

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УКРАЇНСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ ІНСТИТУТ»
Кафедра педагогіки та психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня бакалавр
спеціальності 053 «Психологія»
на тему:

**«Психологічні особливості прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку
внаслідок військових дій»**

Роботу виконала:

студентка групи ЗПС-21

Ірина БЕГАС

Науковий керівник:

доцент кафедри педагогіки та
психології

Аліна ПАРАСЄЙ-ГОЧЕР

Буча

2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОЯВУ СИМПТОМІВ ПТСР У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ	7
	77
Основні кластери КПТСР:	18
1.2 Психологічні особливості жінок середнього віку.....	20
1.3 Фактори прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних подій 25.....	25
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	28
РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ СИМПТОМІВ ПТСР У ЖІНОК SEREDNЬOГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ПОДІЙ	31
2.1. Відбір та обґрунтування методичного інструментарію	32
2.1.1. Методика Г. Айзенка «Діагностика психічних станів».....	34
2.1.2. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна	36
2.1.3. Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова	38
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	40
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ СИМПТОМІВ ПТСР У ЖІНОК SEREDNЬOГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ПОДІЙ	42
3.1. Організація емпіричного дослідження прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни	42
3.2 Аналіз рівня прояву різних психічних станів у жінок середнього віку внаслідок війни	43
3.3 Аналіз рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності у жінок середнього віку внаслідок війни	47

	3
3.4 Аналіз наявності та рівня вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу у жінок внаслідок воєнних подій	49
3.5. Практичні рекомендації щодо надання психологічної підтримки жінкам середнього віку з симптомами ПТСР	64
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	69
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	79

ВСТУП

Актуальність дослідження. Вторгнення росії в Україну спричинило різке зростання кількості людей, які зазнають впливу воєнних дій та інших травматичних ситуацій. Це веде до збільшення випадків психічних розладів, пов'язаних із травмою, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), серед українського населення. Воєнні дії, насильство, втрата близьких, вимушене переселення, а також втрата звичного способу життя стають причинами негативного впливу на ментальне здоров'я. Проблема психічного здоров'я поступово визнається найважливішим аспектом розвитку для країн, що постраждали від воєнних конфліктів.

Травматичні події торкаються не тільки військових, а й значної кількості цивільного населення. Найбільш серйозний вплив війна чинить на психічне здоров'я дітей та жінок. Через фізіологічні, психологічні та соціальні особливості діти та жінки (як цивільні, так і військовослужбовці) мають підвищену вразливість під час війни і потребують спеціалізованої допомоги для мінімізації наслідків війни для їхнього здоров'я та благополуччя [37].

Згідно з дослідженням З. Г. Кісарчука, Я. М. Омельченко та ін. (2020), серед 30% людей із ПТСР, які зазнали надмірного психічного навантаження внаслідок воєнних дій, 20% не здатні самотійно впоратися з розладом і потребують лікування. Дослідження також виявило гендерні відмінності у прояві симптомів ПТСР: вони частіше спостерігаються у жінок (33,2%) порівняно з чоловіками (25,0%) [38].

Підступність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) полягає в тому, що він часто проявляється не відразу після травматичної події, а з часом, коли людина може навіть не підозрювати про небезпеку для свого психічного здоров'я. Така затримка у розвитку симптомів робить ПТСР важким для своєчасного діагностування та лікування.

Глибокий теоретичний аналіз наукових праць, присвячених вивченню посттравматичного стресового розладу, свідчить про те, що протягом тривалого часу

психологічна наука зосереджувала увагу на патологічних змінах особистості, які виникають внаслідок цього розладу (М.Є.Зеленова, О.О. Лазебна, D. King).

Деякі дослідники ПТСР (R. Ursano, Ю.А. Александровський,) зазначають, що досвід людей, які зазнали впливу катастроф чи війни, навіть за відсутності фізичних ушкоджень, не минає безслідно. Через кілька років після пережитого у них можуть розвинутися різноманітні особистісні невротичні порушення, які часто стають основою для формування патологічних станів (Ch. R. Figley, J. Wieson) [22].

Психологічні аспекти та особливості розвитку посттравматичного стресового розладу були предметом досліджень таких вітчизняних науковців, як М. Горовіц, Л. Китаєв-Смик, І. Котеньов, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тимченко та С. Яковенко.

Однак, незважаючи на значну увагу до питань формування і перебігу цього розладу, аспекти його діагностики та профілактики в умовах воєнного стану в країні залишаються недостатньо вивченими. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є добре дослідженою проблемою в суспільствах, що постраждали від війни, але на відміну від досліджень військового персоналу, існує набагато менше інформації про посттравматичний стресовий розлад у цивільних осіб [15].

Тому дослідження психологічних проявів симптомів ПТСР у жінок внаслідок воєнних дій є надзвичайно актуальним у контексті сучасної війни в Україні. Перебіг симптомів стресового розладу у жінок може мати специфічні прояви через гендерні особливості, що робить вивчення цієї теми важливим для розробки ефективних методів лікування та підтримки. Вивчення даної теми дозволить не лише краще зрозуміти природу розладів, а й розробити ефективні методи для раннього виявлення симптомів ПТСР у жінок і його профілактики.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення психологічних особливостей прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних дій.

Зазначена мета передбачає вирішення **наступних завдань:**

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень поняття ПТСР та психологічних особливостей прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних дій.

2. Обґрунтувати методичний інструментарій дослідження прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних дій.

3. Організувати та провести емпіричне дослідження та виконати кількісний і якісний аналіз отриманих результатів із зазначеної теми.

Об'єкт дослідження: симптоми ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних дій.

Предмет дослідження: психологічні особливості прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних дій.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань у дослідженні застосовувалися такі методи: теоретичні – аналіз і узагальнення наукових джерел, пов'язаних із проблематикою дослідження; емпіричні – методи психологічної діагностики, зокрема опитувальники.

Якісні та кількісні показники психологічних особливостей прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни вивчалися за допомогою таких діагностичних методів: методика «Діагностика психічних станів» Г. Айзенка; методика «Визначення рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна; методика «Опитувальник травматичного стресу» І. О. Котеньова.

База дослідження. Дослідження проводилося у період 2023-2024 року серед жінок середнього віку (40-60 років) наживо, на різних заходах психологічної підтримки для жінок. Опитування пройшли 50 жінок з різних регіонів України: Дніпровська (5), Запорізька (1), Київська (23), Вінницька (2), Хмельницька (4), Миколаївська (1), Львівська (3), Донецька (2), Харківська (1), Луганська (2), Чернігівська (1), Черкаська (3), Тернопіль (1), Житомир (1).

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОЯВУ СИМПТОМІВ ПТСР У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ

У першому розділі проведено теоретичний аналіз поняття ПТСР (посттравматичного стресового розладу) в контексті сучасних психологічних наукових досліджень. Було здійснено також теоретичний аналіз історичного розвитку визначення даного розладу, причин, симптомів та класифікаційних аспектів. Особлива увага приділена сучасним підходам до розуміння ПТСР у контексті міжнародних класифікаційних систем, таких як DSM-5 та МКХ-11, а також розвитку теоретичних моделей, що пояснюють механізми виникнення та проявів цього розладу.

1.1 Поняття ПТСР та симптомів розладу в сучасних психологічних дослідженнях

Війна в Україні створює тривалі умови хронічного стресу та небезпеки, які збільшують ризик розвитку ПТСР серед широких верств населення. За останні два роки в електронних системах охорони здоров'я (ЕМК) спостерігається значне зростання кількості пацієнтів з діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). У 2023 році кількість таких пацієнтів була майже в чотири рази більшою, ніж у 2021 році. За перші два місяці 2024 року кількість пацієнтів з ПТСР майже зрівнялася з кількістю пацієнтів, зареєстрованих протягом 2021 року. За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), кількість хворих на ПТСР по роках така: 2021 рік – 3 167; 2022 рік – 7 051; 2023 рік – 12 494; 2024 рік (перші три місяці) – 3 292 людей [33].

Всі ці дані вказують на те, що теоретичне та практичне дослідження ПТСР в умовах війни в Україні є необхідним для подолання масштабних наслідків психотравматичних подій, забезпечення психічного здоров'я населення та закладення основ для довготривалої відновлювальної роботи.

Посттравматичний стресовий розлад досліджувався як зарубіжними, так і вітчизняними науковцями. Механізми розвитку, фази та причини виникнення

посттравматичного стресового розладу та його симптоматику вивчали такі науковці: В. Алещенко, О. Блінов, С. Васильєв, Д. Зубовський, М. Гіневський, Д. Романовська, О. Глащук, О. Корольчук, О. Хміляр, О. Буряк, Л. Кітаєв-Смик, В. Коханов, Ю. Александровський, В. Краснов, В. Моляко, О. Черепанова. Над упровадженням у психологічну практику методик діагностики та подолання стресових і посттравматичних стресових розладів працювали І. О. Котеньов, О. В. Морозов, В. Ю. Омелянович, Н. В. Тарабріна, О. В. Тімченко, С. І. Яковенко [41].

Серед зарубіжних дослідників, які зробили значний внесок у вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), можна виділити: Р. Лазарус, М. Горовіц, Є. Ліндемманн, С. Фіглі, Д. Ліфтон, В. Нідерланд, М. Волтерс, Р. Тедескі та інші. Ці дослідники зробили потужний внесок у розуміння ПТСР, його симптоматики, механізмів розвитку та терапевтичних підходів, що є основою для сучасної психологічної допомоги постраждалим від травматичних подій [28].

Треба зазначити, що дослідження посттравматичного стресового розладу залишається актуальною проблемою сучасного суспільства, яка вимагає глибокого наукового вивчення. Протягом тривалого часу продовжуються наукові дискусії щодо необхідності виокремлення ПТСР як цілісного синдрому з його симптомокомплексами та окремими симптомами. Ці суперечки виникають як між представниками різних професійних сфер (психологів, медиків, соціальних працівників тощо), так і між різними науковими школами у сфері психології. Однак останнім часом посттравматичний стресовий розлад офіційно описується як окрема психодіагностична категорія в низці авторитетних класифікацій хвороб, що підтверджує його статус як складного й багатовимірного явища [29].

Вважається, що термін «посттравматичний стресовий синдром», який описує специфічний комплекс психічних розладів, викликаних важким стресом, вперше був запропонований в 1980 році. Цей термін увійшов до третьої редакції американської класифікації психічних розладів (DSM-III). Раніше такі порушення зараховували до групи невротичних розладів, або до розладів, схожих на них [17].

Але ще у 1944 році Е. Ліндеманн запропонував термін «патологічне горе» для позначення тривалих психічних розладів, які виникають у відповідь на стресові події.

У 1957 році D. Leopold і N. Dillon дослідили психічні порушення у 36 моряків, які вижили після вибуху танкера «Mission». У 16 із них були виявлені симптоми у вигляді нав'язливих і травматичних спогадів, нападів тривоги та загального негативного емоційного стану. Ці стани отримали назву «посттравматичний невроз тих, хто вижив» або «посттравматична психологічна хвороба».

Згодом W. Niderland та D. Lifton запровадили термін «синдром тих, що вижили». У таких випадках психічний стан людей, які пережили катастрофу, варіюється від так званої «зомбіподібної психічної загальмованості» та суттєвих змін особистості загалом до реакцій, характерних для тимчасової психічної дезадаптації у практично здорових осіб [28].

У другій половині 1970-х років активно розвивалися дослідження впливу військових стресів на психічне здоров'я, зокрема на прикладі ветеранів В'єтнамської війни. Найбільш поширеними розладами серед них виявилися нав'язливі повторювані спогади у формі яскравих образів («flashbacks»), які супроводжувалися тривогою, страхами, соматичними симптомами, а також відчуженістю, апатією, втратою інтересів і почуттям провини. Часто спостерігалися жахливі сновидіння, пов'язані з пережитим військовим досвідом, підвищена дратівливість, вибуховість і збудливість. У 1978 році С. Фіглі запропонував для цього стану назву «в'єтнамський постсиндром».

