивним сприйняттям події як травмівної, самою психологічною травмою та внутрішніми адаптаційними ресурсами, зокрема резильєнтністю як ключовим чинником посттравматичного зростання [54, 59].

У концепції посттравматичного зростання (*post-traumatic growth*), запропонованою Річардом Тедескі та Лоуренсом Калгуном, говориться про те, що травматичні події можуть стати причиною позитивних психологічних змін, таких як:

- переоцінка життєвих смислів та пріоритетів;
- зростання особистої сили та внутрішнє розширення;
- підвищення духовності та філософське осмислення життя;
- покращення міжособистісних стосунків;
- відкриття нових можливостей та готовність до нових життєвих шляхів [27].

Усі ці зміни не відкидають страждання як такого, а виникають у процесі глибокого осмислення та інтеграції самого травматичного досвіду.

Інтерпретація травмівної події та її суб'єктивне сприйняття є факторами, які визначають напрямок психологічної адаптації: до дезорганізації чи до зростання [27, 51]. Посттравматичне зростання – це позитивні психологічні зміни, що виникають після пережитих травмівних подій чи глибоких життєвих криз, які людина змогла подолати та осмислити [27, 65].

Сучасні дослідження підтверджують феномен посттравматичного зростання у різних контекстах:

- дослідження з онкологічними пацієнтами показали, що жінки, які пережили рак, пройшли чотири типи адаптації: конструктивне зростання, стійкість, боротьба та дистрес;

- ветеранам бойових дій у програмі Warrior PATNH у США допомагають отриманий травматичний досвід трансформувати у ріст та розвиток особистості, зосереджуючись на розвитку внутрішніх ресурсів, емоційної регуляції та пошуках глибоких життєвих сенсів;

- дослідження пандемії COVID-19 виявили, що люди, які пережили пандемію, відчули позитивні зміни у сприйнятті життя, міжособистісних стосунках, внутрішніх змінах та інсайтах, що свідчить про виникнення посттравматичного зростання у глобальних кризах та масштабних світових складнощах [32].

Головними факторами у формуванні посттравматичного зростання є когнітивна обробка, переосмислення травматичного досвіду та активне осмислення; емоційна регуляція як здатність керувати негативними емоціями та знаходити позитивні сторони у наявній ситуації; особистісні риси, такі як оптимізм, здатність до саморефлексії та відкритість до нового досвіду; соціальна підтримка та наявність підтримуючого оточення, яке сприяє відкритому обговоренню переживань без засудження [52, 62]. При взаємодії цих факторів виникають умови для глибоких внутрішніх змін та особистісного зростання [48]. Існує кілька програм для допомоги людям пережити психотравматичний досвід, навчитися жити з новим досвідом та використовувати його як інструмент для подальшого особистісного зростання. Програма базується на принципах посттравматичного зростання та має назву Posttraumatic Growth Program (PTGP), включає в себе когнітивне опрацювання, нарративну реконструкцію досвіду, пошук сенсів та вивчення цінностей. Автори програми R. Tedeschi, L. Calhoun (США) зазначають, що цільова аудиторія – це люди, які пережили серйозні травматичні події (втрати, війну, насильство). Компоненти програми:

- ідентифікація змін після травми;
- усвідомлення втрат і шлях до трансформації;
- пошук нових життєвих цінностей;
- розвиток внутрішнього ресурсу.

За результатами проходження програми було виявлено значний рівень зниження симптомів ПТСР, депресії, тривоги. Учасники розвивають позитивну ідентичність, посилюють почуття власної сили та внутрішнього впливу. Збільшується здатність до рефлексії, покращується емоційна регуляція та формуються нові життєві пріоритети [40, 62].

Ще одна когнітивно-екзистенційна програма Meaning-Making Program (Програма смислотворення), що впроваджується для осіб, які зазнали складної втрати, в тому числі трагічної (смерть дитини, суїцид близького, війна). Програма зосереджена на допомозі людині переосмислити сенс події або створити новий та адаптуватися до нових змін у житті. Таким чином, досвід перестає бути руйнівним, коли йому можна надати нове значення, віднайти сенси та інтегрувати цей досвід в повсякденне життя.

Інструменти, з якими працюють психотерапевти та спеціалісти, націлені на цінності та духовні смисли, реконструкцію життєвої історії, осмислення несправедливості [40, 34]. Як результат, клієнти стабілізують екзистенційний стан, знижують симптоми стресу та формують нове життєве спрямування [71].

Отже, ми можемо зробити висновок, що посттравматичне зростання – це результат правильної взаємодії особистості з навколишнім середовищем та внутрішньої роботи індивіда, цілеспрямована переробка негативного досвіду та інтеграція нових сенсів у життєдіяльність, це кропітка робота з тілом, емоціями, думками та глибинними смислами [47, 57]. Все це створює умови, в яких біль та душевні страждання не витісняються та придушуються, а трансформуються у потужний ресурс, який дає змогу жити подальше щасливе та наповнене життя.

1.4. Резильєнтність особистості як здатність чинити супротив психотравмівним факторам

Резильєнтність особистості – це психологічна характеристика, що визначає здатність людини адаптуватися, зберігати внутрішню рівновагу та відновлювати психоемоційний стан після впливу стресових або психотравмівних подій. У широкому розумінні резильєнтність визначається як особистісний ресурс, що забезпечує здатність справлятися з життєвими труднощами, зростати через ці самі труднощі та зберігати ефективне функціонування [24, 13].

Термін “резильєнтність” (від англ. *resilience* – стійкість, опірність) було вперше використано в дослідженнях розвитку дітей, які успішно долали наслідки серйозних життєвих випробувань. Пізніше це поняття було поширене на вивчення дорослих та застосовується у багатьох сферах психології: клінічній, військовій, організаційній та освітній [5,3 9]. Наукова спільнота визначає резильєнтність як багатокомпонентне утворення, що містить в собі:

- емоційну стійкість – здатність регулювати власні емоції у кризових ситуаціях;
- когнітивну гнучкість – вміння швидко адаптувати своє мислення до нових вимог середовища;
- позитивне мислення – настанова на пошук ресурсів, можливостей та сенсу навіть у несприятливих та загрозливих для життя обставинах;
- соціальну підтримку – використання мережі міжособистісних зв’язків для отримання допомоги та співпереживання;
- особисту відповідальність – відчуття контролю над власним життям та вчинками [79].

Таким чином, резильєнтність охоплює як індивідуальні особливості (самоконтроль, оптимізм), так і соціальні фактори (підтримуюче середовище).

Науковці сходяться на думці, що резильєнтність є дуже важливим механізмом долання психотравмівних факторів [11, 73]. Психотравмівні фактори – це події, обставини або умови, які можуть спричинити серйозні психоемоційні

порушення: війна, катастрофи, насильство, втрата близьких, надважкі хвороби та каліцтво тощо. При наявності резильєнтності змінюється характер реакції особистості на такі виклики.

До основних функцій резильєнтності при впливі психотравмівних факторів відносять [79]:

- стресову редукцію – зменшення гостроти первинної емоційної реакції;
- адаптивну перебудову – конструктивну зміну особистісних стратегій, внутрішніх переконань та поведінки;
- підвищення посттравматичного зростання – розвиток нових якостей, зміцнення ціннісних орієнтирів після подолання кризової ситуації.

Особистість, яку називають резильєнтною, не відхиляє негативний досвід, вона трансформує його у джерело нової сили. Формування резильєнтності залежить від взаємодії таких чинників [79, 75]:

- *біологічні*: генетика, особливості нервової системи людини, рівень нейротрансмітерів та гормональні реакції на стрес;

- *психологічні*: розвиток емоційного інтелекту, навички саморегуляції, рівень самооцінки;

- *соціальні*: стабільність сімейних стосунків, наявність позитивних рольових моделей, підтримуючі стосунки робочого середовища та дружній колектив;

- *культурні*: релігійні переконання, традиції та національна самоідентифікація, суспільні цінності що заохочують до активного подолання труднощів.

Науковці вважають резильєнтність динамічною характеристикою, яка має тенденцію розвиватися впродовж усього життя за умови цілеспрямованого тренування внутрішніх ресурсів та створення для цього сприятливого середовища самою людиною [56, 75].

Психотравмівні події мають великий вплив на резильєнтність особистості. Саме тому здатність людини адаптуватися та відновлюватися після пережитої

травми визначається як резильєнтність. Дослідження свідчать, що більшість людей демонструє високий рівень резильєнтності після пережитих травматичних подій, не викликаючи серйозних психічних розладів. Це свідчить про природну здатність людини до психологічного відновлення [3, 5].

Як свідчать нейробіологічні дослідження, резильєнтність пов'язана з особливостями функціонування мозку людини. Саме префронтальна кора головного мозку, яка відповідає за регуляцію емоцій, відіграє ключову роль у формуванні резильєнтної поведінки. Рівень нейромедіаторів, таких як серотонін і дофамін, є важливим, адже вони впливають на настрій та стресостійкість [54].

Значно підвищують рівень резильєнтності психосоціальні фактори, такі як підтримка родини та друзів, позитивні та міцні міжособистісні стосунки та наявність стабільного соціально середовища. З огляду на сучасні дослідження, ми можемо сказати, що особистості з розвиненими соціальними зв'язками набагато краще справляються з наслідками психотравмівних подій [77].

У попередньому розділі детально описано, як переживання травматичних подій може призвести до посттравматичного зростання – зміцнення міжособистісних зв'язків, розвитку нових життєвих цінностей та позитивних змін у життєвому сприйнятті. Дане явище свідчить про здатність людини не лише відновлюватися, але й розвиватися після травми.

Важливим чинником на шляху до подолання важких стресових подій є способи, які обирає особистість для самопомоги. Вони визначаються як копінг-стратегії [29].

Копінг-стратегії (від англ. *coping strategies, to cope* – «справлятися») – усвідомлені способи та навички, які людина використовує як реакцію на складні та загрозові життєві ситуації задля збереження психоемоційної рівноваги. Вони включають когнітивні, емоційні та поведінкові реакції, які спрямовані на зменшення напруження та подолання труднощів і адаптацію [29, 61]. Копінг-стратегії не дорівнюють захисним механізмам психіки, які є неусвідомленими, тому копінг – це свідомо та активна форма відповіді на стрес. Основні функції копінг-стратегій – це відновлення контролю над ситуацією, зниження рівня

емоційного стресу, адаптація до нових складних та непередбачуваних обставин життя, збереження та відновлення функціонування особистості [29, 75].

Найбільш відома класифікація копінг-стратегій, яка містить два базові типи копінгу, була запропонована Річардом Лазарусом та Сьюзан Фолькман у 1984 році [49].

Проблемно-орієнтований копінг – спрямований на усунення або заміну джерела стресу та включає в себе: пошук інформації, звернення за допомогою, планування дій та активне вирішення проблеми. Даний тип копінгу є ефективним при стресорах, які піддаються контролю (незначні життєві труднощі, міжособистісні труднощі, конфлікти на роботі).

Емоційно-орієнтований копінг – спрямований на регуляцію емоційної реакції, коли зміна ситуації неможлива. Компоненти такого типу копінгу – це самозаспокоєння, позитивне переосмислення, вивітрювання (висловлювання почуттів), техніки майндфулнес, підтримка з боку близьких. Працює при стресорах, які не піддаються контролю (війна, хвороба, втрата) [49].

Також існують інші типи копінг-стратегій:

- *адаптивні* (конструктивні) – допомагають пережити або подолати проблему з найменшими втратами (саморефлексія, турбота про себе, спілкування);

- *дезадаптивні* (деструктивні) – короткостроково знижують симптоми стресу, але довгостроково шкодять організму (агресія, уникнення, вживання алкоголю та психоактивних речовин);

- *когнітивні* – допомагають реструктурувати та змінити сприйняття ситуації (позитивне мислення та рефреймінг);

- *поведінкові* – забезпечують конкретні дії у відповідь на стресові реакції (фізична активність та спорт, зміна середовища, зміна стилю життя та звичок).

Копінг-стратегії грають важливу та невід'ємну роль у підтримці резильєнтності. Особи, що мають розвинуті адаптивні копінг-навички, краще адаптуються до тривалих незворотних криз (війна, хронічне захворювання,

інвалідність), швидше відновлюються після психотравми, менш схильні до розвитку психічних захворювань (депресія, тривога, ПТСР) [29, 61].

У дослідженні, яке було проведено на великій вибірці студентів (448) коледжу “Gender differences in perceived stress and coping among college students” та зосереджено на вивченні рівня сприйнятого стресу та вибір копінг-стратегій у його подоланні, було виявлено, що жінки повідомляли про вищий рівень сприйнятого стресу, ніж чоловіки [38]. Копінг-стратегії, якими частіше користувалися жінки, були емоційно-орієнтовані, зокрема: емоційна підтримка, самовідволікання, вивітрювання емоцій (висловлення почуттів), інструментальна підтримка. Чоловіки більше схилилися до вибору проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, таких як: активне вирішення проблеми, планування та аналітичне мислення, інструментальна підтримка.

Деякі респонденти чоловічої статі були схильні до унікальних (дезадаптивних) копінг-стратегій: знецінення проблеми, ігнорування складності ситуації, поведінкове уникнення та вживання алкоголю чи психоактивних речовин. Чоловіки рідше, ніж жінки, обирали емоційно-орієнтовані стратегії подолання стресу [38]. Як бачимо, у результатах проведеного дослідження гендерні відмінності зіграли ключову роль у відмінностях обраних копінг-стратегій: чоловіки повідомляли про нижчий рівень сприйнятого стресу і обирали більш когнітивний або поведінковий тип копіngu для боротьби зі стресом і менше схилилися до емоційно-орієнтованих типів копіngu; тоді як жінки показали вищий рівень сприйнятого стресу та були схильні обирати емоційно-орієнтовані типи копінг-стратегій. Ці дані свідчать про важливість включення гендерних відмінностей у стиліх реагування на стрес при розробці програм, націлених на зміцнення стресостійкості та підвищення резистентності в осіб, що пережили психотравмівні події.

Висновки до розділу I

Протягом свого життя переважна частина людей переживають травмівні або стресові події, які певним чином впливають на їх стан, викликаючи фізичні

та психічні порушення. В умовах сьогодення України, коли війна продовжується занадто довго і травмівних подій у житті людей стає занадто багато, мова вже йде про множинну травматизацію, яка призводить до втрати здатності людей жити і працювати за таких умов. Тому знання особливостей перебігу травмівних подій, характеристики чинників, які їх викликають та можливих суб'єктивних реакцій людей, в залежності від вікових, гендерних та індивідуально-типологічних властивостей особистості, є важливим для пошуку шляхів активного вирішення проблеми, створення власного досвіду переживання подібних ситуацій, щоб керувати ними, а не стати їх заручником.

Аналіз наукової літератури дозволяє зробити важливі висновки про роль суб'єктивного сприйняття травматичних подій у формуванні та розвитку резильєнтності особистості. По-перше, суб'єктивне сприйняття події як травмівної є визначальним чинником психологічної реакції індивіда. Саме інтерпретація події, а не вона сама зумовлює ступінь емоційної та поведінкової дезорганізації. По-друге, відповідно до теорії “розбитих припущень” (Janoff-Bulman) руйнування базових уявлень про світ та себе є ключовим механізмом переживання травми, що водночас відкриває можливість для перебудови світогляду та сприяє зростанню особистості. По-третє, згідно з дослідженнями, особи з вищим рівнем резильєнтності мають кращі навички переробки негативного досвіду, вони демонструють вищу здатність до адаптації та сприймають життєві труднощі менш загрозливо. По-четверте, позитивне чи негативне сприйняття світу (модель “ворожого світу” Д. Шмоткіна) безпосередньо впливає на рівень психічного благополуччя, готовність долати труднощі та формування стійкості до стресу. Важливим чинником на шляху до подолання важких стресових подій є способи, які обирає особистість для самопомоги. Вони визначаються як копінг-стратегії, включають когнітивні, емоційні та поведінкові реакції, які спрямовані на зменшення напруження та подолання труднощів і адаптації. Копінг-стратегії грають важливу та невід’ємну роль у підтримці резильєнтності. Особи, що мають розвинуті адаптивні копінг-навички, краще адаптуються до тривалих незворотних криз (війна, хронічне

захворювання, інвалідність), швидше відновлюються після психотравми, менше схильні до розвитку психічних захворювань.