З часом було зібрано значну кількість клінічних даних, які демонстрували, що у людей, які пережили катастрофічний стрес, формуються специфічні симптомокомплекси незалежно від того, яким був характер стресового впливу на людину. Тому, у 1980 році, Марді Дж. Горовіц (Mardi Jon Horowitz) — відомий американський психіатр, дослідник і професор психіатрії Каліфорнійського університету в Сан-Франциско, та його колеги запропонували виділити ці стани в окремий синдром, який отримав назву «посттравматичний стресовий розлад». Професор М. Горовіц є піонером у вивченні реакцій на стрес та посттравматичних

стресових розладів (ПТСР). Його роботи охоплюють теми психотерапії, адаптації після травматичних подій, а також механізми розвитку стресових розладів [35].

У подальших дослідженнях автори розробили діагностичні критерії цього розладу, які були відображені в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, третє видання). Це третя редакція посібника, виданого Американською психіатричною асоціацією (APA), який використовується для класифікації та діагностики психічних розладів. DSM-III був опублікований у 1980 році та став значним кроком у стандартизації психіатричної діагностики. Згодом ці критерії уточнили та доповнили у DSM-III-R і DSM-IV, а також у Міжнародній класифікації хвороб. У попередніх версіях класифікацій психічні розлади, спричинені стресом, розглядалися в межах невротичних. Посібник DSM-V, виданий у 2013 році, став найбільш сучасним та адаптованим до розвитку психіатрії та нейронаук. В ньому було перекласифіковано багато розладів, в тому числі ПТСР перенесено в окрему категорію «Розлади, пов'язані з травмою і стресом» [42].

Варто зазначити, що з впровадженням в Україні Міжнародної класифікації хвороб Десятого перегляду ((МКХ-10) – міжнародний стандарт для класифікації медичних діагнозів, включаючи психічні розлади, запроваджений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ)), стало можливим окремо виділяти посттравматичні стресові розлади з відповідною рубрикацією F43.1. Це видання стало значним кроком у стандартизації міжнародної класифікації медичних та психічних розладів, що дозволяє порівнювати статистику та діагностику різних країн і регіонів [28, с. 19].

Отже, у клінічному довіднику МКХ-10 визначається, що посттравматичний стресовий розлад (F43.1) є станом, що розвивається як відстрочена або тривала реакція на екстремальну (травматичну) подію чи ситуацію (короткочасну або тривалу), яка має загрозливий або катастрофічний характер і може спричинити значний дистрес у більшості людей. Основні характеристики (симптоми) ПТСР включають:

- тривожні спогади про подію;
- ситуації або місця, що викликають згадку про травматичну подію і супроводжуються психічним дискомфортом;
- спроби уникати думок, почуттів або спогадів, пов'язаних із травмою;
- зміни настрою або мислення, такі як відчуття безнадійності, занижена самооцінка, втрата інтересу до життя;
- підвищена реактивність, що включає нервозність, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, проблеми зі сном.

Травматична подія (присутність якої є головною точкою початку розвитку ПТСР) – це екстремальна кризова подія, яка негативно впливає на людину та має серйозні наслідки, зокрема загрозу життю самого індивіда або його близьких [35].

Також сучасні науковці розрізняють такі ступені тяжкості ПТСР: відсутній, легкий, помірний і важкий, які настали залежно від вираженості клінічних проявів та ступеня дезадаптації пацієнта.

У назві «Посттравматичний стресовий розлад» термін «розлад» було вибрано свідомо, оскільки це не є захворюванням у повному розумінні цього слова. Насправді це природна реакція психіки на ненормальні обставини. Однак, на жаль, симптоми та поведінкові прояви цього розладу часто спричиняють страждання та ускладнюють особистісне функціонування постраждалих [30, с. 2].

За визначенням О. А. Блінова, відомого українського вченого, психіатра, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це комплексна психопатологічна реакція, що виникає через певний час після психотравматичних подій і формує цілісний синдром. Також, науковець підкреслює, що хоча ПТСР офіційно класифікується як психічний розлад, його вивчення, діагностика та терапія входять тільки до професійної компетенції клінічного психолога, психотерапевта та психіатра. Діагноз ПТСР часто згадується психологами чи працівниками соціальних служб, проте **право його встановлення є функцією тільки лікаря** [29, с. 7].

Згідно з думкою науковців, особи, які страждають на ПТСР, також стають особливо вразливими. У них часто спостерігаються зміни в когнітивній сфері, такі як посилення жорстокості, безкомпромісності, ригідності щодо моральних орієнтирів суспільства, а також зниження порогів чутливості до соціальних впливів. Дуже часто виникають й інші клінічні прояви: нав'язливі спогади, які з'являються без явного зовнішнього стимулу і сприймаються як реальні; порушення сну; зниження пам'яті та уваги; депресія; неможливість адаптуватися до соціуму та родини через агресивні спалахи; зловживання алкоголем і наркотиками; неспецифічні соматичні симптоми, такі як головний біль, а також суїцидальні думки. Люди з ПТСР часто стикаються з соматичними та психосоматичними розладами, такими як хронічне м'язове напруження, підвищена втомлюваність, виразка шлунку, коліт, біль у серці та респіраторний синдром [22, с. 111].

Посттравматичні стресові розлади в основі своєї клінічної сутності є реакцією на пережиту надзвичайну (травматичну) ситуацію, яка може викликати стрес у будь-якої людини (наприклад, ситуації, що становлять безпосередню загрозу для життя, фізичної цілісності людини або осіб з його оточення, залучення людини або його близьких у катастрофічні ситуації глобального чи приватного характеру, такі як війни або дорожні аварії). Травматичні ситуації при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) – це подія або серія подій, що мають екстремальний, стресогенний характер і призводять до значного дистресу. Це можуть бути:

Прямі травмуючі події, такі як війни, природні катастрофи, важкі аварії, терористичні акти, сексуальне насильство або фізичне насильство.

Непрямі травматичні події, де людина стає свідком травматичних подій, таких як насильство, смерть або серйозна травма у близьких людей.

Робота з важкими наслідками катастроф, наприклад, для медичних працівників, рятувальників або пожежників [10].

Отже, посттравматичний стресовий розлад є психогенним, тобто розладом або патологічним станом, які виникають під впливом психотравмуючих чинників. Ці

захворювання не мають органічної причини (тобто видимих фізичних змін в органах або системах), а їх симптоматика є проявом впливу психіки [26].

Також слід зазначити, що потерпілими від ПТСР можуть бути не тільки безпосередньо травмовані особи, а й свідки подій, родичі, рятувальники, медичний персонал, пожежники, стаючи прихованими жертвами під час допомоги чи травмуючої події. Однак дослідницькі дані доводять, що далеко не у всіх людей, які переживають вплив однієї і тієї ж стресової події, розвивається ПТСР [17, с. 32-34].

Під час попередніх досліджень та опитувань серед лікарів-психіатрів і психологів психіатричної клініки Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України було встановлено, що на динаміку психологічного стану осіб, які перебували в зоні бойових дій і під впливом психотравмуючих факторів, впливають такі чинники:

1. *Спадковість* (за результатами анамнезу, наявність психічних захворювань у батьків або зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами може сприяти початку психічного захворювання, такого як шизофренія, шизофреноподібний розлад, біполярно-ефективний розлад або розвитку хімічної залежності в особистості).

2. *Індивідуальні особливості особистості* (на фоні надмірних психотравмуючих ситуацій можуть загострювати преморбідні риси особистості та акцентуації характеру, що призводить до чутливішого реагування на обставини та проблемні ситуації, які раніше сприймалися індивідом як звичайні).

3. *Тривалість* перебування під впливом психотравмуючих чинників. При тривалому впливі психотравмуючих чинників відбувається виснаження енергетичного потенціалу нервової системи, що призводить до зниження адаптивних можливостей особистості.

4. *Лікування та реабілітація*. Загальний період відновлення особистості значно залежить від своєчасного надання комплексної медико-психологічної допомоги. ПТСР може розвинути після латентного періоду, який починається після травми (від декількох тижнів до 6 місяців або навіть більше). Більшість людей із

діагностованим ПТСР зазначають, що симптоми проявляються через певний проміжок часу після повернення до мирного життя. Несвоєчасна допомога постраждалим може призвести до хронізації процесу та появи ускладнень [8].

Щодо видів посттравматичного стресового розладу, можна виділити три основні форми:

- *Гострий*, при якому симптоми з'являються протягом перших трьох місяців після травматичної події, але тривають менше цього періоду. Часто гострий стресовий розлад служить провісником розвитку гострого посттравматичного стресового розладу, що переходить до нього після закінчення місяця. Цей вид розладу характеризується зацикленістю на пережитому стресі, а також вегетативними та когнітивними порушеннями. Симптоми в цьому випадку проявляються найбільше виражено.

- *Хронічний*, що характеризується тривалістю симптомів понад 6 місяців. Симптоми зберігаються, але їх інтенсивність зменшується. Для хронічного посттравматичного стресового розладу характерні раптові атаки спогадів і образів, пов'язаних із травматичною ситуацією, нічні кошмари або безсоння, порушення уваги й пам'яті відносно травмуючих подій, а також зміни в психічній сфері, що проявляється наявністю до аутизації, агресії або самозвинувачення. (відчуття провини чи сором).

- *Відстрочений*, коли симптоми проявляються через більш ніж 6 місяців після травми [46].

Симптоматика цього розладу була вперше описана Абрамом Кардінером – американським психіатром та психоаналітиком, відомим своїми дослідженнями впливу травматичних подій на психіку людини. Він зробив значний внесок у вивченні посттравматичних станів, зокрема симптомів, що виникають у людей після пережитих стресових або травматичних подій. Отже, науковець виявляє такі основні прояви: 1) підвищена збудливість і дратівливість; 2) посилена реакція на раптові подразники; 3) постійна зосередженість на травматичних обставинах; 4)

відстороненість від реальності; 5) схильність до неконтрольованих агресивних реакцій [43].

Також, Л. Ф. Шестопалова та Д. М. Болотов, які є фахівцями в галузі медицини та психології, зробили внесок у вивчення клінічної картини ПТСР, описавши його варіанти та особливості проявів. Проаналізувавши особливості клінічної картини ПТСР, вони виділили кілька його варіантів: тривожний, астеничний, дисфоричний, іпохондричний, соматоформний та змішаний.

- *Тривожний* варіант ПТСР, який можна вважати найбільш класичним, проявляється підвищеним рівнем немотивованої тривоги, що нерідко супроводжує вегето-судинними загостреннями. Також характерними є нав'язливі переживання та виявлення, що відтворюють події, пов'язані з перенесеною пацієнтом психотравмуючою ситуацією.

- *Астеничний* варіант ПТСР характеризується перевагою відчуття слабкості та млявості, зниженим настроєм, байдужістю до колишніх життєвих інтересів, а також пасивністю та ангедоном у поведінці.

- *Дисфоричний* варіант ПТСР характеризується постійним відчуттям незадоволеності, дратівливості на тлі пригніченого настрою, яке супроводжується високим рівнем агресії та гніву, спрямованого на оточуючих.

- *Соматоформний* варіант ПТСР проявляється через витіснення травматичних переживань у «тілесну сферу», що проявляється у численних скаргах переважно соматичного характеру, таких як кардіологічні, церебральні, гастроентерологічні тощо.

- *Іпохондричний* варіант ПТСР характеризується більш вираженими соматичними скаргами, що поєднуються з вегетативно-судинними загостреннями на тлі депресивного настрою з вираженими тривожно-фобічними елементами, що переходить в унікальну поведінку людини [20, с. 136].