Активним чинником, що визначає здатність особистості до опору психотравмивним впливам та формуванню життєстійкості, є суб'єктивне трактування подій. Спираючись на це твердження, ми можемо вказувати на необхідність розвитку психологічних інтервенцій, які повинні бути спрямовані на корекцію негативних когнітивних настанов та підвищення здатності осмислювати травматичний досвід у позитивному ключі. А власне резильєнтність – це ключова здатність проявляти спротив психотравмивним факторам життя, підтримувати психічне здоров'я, особливо у надзвичайно складних життєвих обставинах, та зберігати цілісність Я-образу. Це базис, який містить у собі поєднання емоційної стійкості, когнітивної гнучкості, оптимізму, здатність використовувати зовнішню підтримку.

Розвиток та підвищення рівня резильєнтності має вирішальне значення для запобігання розвитку психічних розладів та покращення якості життя в умовах постійних соціальних змін, стресогенних факторів та наростаючих військових конфліктів. Також важливо враховувати гендерні відмінності у стилях реагування на стрес при розробці програм, націлених на зміцнення стресостійкості та підвищення резистентності в осіб, що пережили психотравмивні події.

РОЗДІЛ II

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн та організація дослідження

Дослідження складається з чотирьох основних етапів, як то: підготовчий, констатувальний, експериментальний та заключний.

На підготовчому етапі проведено пошук, підбір науково-методичної літератури й психодіагностичних методик, створення опитувальної анкети електронної Google-форми та організацію вибірки дослідження. Для збору та аналізу наукової літератури за темою дипломної роботи було використано різноманітні джерела: книжкові видання, підручники та методичні рекомендації, збірники тез конференцій, статті з наукових журналів, автореферати та повні тексти дисертацій, а також інформація з вебсайтів та електронних бібліотек, таких як Google Scholar.

Опитувальна форма з психодіагностичними методиками створювалася за допомогою сервісу Google Forms, де розроблена єдина електронна анкета з розподілом на частини, кожна з яких відповідала окремій субшкалі з наступними складовими:

- Анкета, в якій слід зазначити стать, вік, email за потреби отримання результатів опитування та рейтингувати перелік психотравмівних ситуацій в зростаючому порядку (як події вплинули на респондентів найбільш травмуюче за їх суб'єктивною думкою);

- Опитувальник сприйнятого стресу *PSS-10*;
- Шкала тривожності *GAD-7*;
- Шкала оцінки впливу психотравмівної події - *Impact of Event Scale, IES-R*;
- Шкала резильєнтності (стресостійкості) Коннора Девідсона – *CD-RISC-10*;
- Шкала позитивного ментального здоров'я – *PMH scale*.

Дослідження проводилось у форматі онлайн, розповсюдження опитувальної гугл-форми відбувалося в соціальних мережах, особистих

повідомленнях, робочих та навчальних чатах. На підставі даних спеціальної літератури було розглянуто та узагальнено актуальні проблеми, пов'язані з особливостями виникнення психотравми у людини, перелік та характеристика травмуючих подій, реакція людини на ту чи іншу психотравмівну подію, важливість сприйняття людиною події як травмуючої, здатність особистості до опору психотравмівним подіям, розвиток та роль резильєнтності у людей після пережитих психотравмівних ситуацій, що дозволило обґрунтувати проблему дослідження; здійснити аналіз наукових даних.

Констатувальний етап складався з теоретико-методологічного аналізу об'єкта та предмета дослідження, систематизації та узгодження отриманої інформації.

На експериментальному етапі здійснено розповсюдження тестового матеріалу серед учасників дослідження, отримання даних та їх аналіз за допомогою математико-статистичних методів обробки інформації в програмі Jamovi.

Заключний етап складався з інтерпретації даних, написання висновків та розробки рекомендацій з урахуванням отриманих результатів дослідження. Рекомендації ґрунтувались на існуючих психологічних методах та техніках корекції та збереження психічного здоров'я.

Характеристика методів психологічної діагностики

У роботі застосовувалися такі методики, які були представлені окремими субшкалами при проведенні дослідження:

- ❖ PSS-10 – шкала сприйнятого стресу;
- ❖ GAD-7 – опитувальник генералізованої тривоги;
- ❖ IES-R – шкала оцінки впливу травмівної події;
- ❖ Шкала стресостійкості (резильєнтності) Коннора Девідсона;
- ❖ Шкала позитивного ментального здоров'я PMH scale.

Зазначені методики було обрано з огляду на те, що вони дозволяють виявити дані та фактори, перевести ці дані в таблиці, які було опрацьовано в

програмі розрахунку математичних критеріїв Jamovi, та отримати результат їх взаємозв'язку [1, 24, 25].

1. PSS-10 – шкала сприйнятого стресу – розроблена Sheldon Cohen та колегами у 1983 році і є валідним інструментом для вимірювання психологічного стресу та його наслідків. Цей опитувальник визначає, наскільки сильними, раптовими, непередбачуваними можуть бути події в житті людини, які визначають її внутрішній стан та рівень пережитого нею стресу. Оригінальний інструмент – це шкала з 14 пунктів (PSS-14), розроблена англійською мовою, яка згодом була скорочена до 10 пунктів (PSS-10) за допомогою факторного аналізу, на основі використання даних двох тисяч мешканців США.

Тестовий матеріал містить прості запитання та може використовуватися як в умовах стаціонарного діагностування лікарями і клінічними психологами, так і психотерапевтами в приватній практиці.

Дана діагностична шкала допомагає встановити рівень усвідомлення особою відчуття неможливості контролювати події та власні реакції щодо емоцій та фізичного стану (сприйняття безпорадності) [83]. Основним показником прояву відчуття неможливості контролю є брак самоефективності, що дозволяє встановити рівень сформованості сприйняття людиною власної неспроможності впоратися з проблемними ситуаціями [83]. Зазначений інструмент є дуже важливим, адже події в житті людей можуть бути однакові, як і емоційні переживання. За шкалою ці особистості матимуть різні рівні стресу, тому що все залежить від їх сприйняття ситуацій, які вони пережили.

Інструмент PSS-10 було обрано за обов'язкову шкалу у темі нашого дослідження «Емоційний досвід осіб, що пережили психотравмівні ситуації» з метою визначити рівень сприйняття стресу людиною, тієї й іншої ситуації, які були представлені в опитувальнику перед заповненням шкали, та визначити наслідки залежно від рівня сприйнятого стресу (додаток А).

2. GAD-7 – опитувальник генералізованої тривоги, що надає можливість оцінити симптоми тривоги в кількісному визначенні, розроблений, спираючись на зразок генералізованого тривожного опису з DSM-5. Коротка оцінка

симптомів тривоги допомагає визначити рівень генералізованої тривожності за останні 2 тижні та на даний момент. Розробником GAD-7 є Robert L. Spitzer, MD (доктор медичних наук), кафедра психіатрії, Психіатричний інститут штату Нью-Йорк [84].

Вимір тривожності особистості має важливе значення, адже багато в чому обумовлює поведінку об'єкта. Кожній людині притаманний свій особистий рівень тривожності, яка має назву «корисна тривожність». І так, як людина оцінює свій стан, є важливим компонентом самоконтролю та специфічної поведінки. Особистості, у яких відслідковується високий рівень тривожності схильні у більшому обсязі сприймати загрозу своїй самооцінці та життю в цілому. У дослідженні даний опитувальник використовувався задля визначення рівня тривоги у респондентів після пережитої психотравмівної ситуації і давав можливість визначити, яким чином ця тривожність впливає на подальшу якість життя людини та які саме ситуації викликають більший рівень виникнення тривожності в особистості [84]. Опитувальник складається із семи тверджень, в яких просять оцінити частоту особистих переживань за останні 2 тижні (додаток Б).

3. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) спрямована на кількісне визначення психологічної реакції та травматичної події, також використовується як інструмент для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінки ступеня його вираженості. Мета даної методики – оцінка симптоматики ПТСР та моніторинг змін у симптомах з часом для оцінки ефективності лікування. Вона містить в собі 22 пункти, які оцінюють аспекти реакції на травму. Респонденти мають відповісти на запитання, пов'язані з їхніми почуттями та думками за останній тиждень. Окрім використання психіатрами та психологами в клінічних умовах для діагностики посттравматичних розладів, IES-R широко використовується в наукових дослідженнях для вивчення наслідків травматичних подій та розробки ефективних методів лікування. Шкала корелює з іншими інструментами для оцінки посттравматичних розладів, що підтверджує її валідність. Це один з

найефективніших та надійних інструментів для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу. Використання цієї шкали допомагає фахівцям краще розуміти стан пацієнта та сформувавши індивідуальний план лікування[84]. Завдяки своїй простоті та валідності, IES-R є важливим інструментом у клінічній практиці та в наукових дослідженнях (додаток В).

4. Шкала резильєнтності (стресостійкості) Коннора Девідсона CD-RISC-10 створена у 2003р. групою авторів, однак з часом була запропонована модифікована коротша версія – CD-RISC-10 [76]. Опитувальник, що включає в себе 10 запитань, розроблених у вигляді шкали Лайкерта з п'ятьма варіантами відповідей; при сумі всіх запитань отримуємо загальний бал і чим він вищий, тим вищий рівень резильєнтності, стійкості до психотравматичних подій. Цей валідизований психодіагностичний інструмент використовується для вимірювання здатності особистості протистояти стресу, долати труднощі та адаптуватися після психотравматичних подій [30, 58].

Вона зберігає високі психометричні властивості, внутрішню надійність, факторну структуру, конструктивну валідність. Цей інструмент є корисним та зручним завдяки лаконічності, універсальності та практичності, а також чутливості до змін, що дозволяє оцінити ефективність психотерапевтичних або тренінгових інтервенцій [76, 88]. Шкала CD-RISC-10 є ефективним та надійним засобом для вивчення резильєнтності, особливо в умовах підвищеної психотравматизації населення (додаток Г).

5. Шкала позитивного ментального здоров'я PMH scale є методикою, яка надає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я, що є дуже суттєвим, оскільки позитивно «забарвлює» життєву активність людини і дозволяє, на відміну від так званого «негативного психічного здоров'я», зберігати стресостійкість та встановлювати соціальні контакти з людьми. Вона передбачає, насамперед, діагностику рівня ментального здоров'я та суб'єктивного благополуччя особистості, позитивного психічного рівня функціонування [87].

Методика «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)» («Шкала позитивного ментального здоров'я»), поєднуючи гедоністичну та евдемоністичну традицію,

була розроблена для вимірювання внутрішніх факторів позитивного психічного здоров'я (зокрема емоційних і психологічних), однак дає змогу приділяти увагу також зовнішнім факторам (наприклад, соціальній підтримці, партнерству). Зазначена шкала є одновимірною, особисто-орієнтованою, короткою, легкою у заповненні та чутливою до змін (Lukat, Margraf, Lutz, van der Veld, Becker, 2016), містить в собі 9 пунктів, з якими респондент погоджується або не погоджується, завдяки чому можна оцінити позитивні аспекти психологічного функціонування, зокрема: суб'єктивне благополуччя, психологічну стійкість, позитивну самооцінку, емоційне та когнітивне відчуття задоволеності життям (додаток Д). Компактна та проста шкала, яка має високу валідність та надійність, придатна до широкого спектру вибірок та не фокусується на патології, а навпаки, дозволяє досліджувати ресурсний потенціал особистості, широко застосовується у психологічному консультуванні, у психотерапії як маркет ефективності втручання, у моніторингу ментального стану населення та наукових дослідженнях, особливо у позитивній психології [87].

Таблиця показує релевантність та актуальність використаних методик в даному дослідженні.

Табл. 2.1.

Надійність обраних методик даної вибірки

Методика	Середнє значення	Стандартне відхилення жінки/чоловіки	α Кронбаха	ω МакДональда
PSS-10	17,4	6,43 / 7,04	0,799	0,807
GAD-7	7,8	5,8 / 4,56	0,882	0,885
IES-R	4,0	25,3 / 25,5	0,947	0,950
CD-RISC-10	5,4	7,18 / 6,41	0,900	0,904

PMH-Scale	8,8	5,56 / 4,97	0,903	0,908

У дослідженні робиться акцент на суб'єктивному сприйнятті події. Методика PSS-10 дає змогу оцінити, наскільки індивід сприймає поточні життєві обставини як стресові, незалежно від їх об'єктивної загрозовості. Отримані результати вказують на хороший рівень надійності, оскільки мають показник 0,799 за α Кронбаха та 0,807 ω МакДональда, що свідчать про високий рівень узгодженості. Хронічна тривожність може посилювати негативне сприйняття подій як травматичних, а отже бути посередником між стресом і низькою резильєнтністю. При використанні GAD-7 виявлено вищий рівень показників достовірності за α Кронбаха 0,882 та ω МакДональда 0,885, що свідчить про високу ефективність використання даної методики. Шкала IES-R оцінки впливу травматичної події є центральним інструментом, що дає змогу оцінити, чи сприймає людина подію як травмівну і в якій мірі, вона прямо відповідає незалежній змінній дослідження – сприйняттю події як травмівної, показники 0,947 за α Кронбаха та 0,950 за ω МакДональда за даною шкалою надзвичайно високі, що говорить про високу надійність та узгодженість. Показники за шкалою CD-RISC-10 Connor-Davidson Resilience Scale 0,900 за α Кронбаха та 0,904 ω МакДональда теж виявилися високими. Шкала є основним показником залежної змінної у дослідженні та говорить про високу надійність. Також у дослідження було включено шкалу PMH-Scale - Positive Mental Health Scale, що виступає буфером між рівнем травматизації та резильєнтності, також може бути медіатором між сприйняттям травматичної події та психологічною стійкістю. Завдяки їй можемо побачити ширший контекст адаптації та суб'єктивного благополуччя. Отримані показники за α Кронбаха 0,903 та ω МакДональда 0,908 свідчать про дуже високу надійність та узгодженість.

Виходячи з отриманих результатів, PSS-10 є доречним інструментом для використання у дослідженні; короткий опитувальник з генералізованої

тривожності GAD-7 продемонстрував високі показники надійності та валідності, що свідчить про кращу внутрішню узгодженість та використання даного опитувальника для дослідження впливу суб'єктивного сприйняття події як травмивної на резиль'єнтність особистості. Ключові шкали, такі як IES-R оцінки впливу травматичної події та CD-RISC-10 Connor-Davidson Resilience Scale шкала резильєнтності, показали дуже високі результати за рівнем узгодженості та надійності, що підтверджує високу ефективність обраних методик. Шкала PMH-Scale - Positive Mental Health Scale позитивного ментального здоров'я має високі значення за показниками надійності та валідності в даному дослідженні. Вищезазначене дозволяє нам стверджувати, що обрані психометричні методики: PSS-10, GAD-7, IES-R, CD-RISC та PMH відповідають всім вимогам для дослідження зазначеної проблеми.

2.2 Характеристика вибірки

При проведенні дослідження для узагальнення результатів та проведення аналізу було обрано одну вибірку. Основними критеріями вибору були розподіл за статтю та специфіка переживання респондентами будь-якої психотравмивної події. В опитуванні взяли участь 120 осіб, серед них: 60 чоловіків та 60 жінок. Вік випробуваних 19–75 років. Відповідно до задач дослідження респонденти були розділені на три вікові групи: молодша – 19–29 років, середня – 30–55 років, старша – 56–75 років. Аналіз розподілу вибірки за основними критеріями викладений на рис. 2.1.

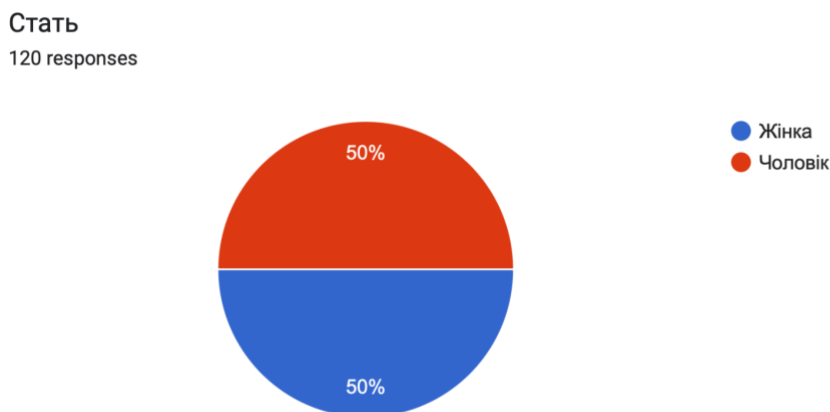


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю

Аналіз розподілу вибірки за статтю. У нашому дослідженні значно переважають жінки, а частка чоловіків є меншою та складає одну третину загальної кількості респондентів. Оскільки такий розподіл може значно впливати на результати дослідження, то важливо враховувати виявлені особливості при роботі з жінками та чоловіками.

Нижче представлено віковий розподіл респондентів (рис. 2.2). Дане дослідження охоплює широку аудиторію з віковим цензом від 19 до 75 років, що дало можливість прослідкувати особливості реагування на психотравмівні ситуації відповідно до вікових особливостей випробуваних. Знання про життєвий досвід людей, про вплив особистісних особливостей на швидкість та інтенсивність утворення такого досвіду сприятиме розробці програм для співпраці з людьми різного віку, які будуть потребувати психологічної допомоги.

Вік (повних років)

118 responses

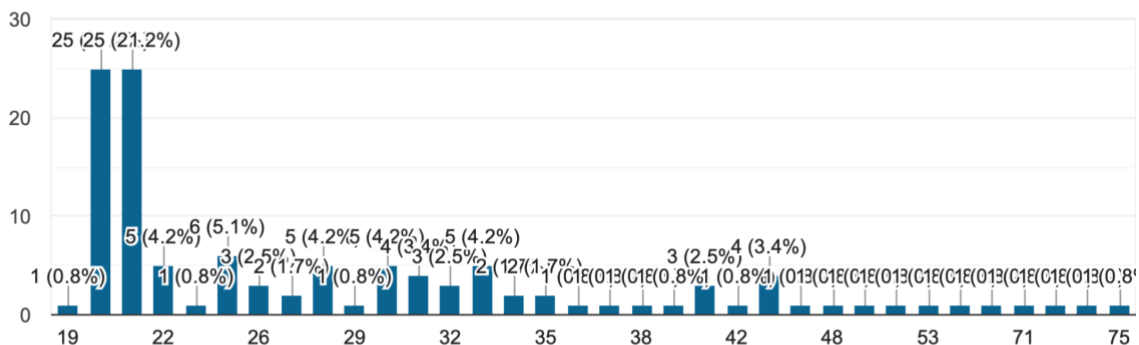


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за віком

Рейтинг психотравмівних ситуацій (рис. 2.3). В рамках даного дослідження респондентам було надано 10 варіантів психотравмівних ситуацій, з якими люди стикалися хоча б раз у житті. Ці ситуації визначаються за рівнем травматичного впливу залежно від специфіки сприйняття їх людиною. Та чи інша психотравмівна ситуація має певний відсоток ступеня вираженості, згідно з яким ми можемо визначити та охарактеризувати значення вказаної ситуації для певної людини.

Визначте , які з наявних подій / ситуацій найбільш негативно вплинули на Вас. Не більше 5.

118 responses

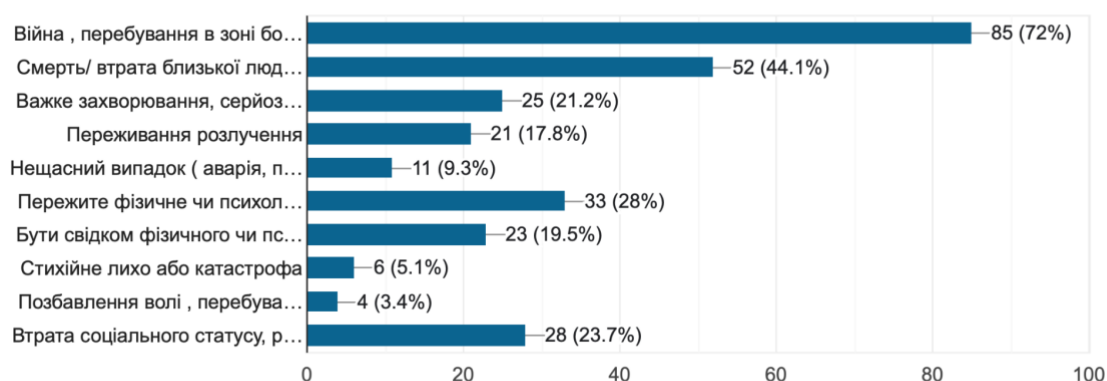


Рис. 2.3. Рейтингування психотравмівних ситуацій

- 1 – Війна, перебування в зоні бойових дій – 72 %;
- 2 – Втрата, смерть близької людини – 44,1 %;
- 3 – Пережите фізичне чи психологічне насильство – 28 %;
- 4 – Втрата соціального статусу, роботи, майна – 23,7 %;
- 5 – Важке захворювання, проблеми зі здоров'ям – 21,2 %;
- 6 – Бути свідком психічного чи фізичного насильства над іншою людиною – 19,5 %;
- 7 – Переживати розлучення – 17,8 %;
- 8 – Нещасний випадок (аварія, пожежа, травма) – 9,3 %;
- 9 – Стихійне лихо, або катастрофа – 5,1 %;
- 10 – Позбавлення волі, перебування в полоні – 3,4 %.

Аналіз вищеперерахованого свідчить, що 72 % опитаних відзначають, що на сьогодні війна є найбільш травмівною подією в їх житті, і це дає розуміння місця вказаної події в житті українського народу. 44,1 % випробуваних відзначили смерть та втрату близької людини як подію, що посідає друге місце по травматичності пережитого досвіду. Безумовно, якби зараз був мирний час, то, на наш погляд, зазначена ситуація посідала б перше місце з огляду на те, що родинні та дружні зв'язки завжди посідали дуже значуще місце в житті української нації. Проте існуюча загроза є вже не родинною, не загрозою найближчого соціального кола, а загальнонаціональною.

Далі психотравмівні ситуації за своєю значимістю розподілилися таким чином:

- Пережите фізичне чи психологічне насильство – 28 %;
- Втрата соціального статусу, роботи, майна – 23,7 %;
- Важке захворювання, проблеми зі здоров'ям – 21,2 %;
- Бути свідком психічного чи фізичного насильства над іншою людиною – 19,5 %;
- Переживати розлучення – 17,8 %;
- Нещасний випадок (аварія, пожежа, травма) – 9,3 %;
- Стихійне лихо, або катастрофа – 5,1 %;
- Позбавлення волі, перебування в полоні – 3,4 %.

Перелік зазначених психотравмівних ситуацій, безумовно, не є вичерпним, оскільки сучасне життя, політичні та економічні обставини, велика кількість ризиків для людини на сьогодні та власне відношення особистості до всього, що відбувається навколо неї, є багатогранно індивідуальним, суперечливим та спірним.

Висновки до розділу II

У дослідженні для узагальнення результатів та проведення аналізу було обрано одну вибірку, яка складала 120 осіб. Основними критеріями вибору були розподіл за статтю та специфіка переживання респондентами будь-якої психотравмівної події. Вибірка розділена на 60 чоловіків та 60 жінок. Вік випробуваних – 19–75 років. Дослідження проводилось у форматі онлайн, розповсюдження опитувальної гугл-форми відбувалося у соціальних мережах, особистих повідомленнях, робочих та навчальних чатах. У дослідженні були використані такі методики, які були представлені окремими субшкалами при проведенні дослідження:

- PSS-10 – шкала сприйнятого стресу;
- GAD-7 – опитувальник генералізованої тривоги;
- IES-R – шкала оцінки впливу травмівної події;
- CD-RISC – шкала стресостійкості (резильєнтності) Коннора Девідсона;
- PMH scale – шкала позитивного ментального здоров'я.

У дослідженні робиться акцент на суб'єктивному сприйнятті події. Методика PSS-10 дає змогу оцінити, наскільки індивід сприймає поточні життєві обставини як стресові, незалежно від їх об'єктивної загрози. Отримані результати мають достатній показник валідності та вказують на хороший рівень надійності. При використанні GAD-7 виявлено вищий рівень показників достовірності, що свідчить про високу ефективність використання даної методики. Ключові шкали, такі як IES-R оцінки впливу травматичної події та CD-RISC-10 Connor-Davidson Resilience Scale шкала резильєнтності, показали

дуже високі результати за рівнем узгодженості та надійності, що підтверджує високу ефективність обраних методик. Шкала РМН-Scale - Positive Mental Health Scale позитивного ментального здоров'я має високі значення за показниками надійності у даному дослідженні. Вищезазначене дозволяє нам стверджувати, що обрані психометричні методики: PSS-10, GAD-7, IES-R, CD-RISC та РМН відповідають усім вимогам для дослідження впливу суб'єктивного сприйняття події як травмуючої на резильєнтність особистості.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Аналіз статистичних характеристик результатів опитування

З проведеного нами дослідження для загальної картини про вибірку та розподіл основних психологічних змінних було проведено описовий аналіз показників. У дослідженні брали участь 120 респондентів, у заповнених анкетах пропущених значень не зафіксовано. Згідно з отриманими даними, середній показник сприйнятого стресу (PSS) 17,2 (SD = 7.04), що свідчить про помірну вираженість рівня сприйнятого стресу, розподіл є майже симетричним (асиметрія = 0.0176), показники нормальності за Шапіро-Вілка ($p = 0.054$) не є статистично значущими, що дозволяє нам розглядати дані як наближені до нормального розподілу.

Показник рівня генералізованої тривожності (GAD) має середнє значення 15,0 (SD = 5.01), що відповідає помірному рівню тривожних симптомів, проте певна частина вибірки має помітне правостороннє зміщення (асиметрія = 0.522), а критерій Шапіро-Вілка вказує на статистично значуще відхилення від нормального розподілу ($p < 0.001$), це варто взяти до уваги при виборі методів статистичного аналізу.

Результати впливу травмівної події за (IES-R) мають найвищу варіативність 34,9, стандартне відхилення – 26,4, що свідчить про значну відмінність у пережитому травматичному досвіді серед учасників дослідження. Асиметрія становить 0.728, що вказує на наявність осіб з вираженими посттравматичними симптомами. Відхилення від нормальності підтверджується за показником $p < 0.001$, що потребує обережності в інтерпретації даних.

У таблиці 3.1 середній показник резильєнтності (CD-RISC) становить 27,6 (SD = 6.95), що свідчить про помірний або дещо підвищений рівень здатності до адаптації серед респондентів. Розподіл показує незначне лівостороннє зміщення

(асиметрія = -0.504), що свідчить про частіше представлення осіб з вищим рівнем резильєнтності.

За середніми показниками позитивного ментального благополуччя (РМН) виявлено $-25,6$ ($SD = 5.32$), із легкою лівосторонньою асиметрією $-(-0.372)$.

Незважаючи на це, дані загалом відображають достатній рівень позитивного функціонування в учасників. Критерій Шапіро-Вілка ($p = 0.033$) свідчить про незначне відхилення від нормальності. Усі змінні мають задовільний рівень варіативності для подальших статистичних аналізів, таких як кореляційний та регресійний аналіз.

Табл. 3.1.

Статистична характеристика загальної вибірки за психометричними шкалами

Descriptives					
Descriptives	PSS_score	GAD_score	IES-R_score	CD-RISC_score	PMH_score
N	120	120	120	120	120
Missing	0	0	0	0	0
Mean	17.2	15.0	34.9	27.6	25.6
Median	17.0	14.0	30.0	28.0	26.0
Standard deviation	7.04	5.01	26.4	6.95	5.32
Minimum	2	7	0	2	9
Maximum	32	28	110	40	36
Skewness	0.0176	0.522	0.728	-0.504	-0.372
Std. error skewness	0.221	0.221	0.221	0.221	0.221
Kurtosis	-0.890	-0.451	-0.364	0.384	-0.0178
Std. error kurtosis	0.438	0.438	0.438	0.438	0.438
Shapiro-Wilk W	0.979	0.958	0.929	0.971	0.976
Shapiro-Wilk p	0.054	<.001	<.001	0.012	0.033

На рисунку 3.1 бачимо розподіл психометричних шкал. Розподіл за шкалами PSS та CD-RISC демонструє дані, наближені до нормальних. Показники GAD та IES-R скошені праворуч, це свідчить про окремі індивідуальні значення показників, що може вказувати на людей з групи ризику.

Дані за шкалою РМН вказують на можливе існування субгруп у вибірці з різним рівнем психологічного благополуччя.

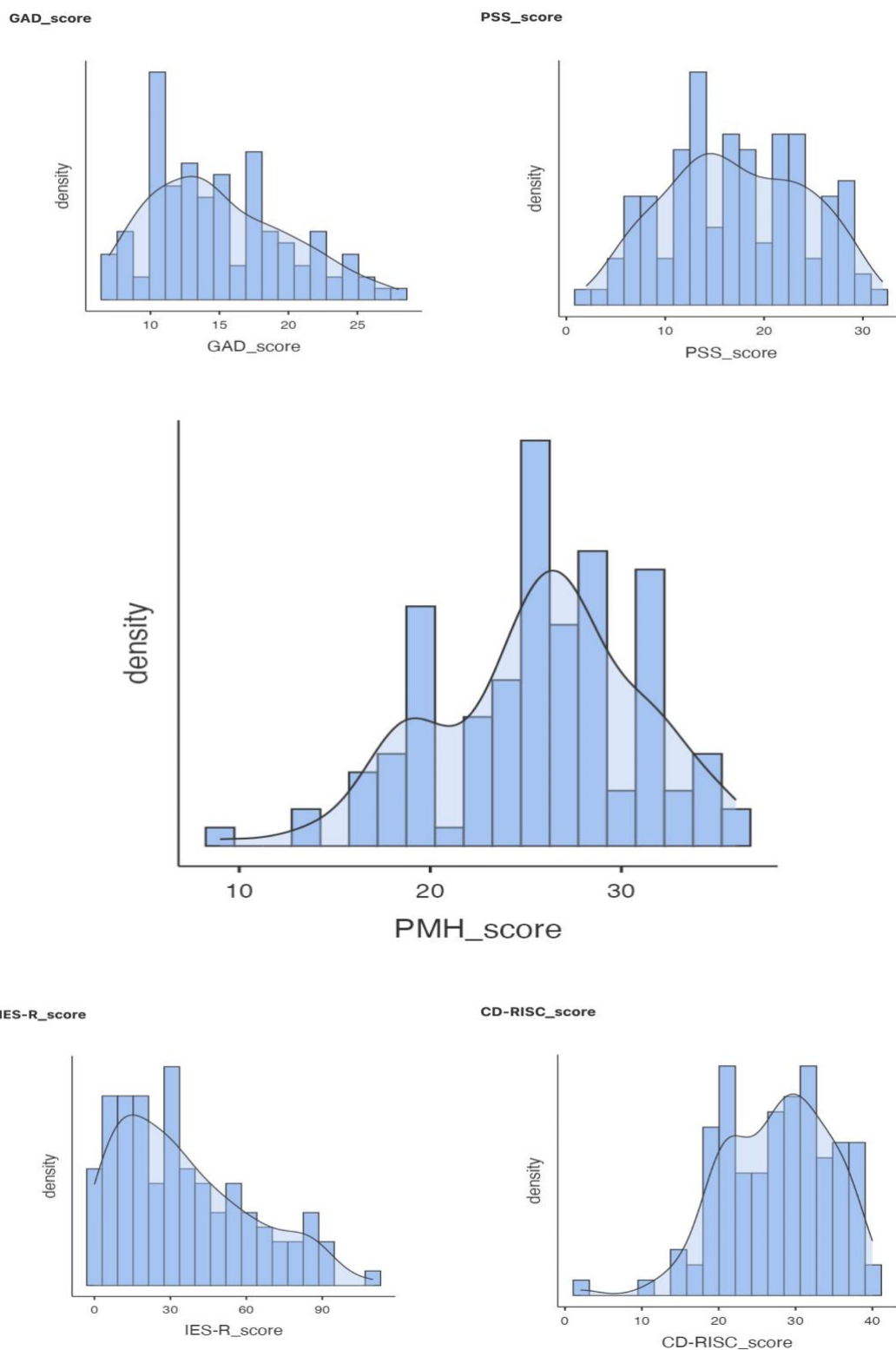


Рис.3.1. Нормальність розподілу психометричних шкал за критерієм Шапіро-Вілکا

3.2. Кореляційний аналіз отриманих даних

Усі результати дослідження було обчислено і проаналізовано в програмі Excel та Jamovi.

Проявлення рівня стресу та тривожності в залежності від статі. На рисунку 3.2 зображено графік Scatterplot, на основі якого можна зробити висновки щодо зв'язку між показниками стресу (PSS-10) та рівнем генералізованої тривожності (GAD-7) для чоловіків і жінок.