У науковій літературі також окреслені такі діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу:

А. Травматична подія. Людина пережила травматичну подію, при якій ситуація відповідала двом умовам: 1) людина була учасником або свідком ситуації, пов'язаної з реальною загибеллю, загрозою смерті, завданням серйозних тілесних пошкоджень або загрозою фізичної сили як щодо себе, так і інших людей; 2) вона відчула інтенсивний страх, безпорадність або сильний жах.

Б. Повторне переживання травми (інтрузії). Психотравматична подія стає для людини джерелом постійних переживань, які можуть проявлятися в одному або кількох із наступних станів: 1) повторювані нав'язливі та гнітючі спогади про травму, що виглядає у формі образів, думок та відчуттів. 2) Повторювані тривожні сновидіння, в яких відтворюються сцени пережитої події. 3) особа діє або відчуває себе так, наче знову реально переживає психотравматичну подію, що проявляється у вигляді відновлених переживань, ілюзій, галюцинацій або дисоціативних епізодів, схожих на «флешбеки» (образи минулого). 4) сильний психологічний дискомфорт у відповідь на внутрішні або зовнішні подразники, які асоціюються з психотравмуючою подією. 5) сильні фізіологічні реакції у відповідь на внутрішні або зовнішні стимули, що символізують або нагадують психотравмуючу подію.

В. Уникнення. Постійне уникання стимулів, пов'язаних з травмою, а також ряд загальних проявів, які не спостерігалися до травматичної події (потрібно не менше трьох із наступних симптомів):

- прагнення уникати думок, емоцій або розмов, пов'язаних з травмою;
- прагнення уникнути дій, місць або людей, які можуть нагадувати про травму;
- неможливість згадати деталі психотравми;
- виражене обмеження інтересів та бажання брати участь у будь-якій діяльності;
- відчуття відстороненості, закритості;
- зниження афективних реакцій, включаючи нездатність відчувати любов;

- почуття безнадійності (відсутність очікувань щодо шлюбу, дітей чи тривалості майбутнього життя).

Г. *Гіперактивація*. Постійні ознаки підвищеної збудливості, які не спостерігалися до травми, і які проявляються як мінімум двома з наступними симптомами: труднощі із засинанням або підтриманням сну; дратівливість або раптові спалахи гнів; проблеми з концентрацією уваги; підвищена настороженість; посилене короткочасне, загальне м'язове скорочення [16].

Також, за оновленою версією Міжнародної класифікації хвороб МКХ-11, ухваленою ВООЗ у 2019 році, яка використовується в медичній практиці, дослідженнях і системах охорони здоров'я в 194 державах світу, виділяються як окремі діагнози, з чітко визначеними критеріями для розмежування, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР). Різниця полягає у складності та тривалості симптомів, а також у впливі травматичного досвіду на різні аспекти життя людини.

Отже, у МКХ-11 посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) визначається за трьома основними діагностичними кластерами симптомів:

1. **Реакції повторного переживання травматичної події:** це включає небажані, нав'язливі спогади про травматичну подію, які можуть супроводжуватися яскравими образами, фізичними реакціями чи сильними емоційними переживаннями. Часто виникають флешбеки або нічні кошмари.

2. **Уникнення:** людина свідомо чи несвідомо намагається уникати думок, почуттів, ситуацій чи місць, які можуть нагадувати про травматичну подію.

3. **Симптоми підвищеної фізіологічної збудженості:** виявляється через постійний стан тривожності, гіперзбудливість, труднощі зі сном, підвищену настороженість, дратівливість або вибухи гніву.

Для діагностування ПТСР ці симптоми мають бути тривалими (зазвичай понад місяць) і спричиняти суттєве порушення в повсякденному житті людини.

Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) у МКХ-11 включає всі симптоми класичного ПТСР, а також додаткові кластери, які відображають глибокі та стійкі зміни у психічному функціонуванні людини внаслідок тривалого чи повторюваного травматичного досвіду.

Основні кластери КПТСР:

1. Симптоми ПТСР:

Реакції повторного переживання травми (наприклад, флешбеки, нав'язливі спогади, нічні кошмари).

Уникнення думок, спогадів чи зовнішніх подразників, що нагадують про травму.

Підвищена фізіологічна збудженість (наприклад, дратівливість, проблеми зі сном, постійна настороженість).

2. Порушення регуляції емоцій:

Труднощі з управлінням емоціями, що проявляються через сильний гнів, постійну тривожність, депресивний стан чи емоційну «відстороненість».

3. Негативна самооцінка:

Глибокі та стійкі відчуття власної неповноцінності, сорому чи провини, які можуть бути пов'язані з травматичним досвідом. Людина часто бачить себе «зламанною» чи нездатною до відновлення.

4. Порушення у взаємовідносинах:

Відчуження від інших людей, складнощі в побудові близьких чи довірливих стосунків. Часто виникає *відчуття ізоляції* чи нездатності отримувати підтримку від оточення [7].

При діагностуванні ПТСР чи КПТСР дуже важливим є тип травматичного досвіду (тобто характер та обставини події або серії подій, які викликали травму) та функціональний вплив (ступінь, до якого певний стан, розлад або травматичний досвід впливає на здатність людини ефективно виконувати повсякденні дії, підтримувати соціальні зв'язки, працювати і навчатися, а також зберігати емоційне благополуччя).

Отже, у збірнику МКХ-11 виділяють ще деякі ключові відмінності, окрім головних симптомів, між ПТСР та КПТСР.

Відмінності за типом травматичного досвіду:

ПТСР часто пов'язаний із одноразовими або короткочасними подіями (наприклад, аварія, напад, вибух).

КПТСР зазвичай виникає внаслідок тривалого чи повторюваного травматичного досвіду (наприклад, жорстоке поводження в дитинстві, домашнє насильство, катування, полон).

Відмінності за функціональним типом:

У ПТСР функціональні порушення здебільшого зосереджені навколо реакцій на травму.

У КПТСР травма має більш глибокий вплив на всі аспекти життя: самооцінку, емоції, стосунки, роботу та соціальне функціонування [7].

Отже, проведене нами теоретичне дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) дозволяє поглибити розуміння цього психічного стану та визначити основні аспекти його виникнення, розвитку та впливу на особистість. ПТСР є складним і багатовимірним розладом, який не лише відображає психологічну реакцію на травматичні події, але й має значний вплив на фізіологічне, емоційне та соціальне функціонування особистості.

У наукових працях та дослідженнях розглядається різниця у розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок та чоловіків, зокрема акцент робиться на соціальних, психологічних та біологічних факторах, що визначають характер проявів ПТСР у цих групах. Науковці стверджують, що у жінок ПТСР фіксують майже вдвічі частіше, ніж у чоловіків, оскільки чоловіки та жінки переживають і реагують на травматичні події по-різному. Також, чим старша людина, яка потрапляє в ситуацію воєнного конфлікту, тим вища ймовірність того, що вона опиниться в групі ризику, при цьому половина випадків ПТСР відноситься до вікової категорії старше 45 років [9, с. 15].

У зв'язку з цим подальше теоретичне дослідження психологічних проявів симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни, ми спрямовуємо на визначення та обґрунтування психологічних і фізіологічних характеристик, властивих жінкам саме цієї вікової категорії.

1.2 Психологічні особливості жінок середнього віку

Вікові періоди в житті людини розглядаються як система класифікації різних етапів розвитку, яка враховує фізіологічні, психологічні, соціокультурні та соціально-економічні особливості кожного періоду. Періодизація дорослого віку є психологічною та соціологічною концепцією, що сформувалася на основі аналізу спостережень і досліджень у сфері психології, медицини, соціології та інших наук. Ця концепція має кілька варіацій, і тому науковці та дослідники пропонують різні підходи до класифікації вікових етапів людини.

Ерік Еріксон, відомий американський психолог і психоаналітик, запропонував оригінальну концепцію розвитку особистості, яка ґрунтується на ідеї вікової періодизації. Згідно з його теорією, життя людини – це послідовність вікових стадій, кожна з яких пов'язана з певним психосоціальним конфліктом. Ці конфлікти виникають внаслідок взаємодії біологічних потреб індивіда та вимог соціального середовища. Успішне вирішення цих конфліктів сприяє розвитку здорової особистості, тоді як невдачі можуть призвести до формування певних психологічних проблем [1, с. 21].

Серед інших підходів до класифікації вікових періодів варто виділити теорію К. Юнга, Дж. Фаулера, Д. Левінсона та інших. Кожна з цієї концепції вирізняється унікальними особливостями та методологією визначення етапів вікового розвитку дорослих. Ці теорії знаходять застосування в наукових і практичних сферах для вивчення розвитку та життєвого шляху дорослої людини [19, с. 16].

Таким чином, згідно з дослідженнями, дорослий вік людини можна розглядати як низку послідовних етапів вікової періодизації, визначених за окремими критеріями. Відповідно з теорією Е. Еріксона, розвиток і формування особистості в

дорослому віці поділяються на три фази: рання дорослість (20–40/45 років), середня дорослість (40/45–60 років) і пізня дорослість (понад 60 років).

У нашому дослідженні ми розглянемо особливості вікового періоду жінок середнього віку, який охоплює відрізок життя від 40 до 60 років. У психології цей етап часто називають середньою дорослістю згідно з хронологічними визначеннями. Його характеризують як «вузловий пункт розвитку», «плато», «зрілість» або «вершину життя». У давньогрецькій традиції цей період позначався терміном «акме», що означає найвищий або рівень розквіту, символізуючи «тотожність собі». Період «тотожності собі» розглядається як відрізок життя, коли людина досягає самореалізації та розквіту, усвідомлює свою ціль, цінності та містить внутрішню гармонію, живучи у згоді з власним «я». У психології цей термін також використовується для опису процесу становлення особистості та самосвідомості у дорослому віці, коли людина досягає глибокого розуміння себе. Цей підхід обґрунтований тим, що на цьому етапі людина аналізує пройдений життєвий шлях із перспективи свого віку, оцінюючи вже пережите та визначаючи майбутні орієнтири [1].

Отже, віковий період від 40 до 60 років є значним етапом людського життя, який традиційно визначається як зрілість. Це тривалий відрізок часу, що починається після завершення бурхливих юнацьких років і передуює періоду старіння. Зрілість – це не просто фізіологічний стан, а скоріше комплексний феномен, що охоплює широкий спектр змін – від біологічних до соціальних. У цей період відбувається стабілізація багатьох аспектів життя: професійної діяльності, сімейних відносин, самосвідомості. Однак, зрілість – це не статичний стан, а динамічний процес, що характеризується постійним розвитком і самовдосконаленням. Досягнення зрілості, яке є комплексною характеристикою особистості, являє собою ключовий напрямок розвитку дорослої людини. Зріла особистість – це індивід із «розсудливим» інтелектом і збалансованими почуттями, здатний формувати та реалізовувати життєві цілі, спираючись на засвоєні суспільні цінності та володіючи необхідними навичками для їх втілення [26].

Отже, психологічна зрілість є одним із чинників, що визначають здатність людини ефективно управляти своїм життям. Вона сприяє розкриттю внутрішніх здібностей і талантів особистості, допомагаючи їй духовному та матеріальному зростанню. Концепція «психологічної зрілості» розглядається в роботах як вітчизняних, так і зарубіжних вчених, таких як С. Л. Рубінштейн, О. М. Леонтьєв, А. В. Брушлінський, Л. І. Божович, К. О. Абульханова-Славська, А. Маслоу, А. Адлер, Е. Фром, А. Бандура, Дж. Ротер, В. В. Москаленко та інші. В Україні над вивченням феномену психологічної зрілості працюють В. О. Руженков та В. В. Руженкова [11].

Грунтуючись на цих дослідженнях, можна зробити висновок, що середній вік людини можна вважати етапом достатньої стабільності фізичного та інтелектуального розвитку. Цей період характеризується поєднанням молодіжних прагнень і накопиченого життєвого досвіду, що створює унікальну динаміку. Тому його також називають «етапом зрілості».