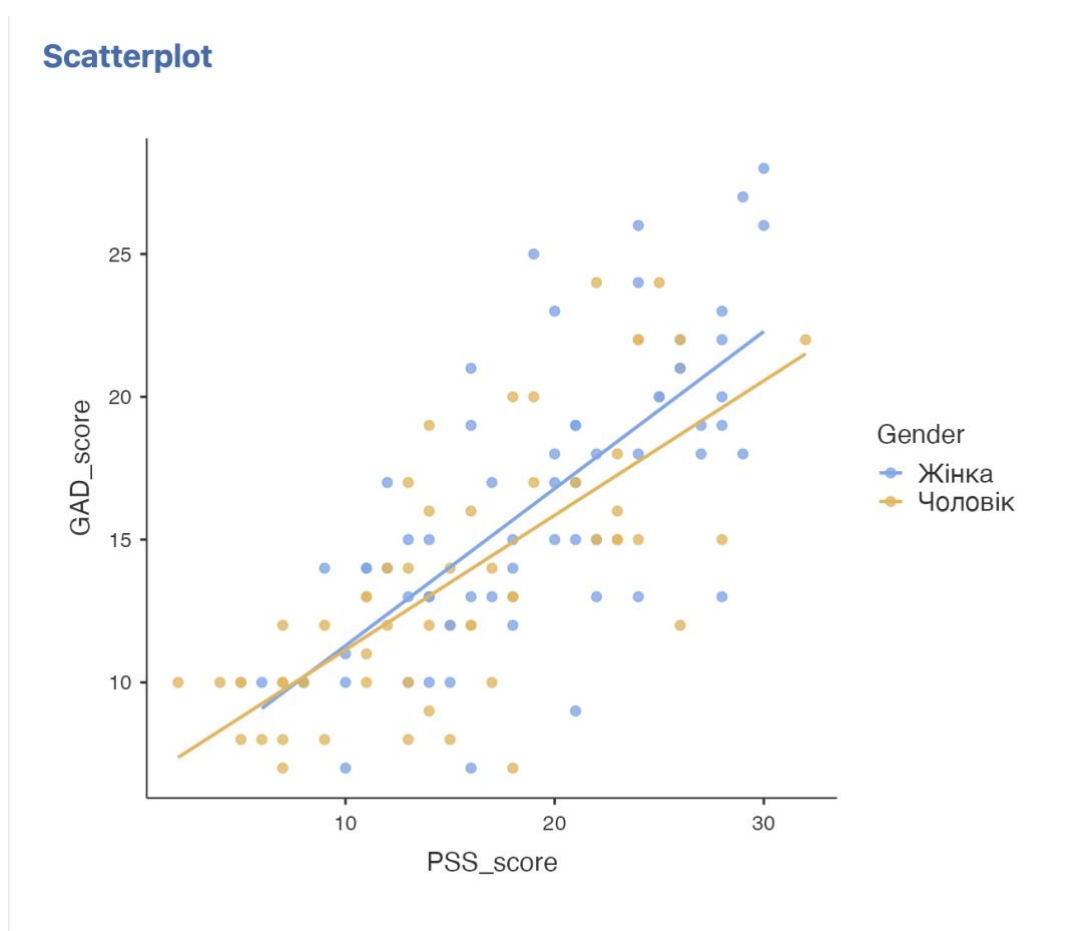


Рис. 3.2. Статеві особливості прояву рівня стресу

Графік свідчить про позитивну кореляцію між рівнем стресу та тривожністю: зокрема чим вищий рівень стресу, тим вищий рівень тривоги. Для жінок (синій колір) встановлено позитивний кореляційний зв'язок зі зростанням

рівня стресу (PSS-10) та показниками тривожності (GAD-7), де показники рівня стресу збільшуються, що підтверджується різким крутим нахилом лінії регресії.

Чоловіки (жовтий колір) відрізняються наявністю залежності між рівнем стресу і тривожності, що видно з нижче розміщеної лінії регресії.

Отримані результати вказують, що більшість точок, які визначають прояв стресу у жінок, зосереджені у верхній правій частині графіка і це дозволяє стверджувати, що серед жінок частіше зустрічаються високі значення обох шкал.

Для чоловіків спостерігається нижча щільність точок у верхньому правому куті, що свідчить про меншу кількість випадків високої тривоги при високому стресі. Також у жінок виявлено сильніший взаємозв'язок між стресом і тривожністю, тоді як у чоловіків цей зв'язок майже відсутній або дуже слабкий. Тобто, жінки демонструють вищий рівень тривоги при однаковому рівні пережитого стресу у порівнянні з чоловіками.

Статевою відмінністю жіночої статі є більша емоційність, ніж у чоловіків, саме тому показники, отримані в даному дослідженні, свідчать про те, що жіноча частина респондентів більш схильна до тривожності та прояву стресових реакцій і, відповідно, жінки більш гостро переживають психотравмивні події. Отже, жінки відчувають вищий рівень сприйнятого стресу через надмірну емоційність, гормональні та соціальні фактори та глибокі переживання, що і призводить до більш вираженого зв'язку з тривожністю.

Відповідно до отриманих даних, можемо зробити висновок, що стрес є предиктором тривоги як у жінок, так і у чоловіків. При цьому у жінок спостерігається сильніший зв'язок між рівнем стресу за (PSS-10) та генералізованою тривожністю за (GAD-7), що вказує на наявність у представниць жіночої статі прояву емоційності, вразливості до стресу, підвищеної особистісної та ситуативної тривожності, реактивності.

У чоловіків цей зв'язок виражений значно менше, що може свідчити про інші механізми подолання стресу або відмінності та залежності зовнішнього прояву симптомів тривожності від інтровертованої спрямованості чоловічої статі.

Отримані нами результати дослідження дають підстави говорити про важливість врахування статевих особливостей при розробці програм психологічної підтримки та інтервенцій для лікування тривожних розладів та ПТРС. Заходи щодо формування та зміцнення резильєнтності мають необхідність у статево чутливих підходах.

Зв'язок рівня сприйнятого стресу та тривожності залежно від вікової категорії. Загальна тенденція показує на рисунку 3.3 позитивний зв'язок між рівнем стресу за (PSS-10) та генералізованою тривожністю за (GAD-7): зі збільшенням рівня стресу зростає рівень тривожності.

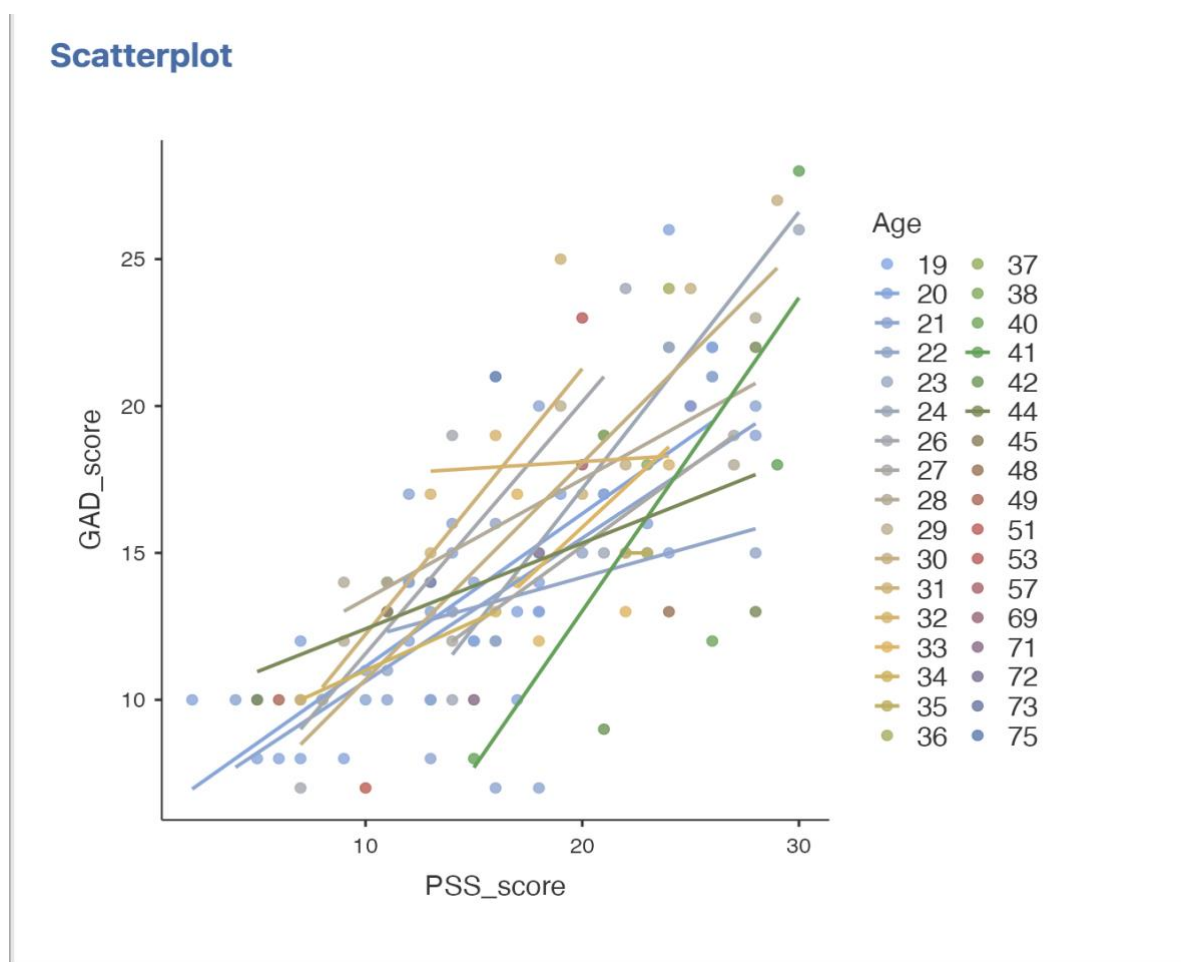


Рис. 3.3. Рівень проявлення стресу та тривожності за віковими категоріями

Для різних вікових категорій спостерігається значне варіювання нахилів ліній регресії, що свідчить про різну силу та напрямок зв'язку залежно від віку. Молодші респонденти віком 19–29 років демонструють більш плавні, менш круті

регресійні лінії, що може вказувати на меншу тривожну реакцію на стресові події або більшу гнучкість психіки.

Середні вікові групи 30–55 років демонструють більш виражені нахили ліній, що, на наш погляд, свідчить про більшу тривожність при зростанні рівня стресу.

У респондентів старшого віку (56 років і більше) розсіювання значне, але лінії часто різко спрямовані вгору, що може вказувати на зростання емоційної вразливості до стресових подій у старшому віці, або бути наслідком меншої вибірки в цій віковій категорії. Також можна стверджувати, що чутливість до стресу у вигляді проявлення тривожності змінюється з віком: у молодших респондентів зв'язок менш виражений, у старших вікових групах спостерігається більша схильність до тривожності при високому рівні стресу.

Для молодшої вікової категорії (19–29 років) розсіювання точок ширше, зв'язок між стресовими реакціями та тривожністю слабший, що вказує на меншу вираженість стресових реакцій та соматичних проявів. Це може бути обумовлено вищою психологічною гнучкістю та адаптивністю, оскільки зазвичай молоді люди мають менше травмивного досвіду, але більше психоемоційних ресурсів для подолання стресу. Їхня здатність до швидкої адаптації, активного пошуку рішень і прийняття змін знижує ймовірність розвитку тривожних станів на фоні стресу.

У молодому віці префронтальна кора, яка відповідає за контроль емоцій і поведінку, є найбільш активною та ефективно регулює імпульсивні реакції, зокрема тривогу. Система нейротрансмітерів, що залучена у механізми тривожності (серотонін, дофамін, ГАМК) функціонує оптимально, що сприяє стійкості до емоційних коливань. Також молодь має активні соціальні мережі у вигляді друзів, навчальних спільнот, онлайн-комунікацій, що збільшує взаємну підтримку, знижує сприйняття загрози та покращує емоційне самопочуття під час стресу. На нижчий рівень стресових реакцій також може вказувати менша кількість хронічних життєвих стресорів у молоді, зазвичай у віці від 19 до 26 років відсутні великі фінансові труднощі, хронічні хвороби та сімейні обов'язки,

через що суб'єктивно стрес може не мати такої ж глибини й не викликати сильної тривожної реакції. Молодші респонденти мають інший стиль когнітивної оцінки стресу, вони частіше оцінюють стресові події як тимчасові виклики і можливості для зростання, а не як загрозу. Таке когнітивне сприйняття допомагає зменшити рівень тривожності.

Отримані результати також дають підставу говорити про те, що у молодшому віці стресові події рідше провокують виражену тривожність через поєднання високої адаптивності, активної когнітивної регуляції, гарного фізичного та нейропсихологічного стану, а також наявності ширшої соціальної підтримки. Це знижує чутливість до стресу як тригера тривожних порушень і робить зв'язок між стресом і тривогою особливо вираженим, навіть якщо абсолютні рівні залишаються середніми.

У респондентів середнього віку (30–55 років) такий зв'язок слабший, що дозволяє говорити про наявність певного досвіду та розвиток у них індивідуальних стратегій переживання та особистого відношення до стресових ситуацій, більшого ступеня чутливості до стресових подій як наслідок проявів тривожності. У середній віковій групі помітно, що рівень стресу частіше асоціюється з підвищенням тривожності. Можливими причинами даного факту, на наш погляд, є те, що життєвий пік навантажень припадає на цих людей, у середньому віці люди зазвичай активно будують кар'єру, утримують родину, мають фінансові зобов'язання (кредити), доглядають дітей або літніх родичів. Це створює вищий рівень стресу, навіть якщо загальний фон тривожності не є яскраво вираженим. Підвищене навантаження робить психіку більш чутливою до додаткових стресів, що проявляється сильнішою кореляцією.

На відміну від молодших груп, у людей середнього віку є менше часу на психоемоційну саморегуляцію, не вистачає часу на відпочинок, хобі, соціальні контакти, через що стресові події не компенсуються ресурсами, а накопичуються. Тривожність може посилюватися як реакція на хронічне психоемоційне перенапруження. У порівнянні зі старшою віковою категорією у даній групі може бути більше регуляторних ресурсів, тому загальний рівень

тривожності не надто високий, гострота реакцій сильна, але базовий фон ще не досяг клінічного рівня. Це, на нашу думку, пояснює середні значення, але виражений нахил лінії регресії.

У респондентів віком 30–55 років зростання суб'єктивного стресу тісніше пов'язане з підвищенням тривожності через поєднання інтенсивних життєвих навантажень, відповідальності, меншої доступності ресурсів для саморегуляції та накопичених схем реагування і спостерігається чіткий зв'язок між стресом і тривожністю, що може бути пов'язано зі зниженням психологічної гнучкості, оскільки з віком людина має менше ресурсів для адаптації до нових чи складних ситуацій. Коли рівень психологічної гнучкості знижується, стресові події можуть викликати більш тривалі та інтенсивні емоційні реакції, у тому числі спричиняти високий рівень тривожності.

Також більша реактивність на стресові стимули обумовлена віковими змінами, зниженням рівня нейромедіаторів, пов'язаних із стресовою регуляцією (серотонін, ГАМК). Активність амігдали може залишатися високою, тоді як регуляція з боку префронтальної кори послаблюється. У старшому віці накопичуються хронічні життєві стресори (втрата близьких, хвороби, страх за дітей та онуків, соціальна ізоляція), тому навіть суб'єктивно помірний стрес може “накладатися” на вже наявні фактори, викликаючи підвищений рівень тривожності. Старші люди можуть часто сприймати події як більш загрозливі, незворотні та небезпечні навіть якщо вони об'єктивно не є такими. Таке когнітивне переоцінювання стресу, що в свою чергу може посилювати тривожну реакцію.

Встановлене в нашому дослідженні посилення зв'язку між суб'єктивним стресом та тривожністю з віком спостерігається, ймовірно, через дію біологічних чинників, накопичення життєвого досвіду переживання негативних подій, зниження адаптивних ресурсів та зменшення соціальної підтримки.

Високі значення за GAD-7 у старших людей, на нашу думку, свідчать про постійне знаходження у стані психічного перенапруження, без достатнього часу на відновлення (при послаблених можливостях систем організму), і тому зниження психічних механізмів саморегуляції призводить до негативних

психосоматичних проявів. Серед причин вікових розбіжностей у рівні сприйнятого стресу та прояву генералізованої тривожності можуть також знаходитися індивідуально-типологічні відмінності респондентів у способах подолання стресу, рівні емоційного вигорання та соціальної підтримки, впливу зовнішніх факторів. Гетерогенність нахилів регресійних ліній підкреслює, що реакція на стрес має індивідуальний і віково-залежний характер, що важливо брати до уваги під час розробки та імплементації програм з регулювання стресу, зміцнення резильєнтності та психотерапевтичної практики.

Відповідно до задач нашого дослідження необхідно було визначити особливості сприйняття респондентами чоловічої та жіночої статі травмивної події та її зв'язок з можливістю резильєнтності випробуваних (рис. 3.4).

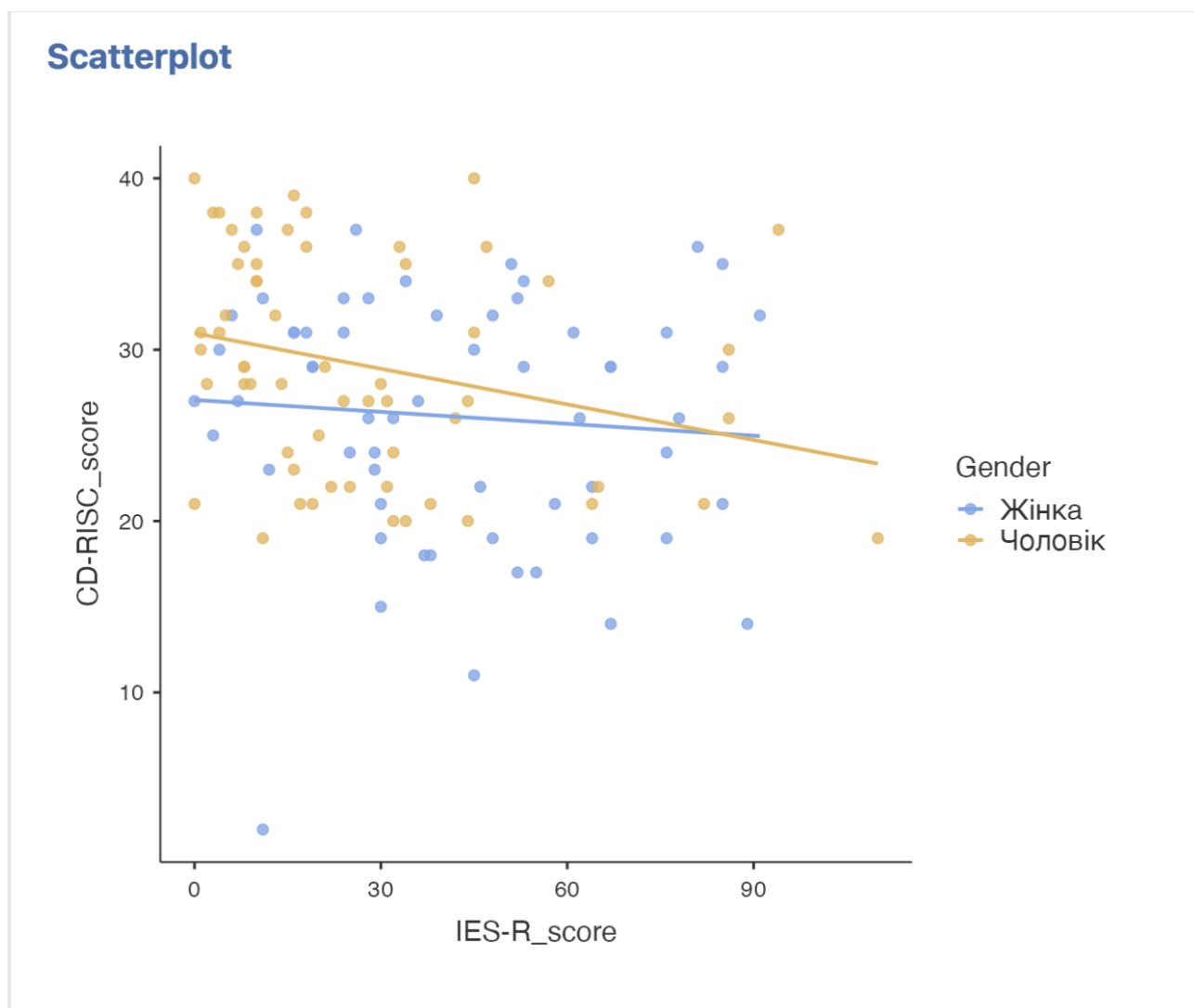


Рис. 3.4. Статеві особливості сприйняття травмивної події та її вплив та резильєнтність

На графіку Scatterplot зображено розсіювання значень резильєнтності та рівня сприйнятої травматичної події чоловіків та жінок, які брали участь в нашому дослідженні. Встановлено, що для обох статей спостерігається негативна кореляція; при зростанні показників за шкалою сприйнятої травматичної події IES-R при більшій вираженості симптомів травматичної події знижується рівень резильєнтності за шкалою CD-RISC, що, на нашу думку, є логічним, тобто, чим сильнішим є вплив травмивної події, тим нижче здатність до відновлення. Жінки зображені синьою лінією, яка є більш пологою, де розкид даних більший, що може свідчити про вищу варіативність щодо рівня резильєнтності та залежати від ряду факторів, таких як: емоційна підтримка, когнітивні стратегії тощо. Чоловіки зображені на графіку жовтою лінією, яка має дещо крутіший спад, що може свідчити про сильніший вплив травмивного досвіду на зниження резильєнтності.

Дані дослідження вказують на те, що значна кількість респондентів має низький або помірний рівень впливу травмивної реакції, але навіть у цій зоні видно зниження рівня резильєнтності. У чоловіків сильніше виражений негативний зв'язок між сприйняттям травматичної події та рівнем резильєнтності, що говорить про меншу гнучкість або вищу вразливість до травмивних подій при зниженні резильєнтності, тоді як жінки демонструють ширший діапазон резильєнтності, що, ймовірно, пов'язано з індивідуальними механізмами подолання стресу, обраними копінг-стратегіями та соціальною підтримкою.

Аналіз взаємозв'язку між рівнем сприйняття психотравмивної події за шкалою IES-R та резильєнтністю за шкалою CD-RISC показав наявність негативної кореляції: зі зростанням показників травматичної симптоматики спостерігається зниження рівня психологічної стійкості. Це узгоджується з науковими даними, згідно з якими резильєнтність відіграє роль чинника, що знижує вплив травмивних подій на психіку особистості. Ця залежність проявляється по-різному у представників різної статі. У чоловіків спостерігається виражений спад рівня резильєнтності зі зростанням симптомів

стресу. На наш погляд, це вказує на підвищену чутливість до втрати внутрішніх ресурсів у разі впливу стресогенного або травмивного фактору. Можемо допустити, що чоловіки рідше залучають емоційну підтримку, менше довіряють іншим свої почуття та менше звертаються за допомогою, що обмежує їх здатність до психоемоційного відновлення.

У жінок також виявлено, проте менш виражений, негативний зв'язок і розкид значень рівня резильєнтності ширший. Це може свідчити про вищу гнучкість у подоланні травматичних подій, ширшу варіативність копінг-стратегій та активніше використання соціальної підтримки. Таким чином, отримані результати підтверджують важливу роль резильєнтності як ключового захисного механізму, що може зменшувати вираженість посттравматичних стресових проявів. Водночас дані вказують на значні статеві особливості цього зв'язку, які слід врахувати при розробці програм психологічної допомоги особам, які зазнали впливу психотравмивних подій.

Залежність між рівнем сприйнятої травмивної події за шкалою IES-R та психологічною стійкістю – резильєнтністю за шкалою CD-RISC – розділено за окремими віковими групами (рис.3.5).

Кожна лінія представляє регресійний зв'язок між змінними для однієї вікової категорії. У загальному наведений графік демонструє відсутність однорідної лінійної тенденції у всіх вікових групах, однак у багатьох із них спостерігається негативний зв'язок: зі зростанням показників сприйнятої травмивної події знижується рівень стресостійкості.

Респонденти молодшої вікової категорії (19–29 років) демонструють негативний або майже горизонтальний зв'язок між шкалами IES-R та CD-RISC, що свідчить про відносно стійкий рівень резильєнтності навіть при зростанні посттравматичних симптомів, або при рівні стресу, який не перевищує можливості адаптації у цій віковій категорії. У респондентів середнього віку (30–55 років) виявлено виражений спад показників резильєнтності при зростанні посттравмивних симптомів. Можна припустити, що люди даної вікової групи обтяжені високими життєвими навантаженнями, такими як: досвід, робота, сім'я,

високий рівень відповідальності тощо, що може знижувати здатність до ефективного емоційного відновлення. Тобто рівень стресу в цій групі співпадає з фазою зниження адаптивних резервів.

Scatterplot

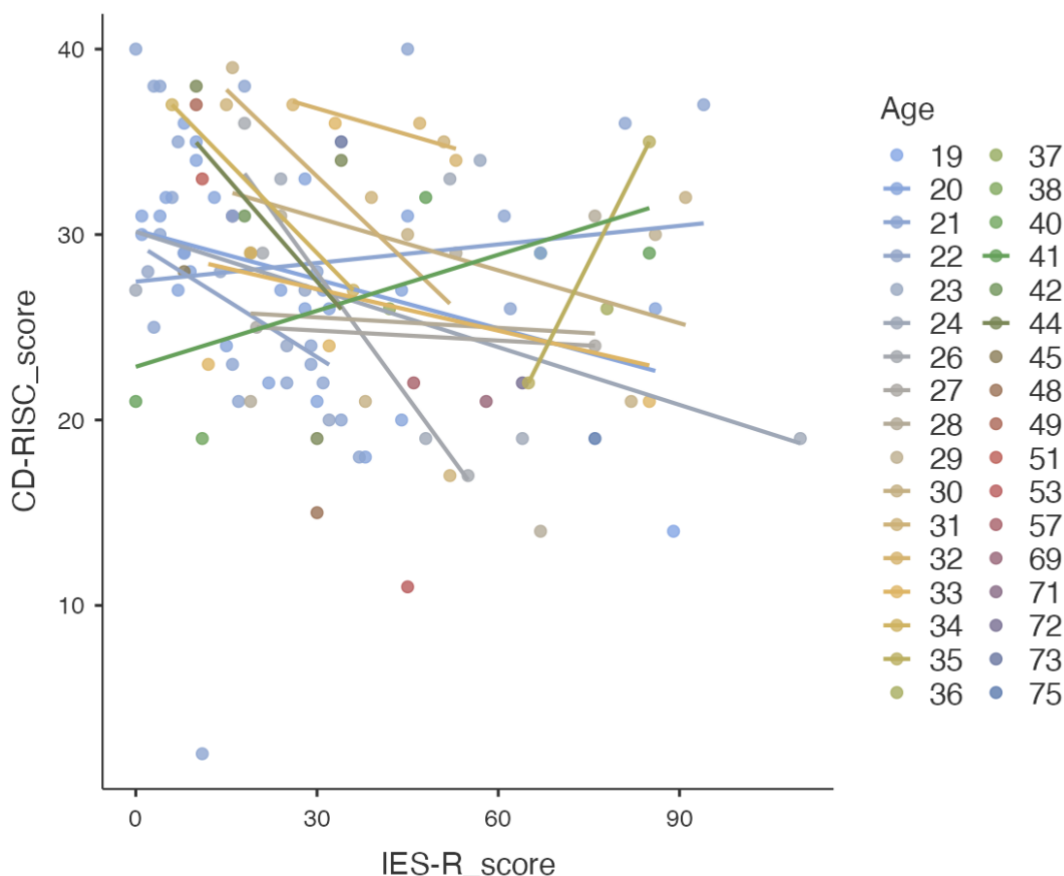


Рис. 3.5. Вікові особливості сприйняття травмивної події та її вплив та резильєнтність

У респондентів старшої вікової категорії (56–75 років) показники є менш чіткими та мають великий розкид, що може пояснюватися як меншою кількістю учасників, так і впливом зовнішніх факторів (хронічні захворювання, соціальна ізоляція, напрацьований певний негативний життєвий досвід). Цікаво, що деякі старші учасники дослідження, попри високий рівень посттравматичних симптомів, за шкалою IES-R мають високу резильєнтність за показниками шкали CD-RISC. Можливо, на це вплинули такі чинники: особливості сприйняття

окремих травмівних подій, менша емоційна залученість та реагування, надбання життєвого досвіду з попередніми травмівними ситуаціями, отриманими протягом довгого життя.

У даному дослідженні спостерігається велика варіативність між віковими групами, лінії не паралельні, деякі мають позитивний нахил (більшість учасників молодшого, середнього та старшого віку має невелику вибірку).

Згідно з отриманими результатами, загальний негативний зв'язок між сприйняттям травматичної події та резильєнтністю підтверджується: зі зростанням симптомів посттравматичної події рівень стресостійкості знижується, хоча цей зв'язок варіюється залежно від віку. Молодші респонденти мають відносно стабільний рівень резильєнтності навіть за наявності помірного стресу, можливо, завдяки вищій гнучкості, соціальній підтримці та невисокому накопиченню травматичного досвіду. Також на це може впливати наявність ефективних механізмів адаптації, особливості нейрорегуляції особистості, та, окрім цього, у молодому віці особистість ще активно розвивається, деякі навички та звички не мають усталеного характеру, що дозволяє легше переформатовувати досвід і впроваджувати ефективні копінг-стратегії.

У середній віковій категорії (30–55 років) спостерігається найбільша чутливість до травмівних подій, що супроводжується значним зниженням рівня резильєнтності. Серед причин можна зазначити зниження адаптивних ресурсів у період пікового життєвого навантаження, оскільки саме цей період життя характеризується великим рівнем професійних обов'язків, сімейною відповідальністю, соціальним тиском та зменшенням часу на відновлення ресурсів. Саме тому, на нашу думку, навіть відносно помірний травматичний досвід може мати істотний вплив на психоемоційний стан у цій віковій категорії, викликаючи відчутне зниження резильєнтності.

У найстарших респондентів (56 років і більше) дані більш розсіяні, що може свідчити про гетерогенність переживань, де рівень стресу компенсується життєвим досвідом. У частини людей літнього віку висока резильєнтність підтримується за рахунок життєвого досвіду, навичок прийняття та

переосмислення подій. Резильєнтність не є фіксованою властивістю – вона чутлива до життєвих обставин, етапів розвитку, особистісного ресурсу та соціального контексту.

Відповідно до отриманих результатів, зазначені особливості підкреслюють необхідність диференційованого підходу до психологічної допомоги залежно від віку, з обов'язковим урахуванням характеру реакції на травмивні події та індивідуальних адаптаційних ресурсів.

3.3. Регресійний аналіз отриманих даних

З метою виявлення предикторів резильєнтності було проведено регресійний аналіз даних, у якому змінною, що прогнозується, виступав рівень резильєнтності за шкалою CD-RISC, як незалежні змінні було обрано інтенсивність посттравматичного досвіду за шкалою IES-R, рівень суб'єктивного стресу за шкалою PSS-10 та рівень генералізованої тривожності за шкалою GAD-7 та розподілом за статтю (рис. 3.6). Отриманий коефіцієнт $R^2 = 0.153$ свідчить про те, що дана модель в цілому пояснює приблизно 15,3 % варіацій у рівні резильєнтності. З урахуванням кількості змінних ($\text{Adjusted } R^2 = 0.124$), пояснювальна здатність залишається обмеженою, що вказує на існування інших важливих чинників, які не включені до моделі, але можуть мати істотне значення (наприклад, індивідуально-особистісні риси, обрані копінг-стратегії та соціальна підтримка). За результатами аналізу було виявлено єдиний значущий предиктор резильєнтності – це рівень суб'єктивно пережитого стресу ($\beta = -0.388$, $p = 0.003$). Це означає, що зі збільшенням суб'єктивного сприйняття стресу на 1 бал зменшується рівень резильєнтності в середньому на 0,388 бала. Це свідчить про те, що хронічно високий суб'єктивний стрес є фактором ризику зниження адаптивних можливостей, порушення саморегуляції та виснаження внутрішніх психологічних ресурсів. Незважаючи на те, що шкала IES-R вимірює рівень посттравматичних симптомів, її внесок у прогнозування резильєнтності особистості виявився незначущим ($\beta \approx 0$, $p = 0.992$). Це може свідчити про те, що

сам факт переживання травматичної події або її суб'єктивна інтенсивність не є ключовим чинником, який знижує рівень стресостійкості, якщо відсутній високий рівень поточних стресових переживань. Тобто фактичне сприйняття стресу, а не ретроспективна оцінка травматичного впливу, виступає зниженням резильєнтності.