Основні завдання етапу середньої дорослості, визначені Р. Хейвінгхерст у його дослідженнях, можна сформулювати наступним чином:

- Розвиток соціальної відповідальності та активної участі в суспільному житті.
- Досягнення та підтримка стабільного рівня життя.
- Вибір відповідних способів проведення вільного часу.
- Виховання та підтримка дітей і онуків з метою формування відповідальних, розвинених та щасливих дорослих.
- Зміцнення особистісного аспекту в стосунках у подружжі.
- Прийняття фізіологічних змін, що виникають з досягненням середнього віку.
- Налагодження справедливих взаємозв'язків з літніми батьками.
- Піклування про власне здоров'я через регулярний догляд та підтримку [13, с. 79].

Проблема кризи середини життя є порівняно новим аспектом. З одного боку, її можна розглядати як звичайний етап розвитку особистості. З іншого боку, через невизначеність вікових меж і різноманіття соціальних змін у цей період, її також можна трактувати як ненормативну, екзистенційну кризу. Дослідження психологічних аспектів кризи середини життя почалося в 70-х роках минулого століття, коли Д. Левінсон ввів термін «криза середини життя». Він описав цей перехідний етап, коли людина переосмислює свої цінності та досягнення, руйнує старі уявлення і формує нові прагнення та цілі [4, с. 15].

У своїх дослідженнях Р. С. Пек визначає основні труднощі, які можуть виникати під час розвитку дорослої особистості, особливо в контексті кризи середини життя. Серед них автор виділяє:

- Зміни в цінностях, зокрема визнання важливості мудрості порівняно з «фізичною сміливістю». Внаслідок зниження фізичних можливостей і погіршення здоров'я, людина схиляється до розумових активностей.
- Збалансування нових рівнів соціальних і сексуальних відносин у міжособистісних зв'язках, що включає ослаблення соціальних ролей. Це відбувається через соціальний тиск і біологічні зміни, коли фізіологічні зміни змушують переоцінювати стосунки, зосереджуючи увагу на взаємодії та дружбі, а не тільки на сексуальній близькості чи конкуренції.
- Важливість емоційної гнучкості для адаптації до психологічних змін, таких як розлучення, втрата друзів або зміна інтересів і звичок.
- Розумова гнучкість, що контрастує з розумовою жорсткістю, яка проявляється у прагненні дотримуватися певних правил життя та недовірі до нових ідей.
- Необхідність чіткого визначення власного «Я» в різних соціальних ролях, таких як «Я-професіонал», «Я-пенсіонер», «Я-сім'янин», «Я-керівник», «Я-зріла особистість».

- Відмова від надмірної ідентифікації з соціальними ролями, оскільки зміни в кар'єрі, вихід на пенсію або від'їзд дітей можуть викликати негативні емоції.
- Уміння не зосереджуватися надмірно на фізичному стані тіла, його недоліках, хворобах і болях, пов'язаних зі старінням організму [4, с. 79].

Хоча вікова періодизація має загальні риси, існують певні відмінності в переживанні цього етапу між жінками та чоловіками. У нашому дослідженні визначено віковий діапазон, що відповідає клімактеричному періоду (кризі тілесної ідентичності), а також враховує екзистенційну кризу (кризу особистісної ідентичності) та професійну кризу (кризу соціальної ідентичності) [24, с. 29].

Також в цей віковий період жінки часто стикаються з низкою проблем, таких як перші прояви старіння, особистісний розвиток та зміни в сімейному житті. Ознаки старіння можуть сприйматися як втрата жіночності та привабливості, а питання самореалізації нерідко оцінюється у контексті кризи середнього віку. Сім'я залишається важливою сферою життя, і жінки переживають через самотність, труднощі, пов'язані з дітьми, догляд за літніми батьками, а також ризик розлучення. Розрив стосунків або втрата кохання значно впливають на їхній емоційний стан, оскільки перспектива збереження сімейного життя є надзвичайно важливою.

Крім того, жінки частіше стикаються з рольовим напруженням і конфліктами. Наприклад, догляд за дітьми різного віку може створювати додаткове навантаження, а спроби гармонійно поєднати сімейні та професійні обов'язки нерідко призводять до конфліктів між цими ролями [40].

У віці від 45 до 50 року жінки зазвичай переживають клімактеричний період, який пов'язаний із припиненням репродуктивної функції. Цей етап, характерний для жінок 45–50 років, супроводжується віковими та патологічними змінами в органах і тканинах, що можуть спричинити розвиток різноманітних захворювань. Серед них – доброякісні та злоякісні пухлини, психічні розлади, неврози, ожиріння, порушення роботи ендокринних залоз, вегетативно-судинні порушення тощо.

Природний клімактерій зазвичай відбувається поступово, і деякі його наслідки можуть проявлятися лише в похилому віці. Водночас патологічний перебіг цього періоду, який спостерігається у кожної другої або третьої жінки, часто супроводжується більш вираженими симптомами. До них належать розлади сну, головний біль, прискорене серцебиття, запаморочення, коливання артеріального тиску, а іноді й непритомність [13, с. 83].

Аналізуючи особливості середнього віку у жінок, можна зробити висновок, що цей період є одним із найскладніших у їхньому житті. Незважаючи на досягнення в особистісному зростанні, кар'єрі чи інших сферах, жінки в цьому віці стають більш вразливими як у фізичному, так і в емоційному аспектах. У воєнний час жінки середнього віку стикаються з додатковими викликами, зокрема, сімейний тиск, економічні труднощі, загроза безпеці, психологічний стрес і підвищена відповідальність, пов'язана з материнством. Це значно збільшує емоційне та фізичне навантаження, впливаючи на їхню здатність протистояти стресу, що значно посилює ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) під час війни. У зв'язку з цим, у наступному параграфі буде розглянуто ключові фактори, що визначають впливають на розвиток симптомів ПТСР у жінок середнього віку в умовах воєнного стану.

1.3 Фактори прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних подій

У часи воєнного конфлікту в Україні проблема стресостійкості особистості та ризик формування симптомів ПТСР набуває все більшої актуальності в наукових дослідженнях і практичній психології. У складних умовах сучасного життя кожен українець переживає стрес і тривогу щодо свого життя, долі родини та майбутнього країни. Реакція на стресову ситуацію є індивідуальною, але зазвичай супроводжується внутрішнім напруженням, страхом і пригніченістю. Ці фактори суттєво впливають на психологічний стан особистості та можуть викликати проблеми з психічним здоров'ям та формування деяких симптомів. Водночас, емоційний і

психічний стан людини значною мірою залежить від її здатності до стресостійкості та рівня особистісного розвитку [10].

Термін «фактор», як свідчить Вікіпедія, походить від латинського *factor*, що означає «той, що робить», тобто це умова або рушійна сила будь-якого процесу. Таким чином, наше дослідження буде спрямоване на вивчення умов та механізмів, на підставі яких формуються і проявляються симптоми травматичного розладу у жінок середнього віку під час війни.

Згідно з висновками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), майже всі люди, які пережили надзвичайні ситуації, катастрофи чи війни, стикаються з психологічним стресом, який у такому випадку має тривалий вплив і зменшується лише повільно, з часом. У періоди гуманітарних криз рівень поширеності психічних розладів, зокрема депресії та тривожності, збільшується більш ніж удвічі.

Тягар психічних розладів серед людей, які постраждали від конфліктів, зокрема воєн, є надзвичайно високим. Аналіз 129 досліджень, проведених експертами ВООЗ у 39 країнах, показав, що серед осіб, які пережили війну чи інший конфлікт протягом останніх 10 років, у кожного п'ятого (22%) діагностують один із психічних розладів, таких як депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад, біполярний розлад чи шизофренія [36, с. 384]

Одним із найбільш значущих наслідків війни є її вплив на психічне здоров'я не тільки військових, але й мирного населення. Загальні тенденції, виділені в дослідженнях стану психічного здоров'я під час воєн, свідчать про підвищення захворюваності та розширення психічних розладів. При цьому жінки виявляються більш уразливими та численні від цих розладів сильніше, ніж чоловіки [44].

Огляд наявних досліджень показує, що близько 8% чоловіків і 20% жінок, які пережили травматичні події, мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [23].

Розвиток ПТСР залежить від ряду чинників: індивідуальних особливостей людини, значущості ситуації для неї, біопсихічних характеристик (включаючи нервову систему, хвороби та вікові особливості), досвіду перебування в екстремальних умовах, наявності психічних травм, схильності до залежної поведінки,

а також підтримки близьких людей. У жінок ПТСР діагностується майже вдвічі частіше, ніж у чоловіків. Однак чоловіки в умовах стресу частіше зловживають алкоголем, що може призвести до розвитку наркологічних проблем. Крім того, старші люди, які пережили воєнні конфлікти, мають вищу ймовірність потрапити до групи ризику, і близько половини випадків ПТСР припадає на вікову групу старше 45 років.

Отже, розглянемо основні чинники, що впливають на прояв симптомів ПТСР у жінок середнього віку:

1. Інтенсивність та характер пережитого травматичного досвіду:

безпосередня участь у бойових діях, бомбардуваннях або обстрілах, свідчення насильства, загибелі близьких або руйнування домівки безпосередньо впливають на розвиток психічних розладів, пережите фізичне або сексуальне насильство внаслідок війни, тривале перебування в зоні бойових дій або вимушена евакуація.

2. Індивідуальні психологічні особливості:

рівень емоційної чутливості та схильність до тривожності, наявність попередніх психотравм або психологічних розладів, здатність до адаптації та рівень стресостійкості.

3. Соціальне оточення та підтримка:

наявність підтримки з боку сім'ї та друзів, соціальна ізоляція, втрата близьких або вимушена розлука, відсутність доступу до психологічної допомоги та підтримки ресурсів.

4. Фізіологічні та гормональні чинники:

вікові зміни в організмі, зокрема гормональні коливання в період перименопаузи та менопаузи, що можуть посилювати реакцію на стрес, хронічні захворювання, які ускладнюють психологічне відновлення, порушення сну, виснаження та зниження загального фізичного здоров'я.

5. Соціально-економічні умови:

втрата роботи, фінансова нестабільність та невизначеність майбутнього, проблеми з житлом через вимушене переселення або руйнування майна,

відсутність доступу до медичних послуг та психологічної реабілітації [32, с. 5].

Отже, підсумовуючи дослідження цього розділу, ми можемо зробити висновок, що прояви симптомів ПТСР у жінок середнього віку під час війни є результатом взаємодії численних факторів, які охоплюють як особистісні особливості, так і зовнішні умови. Розуміння цих чинників дозволить не тільки ідентифікувати жінок, які потребують допомоги, але й сприяти розробці ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації.

Подальші емпіричні дослідження будуть зосереджені на аналізі взаємозв'язку характеристик особистісних рис, емоційного стану та рівня тривожності з розвитком симптомів ПТСР у жінок середнього віку під час війни.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Теоретичний аналіз прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних подій дозволив нам встановити, що:

1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним, багатокомпонентним психічним розладом психогенного походження, що виникає внаслідок дії екстремально травматичних подій і має як психологічні, так і соматичні прояви. Його симптоматика охоплює повторне переживання травми (флешбеки, нав'язливі сновидіння), уникнення травматичних стимулів, гіперзбудливість, афективні та когнітивні порушення.

2. У сучасних класифікаціях (DSM-5 та МКХ-11) ПТСР визнано окремою психодіагностичною категорією. Згідно з діагностичними критеріями, симптоми групуються у кластери:

А — травматична подія;

Б — повторне переживання;

В — уникнення;

Г — гіперактивація.

3. Історія наукового вивчення ПТСР проходила шлях від описів у контексті військових неврозів до сучасних моделей клінічної діагностики, що враховують як психодинамічні, так і когнітивно-поведінкові аспекти. Значний внесок у розвиток концепції зробили як українські, так і зарубіжні вчені (А. Кардинер, М. Горовіц, С. Фіглі, О. Блінов, Д. Романовська та інші).

4. Симптоми ПТСР включають:

- нав'язливі спогади (флешбеки);
- уникання травмуючих стимулів;
- порушення сну, підвищену тривожність і дратівливість;
- депресивні прояви;
- соціальну дезадаптацію та когнітивні порушення.

5. Існують різні форми ПТСР: *гострий, хронічний, відстрочений*; а також клінічні варіанти – *тривожний, астеничний, дисфоричний, соматоформний, іпохондричний та змішаний*.

6. Згідно з класифікацією МКХ-11, виділяють два типи розладу – *ПТСР* та *комплексний ПТСР* (КПТСР). Окрему увагу заслуговує **комплексний ПТСР (КПТСР)** – як форма з глибшими змінами психічного функціонування, включаючи порушення регуляції емоцій, негативну самооцінку та труднощі в міжособистісних стосунках.

7. Згідно з віковою періодизацією, середній вік у жінок є перехідним етапом між молодістю та старістю, що визначається як «ключовий період розвитку». Цей життєвий етап поєднує риси зрілості та прояви кризи середини життя. І саме ці психологічні особливості у жінок середнього віку (40–60 років) формують сприятливий фон для виникнення ПТСР.

8. Жінки середнього віку є вразливою групою щодо розвитку ПТСР також через поєднання змін в ідентичності, професійній діяльності, фізіологічному стані (включаючи менопаузу) та соціальних ролях, а саме: гормональні зміни; високе

емоційне навантаження; життєві кризи (втрата близьких, зміни в родині, рольове напруження); соціальні очікування та обмеження власних ресурсів.

9. У воєнних умовах психотравмуючий вплив зростає через:

- безпосередню участь у подіях (обстріли, евакуація, втрата житла чи близьких),
- спостереження насильства або руйнування,
- соціальну ізоляцію та нестачу ресурсів підтримки.

10. Основні фактори розвитку ПТСР у жінок середнього віку:

- характер і тривалість травматичного досвіду;
- психологічна вразливість та рівень стресостійкості;
- наявність соціальної підтримки;
- стан фізичного здоров'я, вікові зміни;
- соціально-економічні труднощі (переселення, втрата роботи, обмежений доступ до медичних послуг).

11. Отримані теоретичні результати є підґрунтям для подальших емпіричних досліджень симптомів ПТСР, які враховують вікові, статеві, соціальні та біопсихологічні особливості жінок у період воєнних дій.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ СИМПТОМІВ ПТСР У ЖІНОК СЕРЕДЬНОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ПОДІЙ

Методичне дослідження прояву симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок середнього віку внаслідок війни має критичне значення як для наукової спільноти, так і для практичної психології. Такі дослідження дозволяють виявити, як проявляються симптоми стресового розладу саме у цій демографічній групі та як вікові й гендерні особливості впливають на перебіг розладу. Аналіз прояву симптомів дає можливість удосконаленню діагностичних підходів і розробці цільових терапевтичних методик, враховуючи фізіологічні та психосоціальні особливості жінок середнього віку під час війни.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки програм соціальної адаптації, реабілітації та психоемоційної підтримки жінок, які зіткнулися з воєнними діями. Тому в другому розділі нашого дослідження було обґрунтовано методологічні підходи дослідження прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни, визначено психологічний інструментарій, спрямований на аналіз взаємозв'язку між психічним станом, рівнем тривожності та проявами симптомів ПТСР у цій демографічній групі.

2.1. Відбір та обґрунтування методичного інструментарію

Емпіричне дослідження прояву симптомів посттравматичного стресового розладу у жінок, які переживають воєнні дії, вимагають деякі умови під час підбору методичного інструментарію. Від точності, валідності та надійності використаних методів залежить якість отриманих даних, що впливає на подальші висновки, розробку терапевтичних програм та соціальну підтримку.

Дослідження прояву симптомів посттравматичного стресового розладу неможливо без детального аналізу психічних станів людини. Це пояснюється тим, що симптоми ПТСР проявляються через складну сукупність емоційних, когнітивних та фізіологічних змін, які можуть мати як короткочасний, так і тривалий характер. Психічний стан людини є відображенням її внутрішніх переживань, рівня тривоги,

стресу та адаптаційних можливостей. Тому дослідження психічних станів дає змогу визначити фактори, що можуть підвищити ризик розвитку симптомів ПТСР у жінок середнього віку під час війни, зокрема попередні психічні розлади, індивідуальні особливості та соціальні чинники.

Тривожність є однією з центральних складових ПТСР. Вона може проявлятися у вигляді постійного занепокоєння, страху, панічних атак та відчуття небезпеки. Оцінка рівня тривожності допомагає визначити ступінь вираженості симптомів, що є ключовим для діагностики ПТСР.

Визначення рівня тривожності дозволяє зрозуміти, наскільки жінка схильна до стресових реакцій і як швидко вона реагує на травматичні ситуації. Жінки з високим рівнем тривожності можуть мати більшу вразливість до розвитку ПТСР після пережитих травм.

Слід зазначити, що дані, отримані в результаті емпіричних досліджень, є дуже цінними для фахівців і сприяють більшому розумінню проявів симптомів ПТСР у жінок, допомагають своєчасно діагностувати такі стани і розробляти ефективні методи лікування та підтримки.

Отже, дослідження психічних станів та рівня тривожності у жінок є важливим у визначенні розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок з кількох причин:

- жінки з підвищеним рівнем тривожності та нестабільним психічним станом можуть бути більш чутливими до стресових ситуацій, що збільшує ймовірність розвитку симптомів ПТСР;
- підвищений рівень тривожності та інші психічні особливості можуть викликати порушення психічного здоров'я, зокрема депресію, що, в свою чергу, може збільшити ризик розвитку симптомів ПТСР після стресових подій;
- дослідження психічних станів може допомогти виявити індивідуальні особливості та фактори ризику, які збільшують вразливість до ПТСР після пережитих воєнних подій;

- оцінка рівня тривожності та психічного стану може допомогти визначити осіб (жінок) з підвищеним ризиком розвитку симптомів ПТСР, що дає змогу своєчасно надавати їм необхідну підтримку та допомогу [9, с. 28-31].

Таким чином, для проведення емпіричного дослідження прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку, які пережили воєнні події, були обрані такі методики:

1. Методика Г. Айзенка: «Діагностика психічних станів».
2. Методика Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна: «Оцінка рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності».
3. Методика І.О. Котеньова: «Визначення травматичного стресу».

Обрані методики формують комплексний набір інструментів для оцінки прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку під час війни. Цей набір охоплює ключові аспекти, викладені в теоретичному розділі: емоційні реакції, ставлення до різних ситуацій і типові поведінкові реакції; оцінку рівня тривожності у відповідь на певні подразники, аналіз рівня травматичного стресу, що впливає на розвиток симптомів ПТСР через пережитий досвід загрози життю, небезпеки та насильства під час воєнних дій в Україні. Отже, комплексний підхід до дослідження розвитку і прояву симптомів ПТСР у жінок під час війни є запорукою успішної реабілітації жінок, які пережили війну, їхнього лікування та соціальної інтеграції, що сприяє не лише покращенню стану окремих осіб, а й загальному зміцненню суспільного благополуччя.

2.1.1. Методика Г. Айзенка «Діагностика психічних станів»

Методика Ганса Айзенка «Діагностика психічних станів» є важливим інструментом у дослідженні емоційного та психічного стану особистості, особливо в контексті стресових ситуацій, зокрема воєнних дій. Ця методика відзначається високою надійністю та вже тривалий час застосовується у психологічних дослідженнях. Вона ґрунтується на стандартизованих питаннях і шкалах, що гарантує узгодженість та стабільність отриманих результатів. Методика Айзенка забезпечує отримання об'єктивних даних про психічні стани, оскільки ґрунтується на конкретних

твердженнях, на які відповідають респонденти. Її можна використовувати в різних умовах та серед різних груп населення, що дає змогу отримати широкий аналіз психічних станів у різних соціальних і культурних контекстах. Методика дозволяє дослідити такі важливі параметри, як рівень тривожності, депресивні прояви, емоційну нестабільність, імпульсивність і загальну адаптивність людини. Така картина допомагає комплексно оцінити психічний стан людини. Таким чином, методика Айзенка для самодіагностики психічних станів є цінним інструментом для аналізу та оцінки психологічного стану жінок середнього віку у воєнних умовах.

Методика включає 40 тверджень, що охоплюють різні аспекти, такі як тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність. Респондентам пропонується оцінити кожне твердження, визначаючи його відповідність їхньому поточному стану. Для цього використовується шкала оцінювання від 0 до 2 балів:

0 балів – якщо твердження зовсім не відповідає їхньому стану;

1 бал – якщо твердження частково відповідає їхньому стану або проявляється зрідка;

2 бали – якщо твердження точно описує їхній стан і спостерігається регулярно.

Після завершення оцінювання всіх тверджень відповіді респондентів підсумовуються окремо для кожного виміру психічного стану, зокрема тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Отримані результати аналізуються з метою визначення рівня кожного з цих показників. Зазвичай застосовуються стандартні критерії, за якими рівні класифікуються як низькі, середні або високі:

0–7 балів – низький рівень;

8–14 балів – середній рівень;

15–20 балів – високий рівень.

Оцінка психічного стану жінок за методикою Г. Айзенка «Діагностика психічних станів» відіграє важливу роль у періоди стресу, особливо під час воєнних дій. Вона дає можливість вчасно виявити потенційні проблеми та запобігти їх загостренню. Усвідомлення свого психічного стану сприяє плануванню ефективних лікувальних і підтримуючих заходів, спрямованих на зниження рівня стресу та

збереження психічного здоров'я. Крім того, така оцінка допомагає жінкам краще розуміти власні емоції, думки та реакції на стресові ситуації, що сприяє самопізнанню. Вона також дозволяє розробити ефективні стратегії подолання стресу, допомагаючи мінімізувати його негативний вплив і підтримувати психологічну рівновагу.

Методика Г. Айзенка для самодіагностики психічних станів є науково обґрунтованим і практично значущим інструментом оцінювання таких психологічних параметрів, як тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність. Її стандартизована структура, простота використання та валідність забезпечують надійність отриманих результатів, що особливо важливо у дослідженнях психічного стану жінок середнього віку в умовах підвищеного стресу, спричиненого воєнними діями. Методика дозволяє не лише виявити рівень вираженості окремих психічних станів, а й виступає інструментом первинної психодіагностики, що може слугувати основою для подальших психокорекційних заходів [9, с. 39]. Разом із тим, ефективне використання даної методики потребує врахування її обмежень та застосування у поєднанні з іншими психодіагностичними інструментами. У подальших підрозділах буде представлено аналіз додаткових методів, що сприяють комплексному вивченню прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку в умовах збройного конфлікту.

2.1.2. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна

Шкала для вимірювання ситуативної та особистісної тривожності, створена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним, вважається однією з найвідоміших психологічних методик для оцінювання тривожних станів. Її особливість полягає в тому, що вона дозволяє окремо виявити рівень ситуативної (реактивної) і особистісної тривожності, що є ключовим для точного аналізу чинників, які впливають на підвищення тривожності.

Ця методика складається з двох окремих шкал, по 20 запитань у кожній. Перша з них спрямована на оцінювання ситуативної (реактивної) тривожності, яка виникає

у відповідь на конкретні обставини, зокрема стресові події, як-от війна. Друга шкала дозволяє визначити рівень особистісної тривожності, яка є стійкою індивідуальною рисою. Кожне запитання передбачає чотири варіанти відповіді, що відображають інтенсивність тривожного стану в поточний момент [34, с. 17].