Linear Regression

Model Fit Measures

Model	R	R ²	Adjusted R ²
1	0.392	0.153	0.124

Note. Models estimated using sample size of N=120

Omnibus ANOVA Test

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
IES-R_score	0.00469	1	0.00469	1.11e-4	0.992
PSS_score	393.60725	1	393.60725	9.304	0.003
GAD_score	11.44531	1	11.44531	0.271	0.604
Gender	78.40197	1	78.40197	1.853	0.176
Residuals	4865.29180	115	42.30689		

Note. Type 3 sum of squares

[4]

Model Coefficients - CD-RISC_score

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	31.758	2.3779	13.3555	<.001
IES-R_score	-3.75e-4	0.0356	-0.0105	0.992
PSS_score	-0.388	0.1272	-3.0502	0.003
GAD_score	0.111	0.2133	0.5201	0.604
Gender:				
Чоловік – Жінка	1.709	1.2556	1.3613	0.176

^a Represents reference level

Рис. 3.6. Рівень резильєнтності після переживання травматичної події, показників генералізованої тривожності та суб'єктивного стресу за статевими відмінностями

Також не виявлено статистично значущого зв'язку між рівнем тривожності та резильєнтністю ($\beta = 0.111, p = 0.604$), що характеризує тривожність як емоційний стан, який є наслідком зниження резильєнтності, але не її предиктором. Тривожність і резильєнтність можуть бути пов'язаними, але не лінійно або ж через спільні інші чинники, такі як копінг-стратегії змінні, які не були включені в дане дослідження.

У розрахунковій моделі включено стать, дана зміна не є значущою ($\beta = 1.709, p = 0.176$), але показує, що середній рівень резильєнтності у чоловіків був дещо вищим. Найвагомим предиктором резильєнтності виявився рівень суб'єктивного сприйняття стресу – чим вищий стрес, тим нижча психологічна стійкість. При врахуванні суб'єктивного переживання травматичної події стрес та рівень тривожності не мають самостійного прогностичного значення, але діють підсилююче як додаткові чинники. Отримані результати свідчать про важливість акценту при оцінці факторів психологічної стійкості на суб'єктивному сприйнятті поточних життєвих труднощів, а не лише на історії травматичного досвіду. Даний аналіз дав нам бачення, що з практичної точки зору доцільність психопрофілактичних інтервенцій, спрямованих на зниження рівня сприймання стресу, потенційно сприятиме підвищенню резильєнтності незалежно від рівня тривожності чи травматичного досвіду.

Проведений регресійний аналіз рівня позитивного психічного здоров'я за шкалою РМН, з урахуванням рівня резильєнтності за шкалою CD-RISC та рівнем пережитої психотравмівної події за шкалою IES-R з статевим розподілом, надав можливість встановити сильний кореляційний зв'язок $R = 0,693$ (рис. 3.7). Так, при збільшенні CD-RISC (резильєнтності) на 1 бал рівень психологічного здоров'я за РМН збільшується на 0,41 бала, тобто CD-RISC є ключовим предиктором позитивного психічного здоров'я особистості. Люди з вищим рівнем резильєнтності частіше зберігають емоційне благополуччя, внутрішню рівновагу та психологічну стійкість. Це підтверджується високим β -коефіцієнтом (0,4106) та дуже низьким p -значенням ($p < 0.001$).

Linear Regression

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.693	0.480

Note. Models estimated using sample size of N=120

Model Coefficients - PMH_score

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept ^a	17.1827	1.7052	10.077	<.001
Gender:				
Чоловік – Жінка	-0.5900	0.7494	-0.787	0.433
CD-RISC_score	0.4106	0.0536	7.663	<.001
IES-R_score	-0.0712	0.0144	-4.935	<.001

Note. Weighted by 'Predicted values'

^a Represents reference level

Рис. 3.7. Рівень позитивного психічного здоров'я з урахуванням рівня резильєнтності та сприйнятого посттравматичного стресу за статевими відмінностями

Симптоми сприйнятої травматичної події за IES-R, навпаки, мають значний негативний вплив на позитивне значення психічного здоров'я, що є досить логічним: чим вищий рівень посттравматичної симптоматики, тим більше очікується когнітивних, емоційних і поведінкових порушень, що знижують відчуття благополуччя. За отриманими результатами, стать не є статистично значущим предиктором позитивного психічного благополуччя здоров'я ($p = 0.433$), і це означає, що як чоловіки, так і жінки суттєво не відрізняються за рівнем психічного благополуччя. Отримана модель свідчить про те, що позитивне психічне благополуччя визначається, передусім, рівнем внутрішньої стійкості та ступенем посттравматичних симптомів. Високий рівень

резильєнтності є захисним чинником, тоді як посттравматичні симптоми – ризикованим фактором для зниження рівня психічного благополуччя.

Результати лінійної регресії, в якій залежною змінною виступав рівень позитивного психічного благополуччя РМН score, виявили важливі взаємозв'язки з такими психологічними змінними, як резильєнтність CD-RISC та рівень симптомів сприйнятої травмивної події IES-R. Модель показала високий рівень пояснювальної сили ($R^2 = 0.480$), що є надзвичайно інформативним для нашого дослідження. Сильним позитивним предиктором позитивного рівня психічного здоров'я виявилася резильєнтність. Це узгоджується з нашим дослідженням, дані якого свідчать про те, що резильєнтність відіграє центральну роль у процесі адаптації до стресу, подоланні психологічних труднощів та збереженні емоційного благополуччя навіть в умовах несприятливих життєвих обставин. Люди з високим рівнем стресостійкості мають більше шансів зберегти внутрішню стабільність, реалізовувати адаптивні копін-стратегії та підтримувати суб'єктивне відчуття щастя і життєвої задоволеності. Водночас посттравматичні події є значущим негативним предиктором РМН позитивного психічного благополуччя. Це підтверджує той факт, що тривала дія травматичних подій має суттєвий вплив на загальне психологічне функціонування особистості, знижуючи рівень енергії, емоційну стійкість, соціальну залученість та мотивацію до життя. Травматичний досвід може “захоплювати” психіку, спричиняючи депресивні тенденції, зниження самооцінки та емоційне вигорання, негативно відображаючись на загальному стані психічного здоров'я. В отриманих нами результатах значущих відмінностей за статевою ознакою не виявлено, що може свідчити про універсальний характер чинників, які підривають позитивне психічне здоров'я – як серед жінок, так і серед чоловіків. Наше припущення базується на тому, що вся вибірка респондентів з України, де вже більше трьох років відбуваються активні військові дії, тривоги та постійні обстріли. Люди відчувають довготривалий стрес через небезпеку для свого життя та життя своїх рідних і близьких. Саме це є основним чинником дистресу у всіх опитаних, оскільки ці

люди на момент проходження опитування знаходилися і продовжують знаходитися на території України.

3.4. Практичні рекомендації щодо підвищення рівня резильєнтності після пережитих психотравмівних подій

Результати нашого дослідження показали, що вплив суб'єктивного сприйняття події як травмівної є головним важливим чинником, який негативно впливає на позитивне психічне здоров'я, а відтак має значний вплив на резильєнтність особистості. Розвиток резильєнтності в теперішніх умовах війни є невід'ємною частиною індивідуального ресурсу особистості для ефективного подолання труднощів, адаптації до постійних змін, підтримки внутрішньої цілісності та збереження здорового психічного благополуччя. Резильєнтність визначає, чи зможе людина не лише витримати виклик, а й вийти з нього з новим усвідомленням, сенсами, здатністю підтримувати себе та інших.

На сьогодні є декілька видів психотерапії, які працюють з даним запитом: когнітивно-поведінкова терапія, екзистенційна терапія, психодинамічна терапія, гештальт-терапія та майндфулнес. Використання різноманітних технік значно підвищує здатність до адаптації, підвищення психологічної стійкості у надскладних життєвих обставинах та покращує якість життя людини загалом. Одні з найдієвіших інструментів пропонує когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка стверджує, що наші думки, емоції та поведінка взаємопов'язані, і коли людина змінює негативні думки, неякісні поведінкові патерни, покращується емоційний стан, збільшується загальна ефективність і працездатність та поліпшується психологічне благополуччя. Розглянемо інструменти КПТ, які ефективно сприяють розвитку та зміцненню резильєнтності.

1. Когнітивна реструктуризація – її суть полягає у виявленні та корекції неадаптивних, автоматичних або катастрофічних думок, які знижують здатність справлятися зі стресом. Думку “я не зможу це пережити” змінюємо на “це важко, але я вже справлявся з подібним”. Даний інструмент сприяє

зменшенню емоційного навантаження, сприяє формуванню гнучкішого, раціонального мислення.

2. Діаграма ABC (Activating Event - Belief - Consequence) – суть методу у вивченні зв'язку між подією, переконанням і емоційною реакцією для виявлення і зміни неадаптивних переконань. Це допомагає людині усвідомити власні інтерпретації подій, розширити контроль над емоціями через зміну переконань.

3. Експозиція – допомагає поступово та контрольовано зустрічатися з травматичними або тривожними спогадами, ситуаціями чи образами та опрацьовувати їх. Даний інструмент сприяє зменшенню уникнення, що підсилює тривожність, підвищує толерантність до дистресу, дозволяє переосмислити травматичний досвід і знизити його емоційний вплив.

4. Тренування навичок проблемно-орієнтованого мислення – це навчання розділяти проблему на кроки, оцінювати варіанти та прогнозувати наслідки замість пасивного страждання. У результаті знижується безпорадність, підвищується відчуття контролю та впливу на ситуацію, відновлюється активна позиція.

5. Техніки самоспівчуття та “дружнього внутрішнього діалогу” Self-Compassion – принцип роботи інструменту полягає у формуванні доброзичливого, підтримуючого ставлення до себе в складних ситуаціях. Це є важливим, адже використання підходу блокує деструктивну самокритику, формує внутрішню опору та розвиває емоційну стабільність у стресових ситуаціях.

6. Поведінкова активація – допомагає планувати і виконувати дії, які приносять задоволення, цінність, енергію навіть при низькій мотивації. Це працює за рахунок відновлення енергії, повернення сенсів у звичній рутині життєдіяльності, формує позитивне підкріплення та сприяє збереженню психологічного якоря в складних життєвих обставинах.

Також надцінним методом у розвитку рівня резильєнтності є підхід Mindfulness, який означає усвідомленість – стан повної присутності у

теперішньому моменті, в якому людина свідомо уникає боротьби, спостерігає за своїми думками, емоціями, тілесними відчуттями без оцінювання. Використовуючи техніки з даного підходу людина зменшує рівень хронічного стресу та тривожності, дозволяє зупинити потік нав'язливих думок, пов'язаних з минулими подіями або страхом за майбутнє. Mindfulness сприяє формуванню емоційної стійкості, допомагає зберігати внутрішню рівновагу під час турбулентності зовнішніх подій, знижує реактивність, тобто замість автоматичних реакцій (агресії, паніки, апатії) людина отримує простір для усвідомленого вибору, підтримує психологічне відновлення після втрат, дезорієнтації та шоківих станів, допомагає знову відчути контроль, стабільність та контакт із собою. Mindfulness сприяє розвитку ключових компонентів резильєнтності, а саме:

- самоусвідомлення (я відчуваю, що зі мною відбувається);
- емоційна регуляція (я не дозволяю емоціям керувати мною);
- когнітивна гнучкість (я можу обирати, як мені реагувати);
- відчуття сенсу (я можу зосередитися на важливому тут і зараз);
- навички присутності під тиском (я залишаюся у моменті навіть під стресом).

Приклад ключових технік, що зміцнюють резильєнтність:

1. Усвідомлене дихання – зосередження уваги на диханні без зміни його ритму. Використання техніки знижує фізіологічне збудження, що є дуже важливим саме під час стресової реакції організму, допомагає повернутися до моменту тут і зараз, дає опору в кризовій ситуації та відчуття себе в буквальному сенсі.

2. Сканування тіла – повільне, уважне сканування всіх частин тіла по черзі від голови до пальців ніг. Ціль техніки – усвідомити тілесну напругу, навчитися приймати тілесні сигнали без осуду, розвивати тілесну присутність і розслаблення.

3. Усвідомлене спостереження за думками – це спостереження за думками наче за хмарами, які виникають і зникають, у результаті людина

дистанціюється від негативного мислення, що сприяє зменшенню румінацій (надлишкового обмірковування) та підвищує відчуття внутрішньої свободи.

4. Практика вдячності у моменті – це усвідомлення того, за що можна бути вдячним просто зараз, навіть у найменших речах (тепло, дихання, світло, слова підтримки, їжа, близькі люди). Ефект від цієї практики – збільшення позитивного мислення, фокусування на існуючих сенсах та сприяння психоемоційній стабільності.

5. Медитація – практика, яка спрямована на тренування власної уваги, усвідомлення себе в поточному моменті. Допомагає зменшити тривожність, покращити емоційний стан, знизити рівень напруги в тілі. У кінці виконання техніки варто додати послідовне побажання добра собі, іншим людям, нейтральним та тим, хто викликає складні емоції. Сприяє підвищенню співчуття, формуванню внутрішньої теплоти та підтримки, допомагає подоланню гніву та травми.

Поєднання КПТ або нарративними техніками Mindfulness дозволяє не лише зменшити страждання, а й відновити силу після травмівних потрясінь.

Ще один важливий, глибокий і невід’ємний психотерапевтичний напрямок, який допомагає боротися зі складними стресовими обставинами, – це екзистенційний аналіз. Даний підхід фокусується на внутрішній свободі, відповідальності, пошуках сенсів життя та здатності особистості знаходити гідні відповіді на виклики буття. Даний метод корисний у контексті травматичного досвіду та хронічного стресу тим, що допомагає витримати екзистенційний вакуум – травма, війна, втрати близьких можуть зруйнувати сенс життя, це призводить до внутрішньої пустки, втрати опори, емоційного страждання, ступору та страждання. Екзистенційна терапія дає людині засоби знайти або переосмислити сенс у нових умовах не відчуваючи біль, а включаючи його у життєву історію. Формує внутрішню позицію “ Я є той, хто відповідає”, тобто людина навчається бачити відповідальність не як провину, а як силу вибору – навіть у стражданні вона може обирати, як їй реагувати. Це формує автентичну резильєнтність, стійкість, що ґрунтується не на униканні емоцій, а на

глибинному усвідомленні сенсу, стимулює духовно-моральні ресурси, такі як цінності, відповідальність перед собою, іншими та життям.

Наступні ключові техніки екзистенційного аналізу допомагають зміцнити резильєнтність та підвищити стресостійкість.

1. **Робота з цінностями** допомагає людині ідентифікувати свої внутрішні глибинні цінності незалежно від зовнішніх змін. Людина відповідає собі на запитання: “Хто я є поза втратою? Що залишилося в мені незмінним?” Відповіді на такі запитання дають стійкість та впевненість у завтрашньому дні, тому що внутрішні опори сильніші за зовнішні зміни.

2. **“Екзистенційний діалог”** дає змогу індивіду зустрітися з власним вибором, відповідальністю та переконаннями; людина бачить, що має вибір і що вихід з будь-якої ситуації є завжди. Свобода дії залежить лише від нас самих. Це перемикає з позиції жертви на свідому сильну особистість.

3. **Техніка творчого ставлення до страждання** – її ціль – не уникати страждання, а трансформувати його через вибір гідного ставлення, поведінку, що не суперечить цінностям. Запитання, яке людина ставить собі: “Що життя зараз очікує від мене, а не що я очікую від нього?” Це дає змогу віднайти сили та брати відповідальність за дії та реакції, незважаючи на обставини довкола.

4. **Парадоксальна інтенція** – це навмисне перебільшення страху або симптому задля зменшення його проявів та повернення контролю над ним. Наприклад, людина боїться симптому тривожності в прояві тремтіння рук, тоді працює настанова: “Я збільшу навмисне тремтіння рук і воно пройде взагалі”. Ця техніка дуже дієва, адже повертає контроль над реакцією та вмикає розрив з катастрофічним мисленням.

Отже, сенси сприяють розвитку мотивації, внутрішньої спрямованості та орієнтації в житті, що не дозволяє втратити себе у кризі; свобода вибору надає повну автономію та особистісну відповідальність, що дає відчуття сили навіть у безвихідних ситуаціях; внутрішні цінності – це ядро ідентичності, внутрішня сталість, яка допомагає повертати сенси, коли все довкола руйнується; переосмислення ставлення до страждання пробуджує прийняття, створює

внутрішні трансформації індивіда та повертає почуття власної гідності, що дозволяє витримувати біль без розпачу. Дані техніки допомагають під час глибоких втрат, травм та кризи сенсів. Контекст резильєнтності тут розглядається як гнучка внутрішня позиція, заснована на цінностях, смислах і здатності робити вибір, а не як жорсткий захист. Дані інструменти є особливо актуальними, оскільки повертають не лише психологічну рівновагу, а й людську гідність, відповідальність та надію.