Під час аналізу відповідей на запитання першої шкали використовується чотирибальна шкала оцінювання: від 1 до 4, де 1 відповідає «відсутності тривожності», а 4 – «високому рівню тривожності». Така сама система застосовується і при інтерпретації результатів другої шкали: 1 бал свідчить про «майже повну відсутність тривожності», а 4 бали – про її «дуже високий рівень».

Методика Спілбергера-Ханіна характеризується високою надійністю та валідністю, що підтверджується широкою нормативною базою, сформованою на основі численних емпіричних досліджень. Її перевагою є також універсальність: вона придатна для оцінювання рівня тривожності у представників різних вікових категорій і при різноманітних захворюваннях, що дає змогу ефективно застосовувати її в різних галузях психологічної практики.

Однією з ключових особливостей даної методики є наявність запитань, які охоплюють як фізіологічні прояви тривожності, так і її психологічні компоненти. Такий підхід забезпечує цілісну оцінку рівня тривожності, дозволяючи сформулювати більш повне уявлення про характер і особливості її прояву [9, с. 45].

Методика оцінки рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності, розроблена Ч. Д. Спілбергером і Ю. Л. Ханіним, є валідним психодіагностичним інструментом, який дозволяє всебічно дослідити феномен тривожності. Завдяки наявності двох окремих шкал ця методика дає змогу розрізнити тимчасові емоційні реакції на стресові ситуації (реактивну тривожність) та стійкі особистісні риси (особистісну тривожність), що значно розширює її діагностичні можливості. У межах нашого дослідження методика Спілбергера-Ханіна є ключовою для аналізу взаємозв'язку між рівнем тривожності та наявністю симптомів посттравматичного стресового розладу у жінок, які перебувають у стані психоемоційного напруження внаслідок воєнних подій.

У межах нашого дослідження ми ставимо за мету з'ясувати взаємозв'язок між рівнем особистісної та ситуативної тривожності та формуванням симптомів посттравматичний стресовий розлад у жінок середнього віку під час війни. Тому наступним інструментом, який ми застосуємо, стане «Опитувальник травматичного стресу» І. О. Котеньова.

2.1.3. Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова

Опитувальник травматичного стресу, автором якого є І. О. Котеньов, є дієвим інструментом для виявлення проявів травматичного стресу у осіб, що зазнали психотравмуючих подій. І. О. Котеньов — видатний український вчений, доктор психологічних наук, професор, фахівець у сфері клінічної та медичної психології. Він вважається провідним експертом у питаннях травматичного стресу та психологічної реабілітації людей, які пережили серйозні психотравмуючі ситуації. Його наукові праці включають понад 150 публікацій та п'ять монографій, присвячених проблематиці травматичного стресу. Основна увага в його дослідженнях зосереджена на розробці і впровадженні ефективних методів психологічної підтримки для військовослужбовців, біженців та жертв насильства.

Даний опитувальник побудований на поєднанні теоретичних основ клінічної психології, елементів міжнародно визнаних методик (СМІЛ («Складові травматичного стресу — методика індивідуальних лічильників») та опитувальника дисоціації DIS-Q (J. Vanderlinden, 1993) і авторського підходу І. О. Котеньова. Однією з ключових особливостей цього опитувальника є розподіл симптоматики ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM, які згруповано в п'ять основних показників:

- А – подія травми – цей показник фіксує наявність пережитої події, яка за своїм змістом могла спричинити розвиток ПТСР;
- В – повторне переживання травми (інтрузії) – відображає симптоми нав'язливого повторного відтворення травматичної події в свідомості (флешбеки, сни);

- С – уникання – цей критерій охоплює симптоми психологічного або поведінкового уникання всього, що асоціюється з травмою;
- D – гіперактивація – показник, який відображає підвищену фізіологічну збудливість та неспокій, які супроводжують ПТСР;
- F – дистрес, психосоціальне функціонування – цей показник стосується загального рівня дистресу та впливу симптомів ПТСР на повсякденне життя [2, с. 139].

Структурно опитувальник складається з короткої інструкції та 110 тверджень. Респондентам пропонується оцінити кожне з них за 5-бальною шкалою Лайкерта — від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно» — відповідно до їх власного емоційного та психологічного стану.

Із загальної кількості питань 56 є «ключовими» та спрямовані на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу. Він побудований на поєднанні теоретичних основ клінічної психології, елементів міжнародно визнаних методик і авторського підходу І. О. Котеньова. Однією з ключових особливостей цього опитувальника є розподіл симптоматики ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM, які згруповано в п'ять основних показників: Одними з головних пунктів виділяються субшкали, що відображають окремі симптоматичні прояви, які і є метою нашого дослідження: гіперзбудження, уникнення, нав'язливі спогади (інтрузії), дистрес.

Значення кожної субшкали розраховується окремо (шляхом сумування балів за відповідними пунктами).

Додатково виділена «шкала депресії», яка складається з 15 пунктів, а ще 9 пунктів формують три контрольні шкали — «шкала брехні», «агривації» та «дисимуляції». Вони дозволяють визначити рівень щирості респондентів, а також виявити тенденцію до перебільшення симптомів або, навпаки, до їх приховування.

Процес проходження тестування за цією методикою зазвичай займає від 15 до 20 хвилин. У результаті обробки відповідей визначаються значення окремих субшкал, зокрема ПТСР та ГСР. Інтерпретація результатів здійснюється як за сумарними

показниками, так і за окремими шкалами.

Опитувальник травматичного стресу, розроблений І. О. Котеньовим, є унікальним інструментом для виявлення рівня травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у людей, які зазнали психотравмуючих подій. Його ефективність підтверджена науковими дослідженнями, а сам інструмент отримав широке визнання та застосування у практиці фахівців різних країн. Таким чином, цінність опитувальника полягає в його науковій обґрунтованості та здатності забезпечити об'єктивну діагностику стану пацієнта, що, у свою чергу, дозволяє створити більш ефективний план подальшої психологічної допомоги [2, с. 134].

Застосування цього інструменту у межах дослідження дає змогу отримати глибоку, якісну та кількісну верифіковану інформацію про стан жінок, які зазнали впливу травматичних чинників під час воєнних подій, і сприяє подальшому плануванню індивідуалізованих психокорекційних стратегій.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Методологічний інструментарій є невід'ємною складовою будь-якого наукового дослідження, особливо коли йдеться про вивчення психологічних особливостей проявів симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок середнього віку в умовах війни.

1. **Значення методичного забезпечення:** саме від правильно підбраного комплексу методик залежить точність, надійність і валідність отриманих результатів. Методичні засоби визначають напрям дослідження, формують його цілісну картину, забезпечують послідовність дій дослідника та дозволяють охопити основні психологічні чинники, пов'язані з предметом вивчення.

2. **Формування методичного комплексу:** для реалізації поставлених завдань були ретельно обрані та обґрунтовані діагностичні методики, які дозволяють дослідити ключові аспекти проявів симптомів ПТСР у жінок, а саме:

- оцінку психоемоційного стану;

- визначення схильності до тривожних і депресивних станів;
- вимірювання рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності;
- виявлення ступеня прояву симптомів ПТСР.

3. **Теоретичне підґрунтя дослідження:** проведення емпіричного етапу стало можливим після ґрунтового теоретичного аналізу актуальних наукових джерел, концептуальних підходів до ПТСР та особливостей методичного інструментарію, що створило надійне підґрунтя для практичного дослідження.

4. **Структура обраних методик:** методичний інструментарій задає вектор дослідження, визначає межі аналізу та забезпечує глибину вивчення психологічних особливостей стресостійкості. До складу обраних методик входять:

- **Методика Айзенка**, яка фіксує загальну емоційну нестійкість, тривожність, фрустрацію, агресивність та ригідність;
- **Шкала Спілбергера–Ханіна**, що відображає різницю між ситуативною та особистісною тривожністю;
- **Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова**, який дозволяє комплексно оцінити прояви посттравматичного реагування.

5. **Комплексний підхід до діагностики:** кожна з обраних методик взаємодоповнює інші, що забезпечує комплексне охоплення досліджуваного явища. Це створює підґрунтя для аналізу факторів стресостійкості в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, актуалізованого війною.

6. **Концептуальне значення методик:** методичний матеріал окреслює об'єкт і предмет дослідження, формує логіку збору, аналізу й інтерпретації емпіричних даних. Надійність та валідність інструментів безпосередньо впливають на достовірність висновків та можливість їх практичного застосування.

7. **Фокус дослідження:** у межах дослідження акцент зроблено на оцінці:

- особистісних і ситуативних реакцій;
- рівня внутрішньої напруги;

- схильності до негативних психоемоційних станів;
- наявності симптомів посттравматичного стресового розладу.

8. **Важливість комплексної оцінки:** застосовані методики забезпечують охоплення як кількісних, так і якісних характеристик психоемоційного стану, що дозволяє точно окреслити індивідуальні варіації у стресових реакціях і виявити потенційні вектори психологічної підтримки.

9. **Перехід до емпіричного етапу:** після завершення теоретичного аналізу відкривається можливість переходу до емпіричного дослідження проявів стресостійкості серед жінок середнього віку в умовах воєнних подій 2022–2024 років.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ СИМПТОМІВ ПТСР У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ПОДІЙ

У третьому розділі представлені результати емпіричного аналізу, отримані при застосуванні відібраних психодіагностичних методик, спрямованих на дослідження проявів симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни. Проведене дослідження дало змогу отримати об'єктивні дані щодо доцільності використання обраних методик, а також визначити кількісні та якісні характеристики психоемоційного стану респонденток.

Зокрема, було здійснено аналіз рівнів прояву різних психічних станів у жінок середнього віку, також представлені кількісний і якісний аналіз щодо прояву ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності у жінок даної категорії. Окрему увагу приділено оцінці наявності та ступеня вираженості посттравматичного стресового розладу, а також поширеності і характеру симптомів ПТСР у даній категорії жінок, що виникає як реакція на пережиті події в умовах воєнного конфлікту.

3.1. Організація емпіричного дослідження прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни

На основі теоретичного дослідження було визначено основні критерії, показники та рівні прояву симптомів ПТСР, що дало змогу сформулювати програму емпіричного дослідження психологічних особливостей прояву симптомів даного розладу у жінок середнього віку. У цьому розділі детально розглянуто кроки, методи та процедуру проведення дослідження. З метою досягнення поставлених завдань дослідження здійснювалося поетапно.

На першому етапі теоретичного дослідження було обґрунтовано актуальність вивчення психологічних проявів симптомів ПТСР у жінок, особливо в умовах воєнного часу.

На другому етапі було визначено та аргументовано вибір психодіагностичних методик для оцінювання рівня психоемоційних станів, зокрема реактивної та

особистісної тривожності, які впливають на формування а також рівень вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

На третьому етапі було сформовано вибірккову групу з 50 жінок віком від 40 до 60 років, які взяли участь в опитуванні за трьома обраними психодіагностичними методиками. Усі респондентки – жінки, які на момент початку повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року перебували в Україні та продовжують проживати на її території. Для забезпечення більшої об'єктивності результатів в дане опитування були включені учасниці з різних регіонів країни, а саме: Дніпровська (5), Запорізька (1), Київська (23), Вінницька (2), Хмельницька (4), Миколаївська (1), Львівська (3), Донецька (2), Харківська (1), Луганська (2), Чернігівська (1), Черкаська (3), Тернопільська (1), Житомирська (1) області.

У наступному підрозділі буде здійснено кількісний та якісний аналіз результатів дослідження психологічних особливостей прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни.

3.2 Аналіз рівня прояву різних психічних станів у жінок середнього віку внаслідок війни

Методика самооцінки психічних станів Г. Айзенка є важливим інструментом у дослідженні психологічних проявів симптомів ПТСР у жінок середнього віку, оскільки дає змогу оцінити такі психоемоційні стани, як тривожність, агресивність, фрустрація та ригідність, що часто супроводжують перебіг посттравматичного стресового розладу. Її застосування дозволяє виявити емоційні реакції на травматичний досвід та визначити ступінь психічної напруги, яка також може впливати на інтенсивність прояву симптомів ПТСР.