Вагомий та дуже ефективний психотерапевтичний напрямок у роботі зі стресом та фізіологічними симптомами стресу – це тілесноорієнтована терапія (ТОТ). Вона розглядає тіло як носія психотерапевтичного досвіду, тілесні відчуття – як ключ до глибокого контакту з емоціями, захисними реакціями та спогадами. Головна суть полягає в тому, що тіло і психіка – це одна система, тому травма або стрес проявляють себе не лише в емоційних реакціях чи думках, а також у м'язовій напрузі, тілесній позі, диханні та міміці. ТОТ допомагає повернути контроль через роботу з тілом, усвідомлення тілесних реакцій, розрядку “замороженого” стресу.

Цінність даного напряму полягає в допомозі вивести людину з дисоційованого стану або стану вимкнення, активуючи блукаючий нерв, відповідальний за спокій і, таким чином, седативно впливаючи на організм, повертає почуття безпеки в тілі, допомагає побачити свої тілесні реакції і взяти контроль над ними, і, як наслідок, контроль над своєю психікою, дає прості та ефективні інструменти для саморегуляції.

1. Тремтіння для розрядки (TRE) – це вправа, яка пропонує викликати добровільне тремтіння або збільшити існуюче, таким чином дозволяючи тілу скинути надлишкову напругу. Це працює за рахунок активації природного механізму розрядки, який знижує тонус симпатичної нервової системи, і після виконання практики настає заспокоєння та теплота в тілі.

2. Заземлення через стопи (“Grounding”) – суть вправи – концентрація уваги на ногах, стопах та контакті з підлогою. Можлива візуалізація, що ноги, ніби коріння, вростають у землю. Забезпечує зниження тривожності, повертає

свідомість у тіло та робить фокус не на зовнішніх чинниках, а на перебуванні в моменті тут і зараз, формує відчуття стабільності.

3. Ритмічне дихання через тіло – практика дихання проводиться на рахунки 4 вдихи та 6 рахунків видихів з візуалізацією проходження дихання через грудну клітку, живіт і таз. Дає суттєве заспокоєння вегетативної нервової системи, зменшує напруження у м'язах, діафрагмі та грудях, покращує контакт з тілом.

4. Соматичне сканування – це уважне спостереження за своїми відчуттями в певній ділянці тіла без намагання їх змінити чи прибрати, лише спостерігати. Інструкція звучить так: “Зверніть увагу на свої руки, що ви відчуваєте? Тиск, тепло, пульсацію чи м'язовий спазм? Дозвольте цьому явищу відбуватися, просто спостерігайте його”. Це розвиває толерантність до дискомфорту чи больових відчуттів та навчає звертати увагу на тілесні сигнали і прояви, не тікаючи від них.

5. Вправа “Контейнер безпеки” – візуалізація уявного простору, місця, де людина почувається у безпеці; тілесні відчуття безпеки, які асоціюються з цим місцем, людина проживає та запам'ятовує. Це створює ресурсне відчуття захищеності в тілі, активно використовується при роботі та стабілізації ПТСР та панічних атаках.

6. Вправа “Обійми метелика” (Butterfly Hug) – людину просять схрестити руки на грудях поклавши долоні на плечі, почергово легко постукувати себе по плечах та супроводжувати рухи диханням або заспокійливими афірмаціями. Дана вправа значно знижує тривожність, заспокоює загальний стан, можна використовувати як дорослим, так і дітям.

ТОТ допомагає розряджати стрес на тілесному рівні, техніки залучають тіло як союзника у саморегуляції. У контексті війни, постійних обстрілів та стресових подій навколо це найбільш екологічний та доступний напрямок ресурсів та інструментів, які можуть використовуватися будь-ким та будь-де самотійно для підтримки психічного здоров'я.

Техніки та інструменти з вищеперерахованих психотерапевтичних підходів будуть використовуватися в розробленій нами програмі з підвищення рівня резильєнтності серед уражених груп населення.

Виходячи з результатів дослідження та опитування респондентів, люди визначали війну, обстріли та перебування в зоні бойових дій як найбільш травмівну ситуацію, що деструктивно впливає на психічне здоров'я людини. Наступними руйнівними чинниками на психологічний стан респондентів були визначені такі ситуації, як смерть та втрата близької людини, пережите фізичне чи психологічне насильство. Як наслідок, сюди можна віднести отримане каліцтво внаслідок обстрілів та бомбардувань міст. Згідно з отриманою інформацією, було створено програму для підвищення резильєнтності та психологічної стійкості для українців, що кожен день впродовж більше трьох років живуть у війні та переживають довготривалий руйнівний стрес. Дана програма є багаторівневою, психоедукаційною, терапевтичною та практично орієнтованою з урахуванням усіх травмівних впливів, ресурсного виснаження громадян України та ґрунтовної потреби у стабілізації ментального здоров'я. Техніки з основних психотерапевтичних напрямів, які ми обрали, доцільно розділити на ті, які в програмі застосовуються більшою мірою теоретично / навчально для перебудови ментальної структури мислення (КПТ та екзистенційний аналіз), тобто такі, які людина зможе вивчити як дію і навичку та забезпечити собі практичну допомогу у вигляді фізичного інструменту під час екстреної ситуації (mindfulness та тілесно-орієнтовані техніки).

Назва програми: *Єдність, стійкість – Перемога UA044.*

Мета програми:

- сприяння збереженню психічного здоров'я та підвищення рівня резильєнтності для українців в умовах хронічного стресу під час війни;
- зниження проявів тривоги, паніки, депресії та проявів ПТСР;
- формування навичок саморегуляції та взаємопідтримки в громаді.

Цільова аудиторія: всі українці, які перебувають у містах, що піддаються регулярним обстрілам, а саме (дорослі та літні люди, батьки з дітьми, підлітки та

діти) особливу увагу приділяємо ураженим верствам населення, таким як ветерани, люди з інвалідністю, самотні літні люди, які стоять / не стоять на обліку в соціальної служби, багатодітні сім'ї.

Компоненти програми:

1. Психоедукація:

- що таке стрес, його прояви, регуляція проявів стресу; визначення травми та тривожності, основні прояви, як їх ідентифікувати та відрізнити;
- як працює мозок під час загрози, поведінкові патерни людини під час надзвичайних ситуацій;
- механізми виживання: що є нормальним в ненормальній ситуації;
- базові знання про емоції, тіло (інфографіка / плакати, відео, недільні бесіди в пунктах Незламності).

2. Техніки саморегуляції:

- дихальні вправи, а саме: дихання по квадрату, ритмічне дихання, усвідомлене дихання – вдих через ніс, повільний видих ротом;
- техніки стабілізації (54321– які 5 предметів ти бачиш перед собою, які 4 торкаєшся, які 3 чуєш, які 2 відчуваєш (запах), та 1, який на смак відчуваєш);
- контроль реальності – сканування тіла, спостереження за думками; заземлення через стопи; медитація в моменті тут і зараз; вправа “контейнер безпеки”;
- техніки зниження паніки та стабілізації себе через тіло: (тілесне занурення; розрядка тремтінням; “обійми метелика”; заземлення через стопи; стискання кулаків чи рух).

3. Групова підтримка та соціальна єдність:

- маленькі групи взаємопідтримки визначені самоорганізацією (модеруватимуться в чатах ЖК самостійно);
- “Колективна витривалість” – спільне проговорення досвіду, емоційна підтримка без осуду, ведення щоденника вдячності;
- навчання тілесно-орієнтованих технік та технік mindfulness у вихідні дні у районному пункті Незламності;

- навчання адаптивним копінг-стратегіям.

Формат реалізації:

- офлайн: роздруківка плакатів з техніками саморегуляції для наочної інструкції, розміщення у бомбосховищах, в ЖК паркінгу, які використовуються як бомбосховища; розміщення друкованих матеріалів у районних пунктах Незламності; запровадження волонтерами та жителями районів недільних навчань з психоедукаційних лекцій, навчання технікам саморегуляції стресу та адаптивним копінг-стратегіям;
 - онлайн: у кожному ЖК є чати жителів будинків – розміщувати в них короткі навчальні відео, прості інструкції, записи аудіотехнік, створення Telegram-ботів з щоденними інструкціями та нагадуваннями, картинки (з плакатів) саморегуляції, малюнкові інструкції;
 - роздаткові матеріали: інфографіка, картки для саморегуляції, малюнкові інструкції та кишенькові посібники.

Доповнення до програми:

- за потреби робити точкові інтервенції, особливу увагу приділяти ураженим верствам населення (літні люди, діти, ветерани, люди з інвалідністю); у недільні відвідування пункту Незламності проводити психотерапевтичне втручання та консультування людей, у яких виявлено високий нерегульований рівень стресу з позитивною симптоматикою. У точкові інтервенції входять: короткотривалі кризові бесіди, перша психологічна допомога, техніки десенсибілізації та EMDR, робота з почуттям провини, втрати, безпорадності, екзистенційна та КПТ модель психотерапевтичних інтервенцій;
- оцінка ефективності: вимірювання самопочуття простими валідизованими шкалами, опитування про користь навчання та роздаткових матеріалів, спостереження за змінами в групах громади.

Розбудова програми, розвиток та партнерство: співпраця з волонтерами, громадськими організаціями, церквами та шелтерами; навчання громади суміжних районів (спільні навчання більших груп людей) базових

навичок психосоціальної підтримки; за потребою включення в навчання технік першої медичної допомоги при військових діях.

Висновки до розділу III

Отримані в ході дослідження дані свідчать про те, що люди з вищими показниками за шкалою сприйнятого стресу мають тенденцію до вищих рівнів генералізованої тривожності, що в свою чергу значно впливає на психічний та психофізіологічний стан людини.

1. Жінки демонструють більш високий рівень стресу за PSS-10 та генералізованої тривожності за GAD-7, що характеризує їх як осіб, здатних до сильних переживань в емоційній сфері, гострого сприйняття стресових ситуацій та підвищеної тривожності.

2. Чоловіки дещо відрізняються за реагуванням на стресові ситуації, проявом тривожності, оскільки їх сприйняття травмівних ситуацій менш емоційне і інтенсивне. Це свідчить про менший вплив на психіку представників чоловічої статі симптомів тривожності та наслідків стресових ситуацій.

3. Вікові відмінності у проявленні стресових реакцій після пережитої психотравмівної ситуації полягають у тому, що молодша вікова група (19–29 років) менш схильна до переживань та проявлень симптомів генералізованої тривожності, ніж середня вікова група (30–55 років) та доросла вікова група (56 років і більше), що вказує на потребу впровадження програм управління стресом, саморегуляції серед середньої вікової групи; створення груп підтримки та допомоги для розширення соціальних зв'язків серед дорослої вікової групи; надання загальної інформації серед всіх вікових груп щодо інструментів саморегуляції у кризові моменти життя та самоєдукацію у володінні методами психорегуляції.

4. У чоловіків спостерігається виражений спад рівня резильєнтності зі зростанням симптомів стресу, що може вказувати на вищу чутливість до втрати внутрішніх ресурсів у разі впливу стресогенного або травматичного фактору. У

жінок спостерігається ширший діапазон резильєнтності, ймовірно пов'язаний з індивідуальними механізмами подолання стресу, обраними копінг-стратегіями та соціальною підтримкою, що надає можливість стверджувати про вищу гнучкість у подоланні травматичних подій, ширшу варіативність копінг-стратегій та активніше використання соціальної підтримки.

5. Виявлено загальну негативну залежність між симптомами посттравматичної події та резильєнтністю. У віковій групі 30–55 років спостерігається найбільша чутливість до травматичних подій, що супроводжується значним зниженням рівня резильєнтності. Це може бути причиною зниження адаптивних ресурсів у період пікового життєвого навантаження. Молодші респонденти віком від 19 до 29 років мають відносно стабільний рівень резильєнтності навіть за наявності помірного стресу, можливо, завдяки вищій гнучкості, соціальній підтримці та невисокому накопиченню травматичного досвіду. У найстарших респондентів (56 років і більше) дані більш розсіяні, що може свідчити про гетерогенність переживань, де рівень стресу компенсується життєвим досвідом. У частини людей літнього віку висока резильєнтність підтримується за рахунок життєвого досвіду, навичок прийняття та переосмислення подій. Отримані результати акцентують на необхідності специфічного вікового підходу щодо психологічної підтримки людей з травматичним досвідом.

6. Люди з вищим рівнем резильєнтності частіше зберігають емоційне благополуччя, внутрішню рівновагу та психологічну стійкість, про що свідчать дані з проведеного регресійного аналізу рівня позитивного психічного здоров'я з урахуванням рівня резильєнтності та рівня пережитої психотравматичної події та статевих відмінностей. Отримані нами дані свідчать про те, що позитивне психічне благополуччя визначається, передусім, рівнем внутрішньої стійкості та ступенем посттравматичних симптомів. Високий рівень резильєнтності є захисним чинником, тоді як посттравматичні симптоми – ризикованим фактором для зниження рівня психічного благополуччя. Резильєнтність відіграє центральну роль у процесі адаптації до стресу, подоланні психологічних

труднощів та збереженні емоційного благополуччя навіть в умовах несприятливих життєвих обставин. Люди з високим рівнем стресостійкості мають більше шансів зберегти внутрішню стабільність, реалізовувати ефективні копінг-стратегії та підтримувати суб'єктивне відчуття щастя і життєвої задоволеності. В отриманих нами результатах значущих відмінностей за статевою ознакою не виявлено, що може свідчити про універсальний характер чинників, які підривають позитивне психічне здоров'я – як серед жінок, так і серед чоловіків. Люди відчувають довготривалий стрес через небезпеку для свого життя та життя своїх рідних і близьких. Саме це є основним чинником дистресу у всіх випробуваних, оскільки ці люди на момент проходження опитування знаходилися і продовжують знаходитися на території України.

7. Розроблена нами в ході дослідження програма містить в собі чітку структуру та стратегію впровадження у повсякденне життя українців, які живуть в умовах війни та переживають довготривалий дистрес. Компоненти програми містять в собі психоедукацію, навчальний компонент з емоційної регуляції, навчання адаптивних копінг-стратегій, механізми роботи тіла та психіки під час стресової ситуації; навчально-практичний блок з технік саморегуляції (дихальні вправи, вправи на заземлення, медитації, техніки стабілізації, техніки усвідомлення та повернення в момент тут і зараз, техніки контролю реальності, тілесно-орієнтовані техніки, компоненти першої психологічної допомоги); групова підтримка, групи взаємопідтримки з обговореннями та обміну досвідом. У програму було включено техніки з психотерапевтичних напрямів: КПТ, екзистенційний аналіз, тілесно-орієнтована терапія, Mindfulness. Програма націлена на розвиток резильєнтності в умовах війни, сприяння зростанню стійкості серед населення, що є невід'ємною частиною індивідуального ресурсу особистості для ефективного подолання труднощів, адаптації до постійних змін, підтримки внутрішньої цілісності та збереження здорового психічного благополуччя.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз науково-методичної літератури та даних мережі Інтернет надав можливість дослідити різноманітні аспекти особливостей суб'єктивного сприйняття травмивних подій, їх вплив на емоційну стійкість особистості, показав, що суб'єктивне сприйняття психотравмивної події є ключовим чинником у формуванні ступеня її психологічного впливу. Саме інтерпретація події, як загрозливої та неконтрольованої, істотно підвищує ризик виникнення емоційних порушень. Натомість прийняття події як виклику чи можливості для зростання сприяє адаптації та розвитку резильєнтності. У сучасній науковій літературі підтверджується, що не об'єктивна сила травми, а її інтерпретація відіграє вирішальну роль у психічному відновленні.

2. Високий рівень суб'єктивної травматизації достовірно пов'язаний з нижчим рівнем резильєнтності. Респонденти, які оцінювали травматичні події як надто загрозливі, демонстрували знижену здатність до адаптації, осмислення події та емоційної регуляції, сприйняття травми як критичної, що порушує здатність особистості до відновлення.