Отже, в таблиці 3.2.1 представлено результати емпіричного дослідження психічних станів жінок середнього віку ($n = 50$), що було проведено з використанням методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка. Оцінювалися чотири основні показники: *тривожність, фрустрація, агресія та ригідність*.

Таблиця 3.2.1.

Результати дослідження прояву психічних станів у жінок

n-50

Психічні стани	Рівні прояву психічних станів					
	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
Тривожність	10	33	17	57	3	10
Фрустрація	12	40	15	50	3	10
Агресія	19	63	10	33	1	3
Ригідність	8	27	19	63	3	10

Для кращого сприйняття та аналізу результатів, дані представлено графічно, на рисунку 3.2.1.

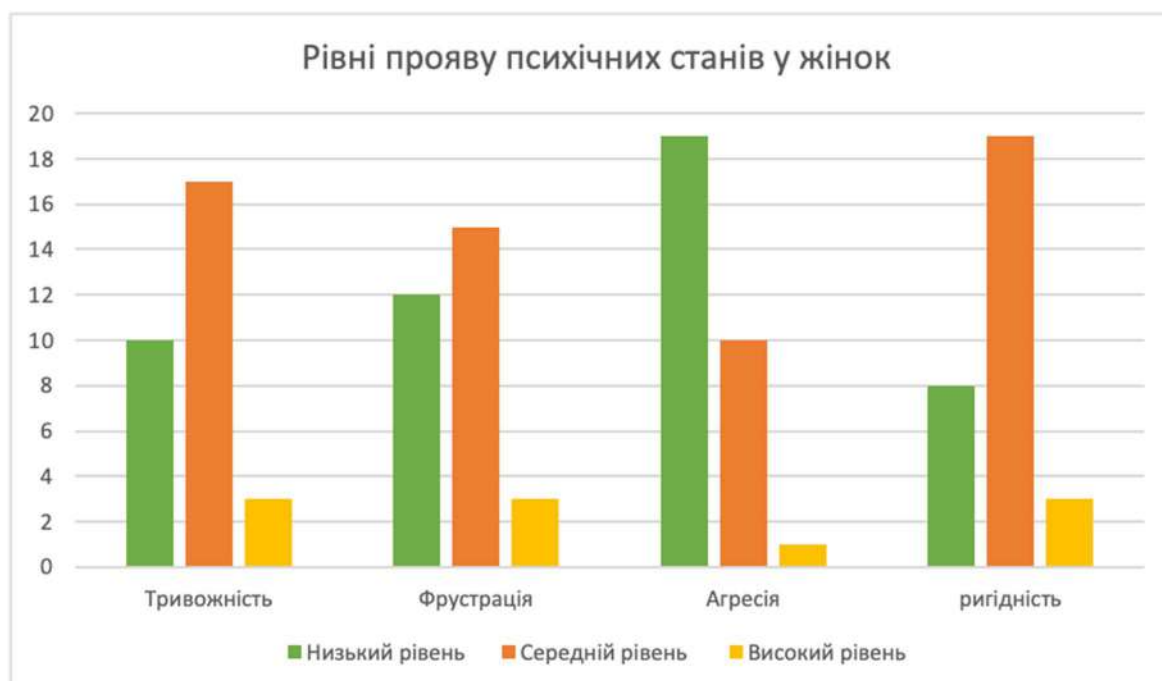


Рис. 3.2.1 Рівні прояву психічних станів у жінок

Аналіз емпіричних даних демонструє, що **найбільша частка опитаних жінок характеризується середнім рівнем тривожності — 57 % (17 осіб)**. Такий показник може свідчити про **наявність поміркованої емоційної напруги**, що є типовим у контексті соціальної нестабільності, невизначеності майбутнього чи пережитого стресу. При цьому **33 % (10 осіб)** мають **низький рівень тривожності**, що може вказувати як на **ефективні копінг-стратегії**, так і на **можливе заперечення або витіснення тривожних переживань**. Натомість лише **10 % (3 особи)** демонструють **високий рівень тривожності**, що потенційно сигналізує про **значне психоемоційне напруження** та ймовірність наявності **симптомів тривожних розладів**, включно з ризиком ПТСР.

Фрустраційна реакція у значної кількості жінок також має **середній рівень вираженості — 50 % (15 осіб)**, що свідчить про **помірковане емоційне реагування на ситуації перешкод або незадоволених потреб**. Це може бути проявом адаптивної гнучкості або, навпаки, **затриманої реакції на хронічне напруження**. У 40 % (12 осіб) зафіксовано **низький рівень фрустрації**, що часто інтерпретується як **стійкість до стресу**, хоча іноді може бути ознакою **емоційного пригнічення**. Високий рівень фрустрації (10 %, або 3 особи) потребує окремого розгляду, оскільки він може **передувати агресивним реакціям або глибшому розчаруванню** в актуальних соціальних чи особистісних умовах.

Щодо **агресивності**, найчисленнішою є група з **низьким рівнем цього показника — 63 % (19 осіб)**, що може свідчити як про **високий рівень самоконтролю**, так і про **тенденцію до внутрішнього накопичення негативних емоцій**. Такий показник заслуговує особливої уваги, оскільки тривале стримування агресії може мати **негативні наслідки для психосоматичного здоров'я**. **Середній рівень агресії** спостерігається у 33 % (10 осіб), що в межах норми й відповідає **адаптивній емоційній регуляції**. Водночас лише одна респондентка (3 %)

продемонструвала **високий рівень агресії**, що може бути індикатором **високої внутрішньої напруги або реакцією на посттравматичні події**.

У сфері **ригідності**, переважає **середній рівень** — 63 % (19 осіб). Це може свідчити про **психологічну стабільність** та прагнення до збереження усталених моделей поведінки, що в умовах тривалого стресу може виступати як **захисний механізм**. **Низький рівень ригідності** (27 %, або 8 осіб) часто корелює з **гнучкістю мислення**, готовністю до змін, однак іноді — з **непослідовністю поведінки** або **невизначеністю внутрішніх орієнтирів**. **Високий рівень ригідності** (10 %, або 3 особи) може ускладнювати адаптацію до нових умов та викликати **психологічний дистрес у ситуаціях змін**.

Загальна картина вказує на **домінування середнього рівня психоемоційних станів серед респонденток**, що інтерпретується як **наявність адаптивних механізмів реагування** на тривалий стрес. Разом з тим, в окремих випадках виявлено **високі рівні тривожності, фрустрації та ригідності**, які можуть сигналізувати про **ризик розвитку дезадаптивних станів** — зокрема, **психологічного виснаження, депресії, або ПТСР**. Це потребує подальшого глибшого дослідження з урахуванням **індивідуальних особливостей, життєвих історій і наявності психотравмуючих факторів**.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що більшість опитаних жінок демонструють **стабільні, помірковано виражені психоемоційні стани**, що може бути свідченням **відносної адаптації до тривалого стресу або соціальної турбулентності**. Одночасно наявність **високих рівнів окремих показників (тривожності, фрустрації, ригідності)** в частини респонденток свідчить про **психологічну вразливість**, яка потребує **уваги спеціалістів**. Ці результати актуалізують необхідність розробки **цільових програм психоемоційної підтримки жінок**, особливо в умовах підвищеного стресового навантаження, соціальних змін чи воєнних дій, що впливають на жіноче психічне здоров'я.

3.3 Аналіз рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності у жінок середнього віку внаслідок війни

На другому етапі емпіричного дослідження було здійснено оцінку рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності серед жінок середнього віку. Для цього використано шкалу тривожності, розроблену Ч. Спілбергером, яка є унікальним інструментом, що дозволяє чітко та розмежовано вимірювати як тривожність як стабільну особистісну характеристику, так і як тимчасовий емоційний стан. У межах даного дослідження було застосовано адаптовану версію методики, створену Ю. Л. Ханіним у 1976 році.

У подальшому описі буде проаналізовано результати, отримані за допомогою цієї методики, які представлені у таблиці 3.2.1 та на рисунку 3.2.1.

Результати дослідження прояву видів тривожності у жінок

n-50

Види тривожності	Рівні прояву видів тривожності					
	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кількість респондентів	%	Кількість Респондентів	%	Кількість Респондентів	%
Реактивна (ситуативна)	3	6	24	48	23	46
Особистісна	1	2	17	34	32	64

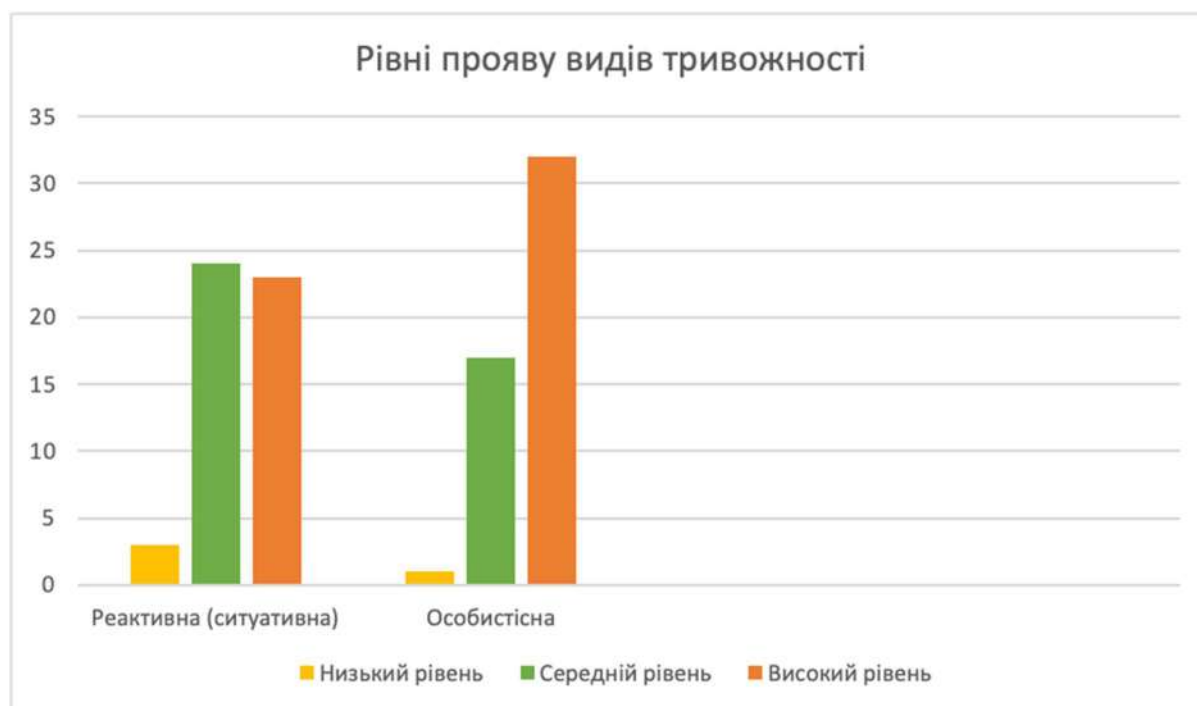


Рисунок 3.3.1 Результати дослідження прояву видів тривожності у жінок

У таблиці 3.3.1 представлено узагальнені результати рівнів реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності серед жінок середнього віку, отримані за методикою Спілбергера – Ханіна. Аналіз показників **реактивної тривожності** свідчить про те, що **переважна частина респонденток — 58 % (29 осіб)** — перебуває в межах **середнього рівня**, що інтерпретується як **збалансована емоційна відповідь на стресові події**, зокрема ті, що пов'язані з воєнними діями. Це може бути ознакою **відносної адаптації** до хронічного стресу або використання **ефективних психологічних стратегій подолання**. Разом із тим, **26 % (13 осіб)** продемонстрували **високий рівень ситуативної тривожності**, що може вказувати на **значну емоційну напруженість, очікування небезпеки**, а також підвищену **чутливість до змін у зовнішньому середовищі** — характерну для психотравмованих осіб. Лише **16 % (8 осіб)** мають **низький рівень реактивної тривожності**, що свідчить про **високу стресостійкість** або **можливе емоційне відсторонення**, яке іноді інтерпретується як **захисна психологічна реакція**.