3. Рівень стресу та тривожності осіб, які пережили психотравмивні події, тісно корелює з вираженістю посттравматичних симптомів. Поєднання хронічного стресу, високої тривожності та зниженої резильєнтності створює основу для довготривалих дезадаптаційних станів. При цьому стать та вік респондентів виявилися модераторами інтенсивності проявів – молодші учасники демонстрували кращу адаптивність, аніж учасники старшого віку; показали нижчий рівень сприйнятого стресу та тривожності у порівнянні з середньою груповою категорією та старшим віком учасників; жінки продемонстрували вищий рівень сприйнятого стресу у порівнянні з чоловіками, що свідчить про більшу емоційну забарвленість та більший вплив на психіку, в свою чергу чоловіки показали нижчі показники за рівнем сприйнятого стресу та тривожності, що свідчить про більш стійке реагування на стресогенні фактори та їх менший вплив на психіку. Також чоловіки у боротьбі зі стресом схильні

обирати типи копінг-стратегій, націлені на когнітивне або поведінкове вирішення проблеми, жінки частіше обирають емоційно-орієнтований тип копінг-стратегій.

4. Резильєнтність є ключовим психологічним ресурсом людини, який забезпечує емоційну стабільність, збереження позитивного психологічного здоров'я та адаптацію до стресу в умовах тривалих психотравмівних обставин життя. Результати регресійного аналізу підтверджують те, що високий рівень стійкості значущо асоційований із хорошим емоційним станом, одночасно вираженість посттравматичних симптомів виступає чинником ризику. Позитивне психічне здоров'я індивіда формується під впливом внутрішніх чинників, головним серед яких є здатність до адаптації та резильєнтності. Універсальність впливу цих факторів підтверджується відсутністю статистично значущих статевих відмінностей у проведеному дослідженні, що вказує на загальний людський характер механізмів підтримки психічного благополуччя. Хронічний дистрес через загрозу життю є домінантним фактором емоційного навантаження для всіх учасників дослідження, які проживають на території України під час війни. Дані свідчать про високий рівень психосоціального навантаження в реальному контексті існування.

5. Виявлено загальну негативну залежність між симптомами посттравматичної події та резильєнтністю. У молодшій віковій категорії спостерігається найбільша чутливість до травмівних подій, що супроводжується значним зниженням рівня резильєнтності. У той же час старша вікова категорія демонструє більш розсіяні дані, що може свідчити про гетерогенність переживань, де рівень стресу компенсується життєвим досвідом. Отримані результати акцентують увагу на необхідності віковоспецифічного підходу до психологічної підтримки людей з травматичним досвідом.

6. Результати дослідження послужили основою для розроблення програми та практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення рівня резильєнтності у громадян, які довготривало перебувають у стресових обставинах (війна, втрати) та постраждали від надважких психотравмівних

подій. Програма охоплює психоедукацію, навчання емоційній регуляції, адаптивним копінг-стратегіям. Рекомендації включають: застосування когнітивно-поведінкових технік емоційної регуляції, майндфулнес-практики, тілесно-орієнтовані техніки самопомоги, впровадження індивідуальних стратегій копіngu, адаптованих до особистісних особливостей та життєвого контексту людини, соціальну підтримку та групи взаємопідтримки. Особлива увага приділена практичній роботі з тілом, свідомістю та емоціями, що дозволяє створити інтегративний підхід до зміцнення психічного здоров'я українців, які довготривалий час перебувають у стані війни. Головною метою програми є розвиток резильєнтності населення, що сприятиме довгостроковій емоційній стабільності, підтримці внутрішньої цілісності та покращенню здатності до адаптації в надскладних умовах життя. Розвиток резильєнтності є не лише індивідуальним, але й соціальним завданням, оскільки формування психологічної стійкості громадян – це важлива передумова для відновлення, згуртованості та майбутнього національного психічного здоров'я в умовах колективної травматизації складними чинникам, на які неможливо впливати, але можливо приймати та переосмислювати, що є ключем на шляху до посттравматичного зростання та набуття внутрішніх змін особистості, які роблять її стійкою до надскладних життєвих обставин у майбутньому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв, Н. А., Коқун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська. Н. С., Остапчук, В. В., & Ткаченко, В. В. (2016). *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. Методичний посібник*. Київ: НДЦ ГП ЗСУ.
2. Бойко, Г. М. (2010). *Реабілітаційна психологія: посібник*. Полтава: АСМІ.
3. Доброгорська, О. *Психологічні особливості резильєнтності українців під час війни*.
4. Журов, В. В. (2015). *Робота з особистісними сенсами в контексті посттравматичного стресового розладу*. *Збірник наукових праць*, 228–239. К-ПНУ ім. Івана Огієнка, Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України.
5. Кетлер-Митницька, Т. *Резильєнтність як чинник посттравматичного зростання в умовах війни*.
6. Креденцер, О., & Сергієнко, Д. (2024). Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 32(2), 85–95.
7. Кузікова, С. Б. (2023). *Резильєнтність як чинник посттравматичного зростання особистості*. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-444-3-3>
8. Кузікова, С., & Щербак, Т. (2022). Теоретико-емпіричний аналіз проблеми резильєнтності та стресостійкості в педагогічній діяльності. *Психологічний журнал*, (8), 39–46.
9. Лазорко, О., & Шевцова, Т. *Дослідження психоемоційних станів підлітків з різним рівнем резильєнтності під час війни*.
10. Мартіна, Мюллер. (2014). *Якщо ви пережили психотравмівну подію*. Львів: Свічадо.
11. Музичко, Л. (2024). Резильєнтність і посттравматичне зростання особистості внаслідок стресу. *Журнал соціальної та практичної психології*, (3), 44–49.

12. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник.* (2018). Том 2. Київ.
13. Савчин, М., Федорчук, В., & Зимянський, А. *Психологічні засоби та техніки розвитку резильєнтності особистості.*
14. Сандал, О. С. (2021). Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету, (2), 49–62.*
15. Семенова, Ю. С. (2012). Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, (5), 48–55.*
16. Терещенко, Л. А., & Олінковська, Т. А. (2019). Причини й механізми виникнення невротичних розладів особистості дитини з погляду сучасної педагогічної психології. *Актуальні проблеми психології, 1 (48), 60–65.*
17. Ткачишина, О. Р. (2021). Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. *Вчені записки Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського, 32(71), 3, 93–98.*
18. Федосова, Л. О. (2013). *Клінічна психологія : навч. посіб.* Київ: ДП «Вид. дім «Персонал».
19. Царенко, Л. Г. (2019). Особливості переживання психотравми під час воєнного конфлікту. *Психологія: теорія і практика, 1(3), 158–168.*
20. Шпонько, Д. (2023). Резильєнтність і посттравматичне зростання як механізми протистояння стресу.
21. Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 6(3), 195–216.*
22. Anaut, M. (2005). The concept of resilience and its clinical applications. *Recherche en soins infirmiers, (82), 4–11.*
23. Anaut, M. (2009). Resilience: Overcoming trauma. *Nathan Université. (Original title: La résilience : surmonter les traumatismes).*
24. Bonanno, G. A., Westphal M., & Mancini A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology, (7), 511–535.*

25. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28.
26. Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, *14*(3), 135–138.
27. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Lawrence Erlbaum Associates.
28. Calsbeek, H., Rijken, M., Bekkers, M. J., & Van Berge, Henegouwe, G. P., Dekker J. (2006). Coping in adolescents and young adults with irritable digestive disorders: impact on school and leisure activities. *Psychology and Health*, *21*(4), 447–462.
29. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283.
30. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82.
31. *DSM-5*.
32. Dell’Osso, L., et al. (2022). Post Traumatic Growth (PTG) in the Frame of Traumatic Experiences. *Frontiers in Psychology*.
33. Everly, G. S., & Lating, J. M. (2013). *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. Johns Hopkins University Press.
34. Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
35. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, *56*(3), 218–226.
36. Feder, A., & Charney, D. S. (2009). Resilience: Neurobiological bases and therapeutic opportunities. *Biological Psychiatry*, *66*(7), 602–609.
37. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, *55*(6), 647–654.

38. *Gender differences in perceived stress and coping among college students*. (2021) B. Sue Graves, Michael E. Hall, Carolyn Dias-Karch, Michael H. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255634>
39. Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416–430.
40. Hobfoll, S. E., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70(4), 283–315.
41. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Free Press.
42. Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. Wiley.
43. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delta.
44. Kascakova, N., et al. (2022). Subjective perception of life stress events affects long-term pain: the role of resilience. *BMC Psychology*, 10, 1–11.
45. Kalayjian, A., & Eugene, D. (2010). *Mass trauma and emotional healing around the world: Rituals and practices for resilience and meaning-making*. Praeger.
46. Kimhi S., & Eshel Y. (2019). Measuring national resilience: A new short version of the scale (NR-13). *Journal of community psychology*, 47(3), 517–528.
47. Killgore, W. D. S., et al. (2020). *Psychological resilience during the COVID-19 lockdown*. *Psychiatry Research*, 291, 113233.
48. Kleim, B., et al. (2022). The impact of resilience, alexithymia and subjectively perceived severity of myocardial infarction on posttraumatic symptom severity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(1), 1–10.
49. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
50. Meichenbaum, D. (2007). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In Lehrer, P. M. et al. (Eds.), *Principles and practice of stress management*, 497–518. Guilford Press.

51. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(3), 227–238.
52. Yehuda R., McFarlane, A., & Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological psychiatry*, *44*(12), 1305–1313.
53. Shastri, P. C. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, *55*(3), 224–235.
54. Suedfeld, P. (1997). Reactions to societal trauma: Distress and/or eustress. *Political Psychology*, *18*(4), 849–861.
55. Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, *338*(6103), 79–82.
56. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18.
57. Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (1999). *The Penn Resilience Program*. University of Pennsylvania.
58. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, *1*(2), 165–178.
59. Neenan, M. (2009). *Developing resilience: A cognitive-behavioural approach*. Routledge.
60. Park, C. L., & Ai, A. L. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss and Trauma*, *11*(5), 389–407.
61. Roelofs, K., & Dayan, P. (2022). Freezing revisited: Coordinated autonomic and central optimization of threat coping. *Nature Reviews Neuroscience*, *23*(9), 568–580.
62. Reivich, K., & Shatté, A. (2002). *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. Broadway Books.
63. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*(3), 316–331.
64. Subjective perception of life stress events affects long-term pain: the role of resilience. (2022). *BMC Psychology*.
<https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-022-00765-0>

65. Shmotkin, D. (2005). The pursuit of happiness in a hostile world: The dynamic of well-being and the concept of the hostile-world scenario. *Review of General Psychology, 9*(4), 291–305.
66. Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin, 130*(4), 601–630.
67. Schnyder, U., et al. (2017). The global burden of trauma: Implications for mental health and resilience. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(7), 1414113.
68. Segerstrom, S. C. (2006). *Breaking Murphy's Law: How optimists get what they want from life and pessimists can too*. Guilford Press.
69. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
70. The Impact of Resilience, Alexithymia and Subjectively Perceived Helplessness of Myocardial Infarction on the Risk of Posttraumatic Stress. (2022). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35169973/>
71. Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-Sensitive Mindfulness: Practices for Safe and Transformative Healing*. W. W. Norton & Company.
72. Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing*. W. W. Norton & Company.
73. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320–333.
74. Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process, 42*(1), 1–18.
75. Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science, 4*(3), 81–85.
76. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165–178.

77. Yehuda, R., McFarlane, A., & Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological psychiatry*, 44(12), 1305–1313.

78. Zimmerman, M. A. (2013). Resiliency theory: A strengths-based approach to research and practice. *Health Education & Behavior*, 40(4), 381–383.

79. Резильєнтність, функції

https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0_%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C

80. <https://pleso.me/ua/treatment/traumatic-past-events>

81. <https://www.treatfield.com/field/ptsd-general>

82. https://learn.ztu.edu.ua/pluginfile.php/329403/mod_resource/content/1/Лекція%202.%20Психотравмівні%20і%20кризові%20ситуації%20в%20реабілітаційній%20психології.pdf

83. <http://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/2892/2750> - PSS-10

84. https://kirilchuk.com/qsm_quiz/gad-7/

85. <https://slovnyk.ua/index.php>

86. <https://kv.dsns.gov.ua/upload/1/9/8/1/2/7/1/c9b01.PDF>

87. <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/56142> - PMH scale

88. <https://www.rheumatology.kiev.ua/wp/wp-content/uploads/2020/07/1187.pdf> - резильєнтність Коннора Девідсона

89. Шкала оцінки впливу травмівної події IES-R:
https://www.eztests.xyz/tests/personality_iesr/#google_vignette

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом останнього місяця. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що

відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб:

Ніколи = 0

Майже ніколи = 1

Іноді = 2

Досить часто = 3

Доволі часто = 4

ЗАПИТАННЯ:

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?
3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?
4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?
7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?

9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?

10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

Отримані бали	Рівень сприйнятого стресу	Опис:
0–13	Низький	Слабо сприйнятий стрес
14–26	Помірний	Помірно сприйнятий стрес
27–40	Високий	Сильно сприйнятий стрес

Індивідуальні бали за PSS можуть варіюватися від 0 до 40, причому вищі бали вказують на вищий рівень стресу.

Також додатково можна проаналізувати ці підшкали:

- Сприйняття безпорадності (запитання 1, 2, 3, 6, 9, 10) – вимірює відчуття відсутності контролю над обставинами, власними емоціями та реакціями.
- Брак самоефективності (запитання 4, 5, 7, 8) – вимірює сприйняття людиною своєї нездатності впоратися з проблемами.

Додаток Б

Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7)

Це коротка оцінка симптомів тривоги, заснована на діагностичних критеріях генералізованого тривожного розладу, описаних в "Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів" (DSM).

Позначте відповіді, що найкраще відповідають вашій ситуації:

ніколи – 1;

декілька днів – 2;

більшу половину часу – 3;

майже щодня – 4.

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли такі проблеми:

1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені.
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання.
3. Ви занадто хвилювались через різні речі.
4. Вам було важко розслабитись.
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці.
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати.
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися.

Опис вираженості симптомів, представлений на основі сирих балів:

отримані бали – рівень тривожності:

0–4 – мінімальний;

5–9 – слабкий;

10–14 – помірний;

15–21 – високий.

Вищий бал вказує на вищий рівень симптомів тривоги.

Додаток В

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R)

Дана шкала спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Інструкція “Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу на те, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень”.

1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.
2. Я не міг спокійно спати вночі.
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.
7. Мені здавалося, що все, що сталося, ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.
9. Окремі картинки того, що сталося, раптово виникали у свідомості.
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.

13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося, були наче паралізовані.

14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.

15. Мені було важко заснути.

16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.

17. Я намагався витіснити те, що трапилося, з пам'яті.

18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.

19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т. д.

20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.

21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.

22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.

«Ключ»

Субшкала «Вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «Уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «Збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів

Усі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”.

Кожен пункт оцінюється:

«ніколи» – 0 балів;

«рідко» – 1 бал;

«іноді» – 3 бали;

«часто» – 5 балів.

24 бали і вище	Низький рівень впливу
33 бали і вище	Помірний рівень впливу
більше 37 балів	Виражений рівень впливу

Додаток Г

Шкала резильєнтності (стресостійкості) Коннора-Девідсона - CD-RISC-10

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою (0-4), де вищі бали свідчать про більшу життєстійкість. Загальний бал респондента може варіюватися від 0 до 40:

«зовсім невірно» – 0;

«дуже рідко вірно» – 1;

«іноді вірно» – 2;

«часто вірно» – 3;

«майже завжди вірно» – 4.

1. Я можу адаптуватися до змін.
2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху.
3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають.
4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим.
5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів.
6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди.
7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити.
8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі.
9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя.
10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.

Додаток Д

Шкала позитивного ментального здоров'я – РМН-scale

Методика дає можливість визначити позитивну спрямованість ментального здоров'я.

1. Я часто почуваюся безтурботно і знаходжуся в гарному настрої.
2. Я насолоджуюся життям.
3. Загалом я отримую задоволення від життя.
4. Загалом я відчуваю впевненість.
5. Я справляюся із задоволенням своїх потреб.
6. Я в гарній фізичній формі і гарному емоційному стані.
7. Я відчуваю, що здатен / здатна справлятися з життям та його труднощами.
8. Багато з того, що я роблю, приносить мені радість.
9. Я спокійна і врівноважена людина.

«Не вірно» – 1;

«Скоріше не вірно» – 2;

«Скоріше вірно» – 3;

«Вірно» – 4.

Підрахунок загальної кількості балів

Мінімальний показник позитивного ментального здоров'я дорівнює 9 балам, максимальний показник дорівнює 36 балам. Низький рівень показника позитивного ментального здоров'я відповідає інтервалу 9–24 бали, середній рівень – 25–29 балів, високий рівень – 30–36 балів.