Аналогічна тенденція спостерігається і в показниках **особистісної тривожності**, яка відображає **стійкий індивідуальний стиль емоційного**

реагування. Більшість учасниць — **54 % (27 осіб)** — також мають **середній рівень**, що може свідчити про **збалансоване сприйняття загрозливих ситуацій**, але при цьому збережену **схильність до тривожних переживань** у певних обставинах. **Високий рівень особистісної тривожності у 26 % (13 осіб)** інтерпретується як **підвищена тривожність як усталена особистісна риса**, ймовірно сформована внаслідок **тривалого впливу стресових чи травматичних чинників** (наприклад, втрата житла, близьких, зміна соціального статусу тощо). Така група жінок є **психологічно вразливою**, і може мати **високий ризик розвитку тривожних розладів** у майбутньому. **Низький рівень** особистісної тривожності, виявлений у **20 % (10 осіб)**, вказує на **високу адаптивність, емоційну стабільність** або, в окремих випадках, — **психологічну відстороненість від емоційного компоненту подій**, що також може мати захисний характер.

Таким чином, переважання середніх та високих рівнів як реактивної, так і особистісної тривожності серед жінок середнього віку вказує на їхню високу емоційну чутливість до ситуації воєнного конфлікту. Це створює серйозне підґрунтя для розвитку тривожних розладів, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), і вимагає цілеспрямованого психопрофілактичного втручання, а також системної психологічної підтримки на державному й громадському рівнях.

3.4 Аналіз наявності та рівня вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу у жінок внаслідок воєнних подій

На третьому етапі емпіричного дослідження було здійснено аналіз результатів, отриманих за допомогою опитувальника травматичного стресу, розробленого І. О. Котеньовим. Обраний нами психодіагностичний інструмент призначений для виявлення проявів посттравматичного стресового розладу та оцінки психологічних наслідків пережитих травматичних подій. Методика дозволяє визначити ступінь впливу травматичного досвіду на психоемоційний стан особистості та рівень вираженості симптомів травматичного стресу.

Результати оцінюються за загальною сумою «сирих» балів, які потім переводяться в Т-бали, що дозволяє визначити рівень вираженості симптомів ПТСР (низький, середній або високий). Також, передбачено аналіз окремих підшкал, що дає змогу зробити висновки про домінуючі групи симптомів.

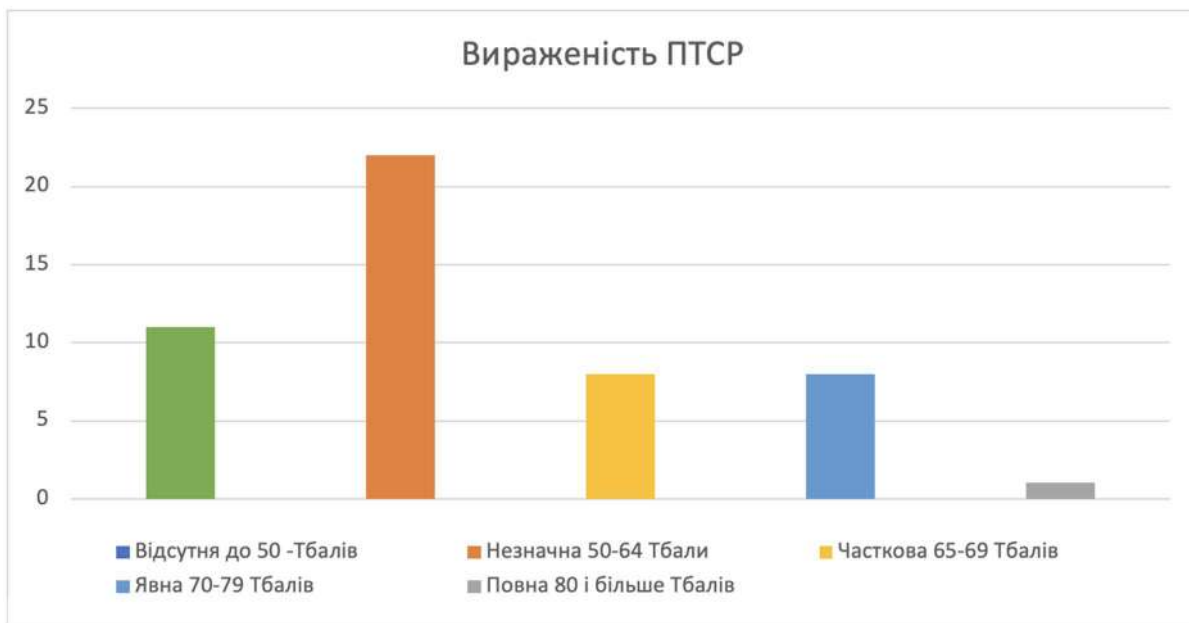
Результати проведеного аналізу дослідження щодо дозволяють виявити наявність і загальний рівень вираженості ПТСР, наведено в таблиці 3.4.1, а для більш наочного уявлення узагальнених даних використано графічні зображення, що представлені на рисунках 3.4.1 та 3.4.2.

Результати дослідження наявності і рівня травматичного стресу

(ПТСР)

n-50

Вираженість ПТСР									
Відсутня До 50 <u>Тбалів</u>		Незначна 50-64 <u>Тбали</u>		Часткова 65-69 <u>Тбалів</u>		Явна 70-79 <u>Тбалів</u>		Повна 80 і більше	
Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
11	22	22	44	8	16	8	16	1	2



Рисунок

3.4.1. Результати дослідження наявності і рівня травматичного стресу

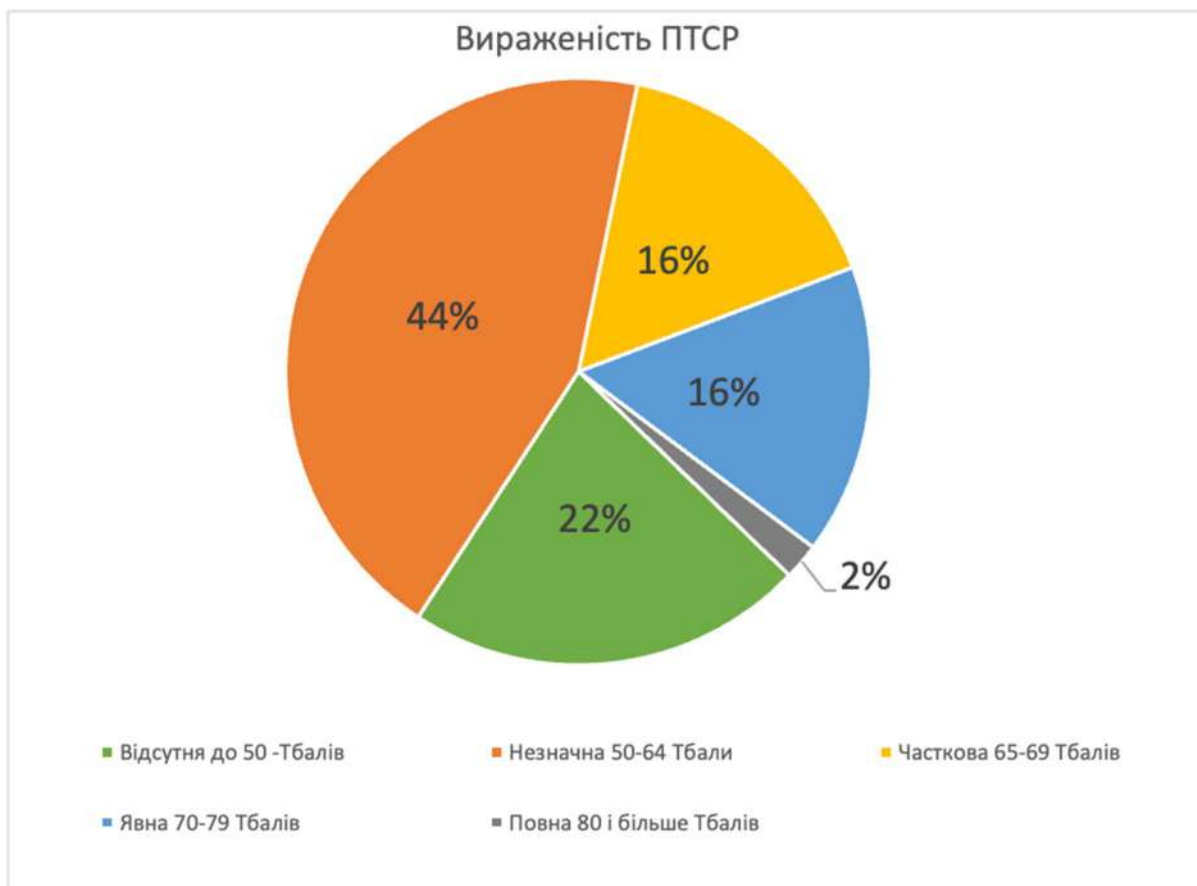


Рисунок 3.4.2 Результати дослідження наявності і рівня травматичного стресу (у %)

Згідно з результатами дослідження були зроблені такі висновки:

1. Найбільша частина респондентів, 44% (22 особи), має незначний рівень ПТСР. Це свідчить про наявність симптомів, але вони не є критичними й не порушують суттєво якість життя досліджуваних.

2. 22% осіб (11 респонденток) взагалі не мають ознак ПТСР. Це позитивний показник, однак він також може вказувати на можливе уникнення переживань або недостатню чутливість до методики.

3. Часткова вираженість ПТСР виявлена у 8 жінок, що складає 16 % опитуваних. Даний рівень вираженості ПТСР — це стан, при якому у людини вже спостерігаються певні симптоми посттравматичного стресового розладу, але вони не є повністю сформованим клінічним синдромом. Людина може відчувати: тривожність, напруження, пригнічений настрій; окремі нав'язливі спогади або сни; емоційне виснаження або втому; періодичне уникання думок про травматичну подію. Психологічна допомога на цьому етапі є особливо ефективною, оскільки симптоми ще не вкорінені й не трансформувалися в хронічну форму.

4. У 16% опитуваних (8 осіб) виявлено явна вираженість ПТСР, це свідчить про високий рівень посттравматичної симптоматики, що охоплює основні ознаки ПТСР. Явно виражений рівень ПТСР за опитувальником І.О. Котеньова вказує на наявність сформованого комплексу симптомів посттравматичного стресового розладу, що істотно впливають на психоемоційний стан особистості та її повсякденне функціонування. Ці симптоми чітко виражені, часті, регулярні та стійкі. Це означає, що людина не просто пережила травматичну подію; її психіка продовжує активно реагувати на неї у формі: флешбеків, нічних кошмарів, емоційного оніміння, уникання людей, місць та думок, пов'язаних із травмою, підвищеної тривожності, дратівливості та напруженості. Такий рівень симптоматики потребує професійної психологічної допомоги.

4. Повна вираженість ПТСР зафіксована в одного респондента (2%), що є найвищим рівнем стресового розладу, який, ймовірно, потребує невідкладного втручання фахівця. Стан, коли у людини виявлено повну вираженість ПТСР, означає, що симптоми посттравматичного стресового розладу досягли максимальної інтенсивності й відповідають тяжкому клінічному рівню. Це вже не просто психологічна реакція на стрес, а клінічний розлад, який вимагає кваліфікованої медичної та психологічної допомоги (іноді – медикаментозної терапії, психотерапії та реабілітації).

Отже, результати аналізу демонструють, що **більшість респондентів мають ознаки ПТСР різного ступеня**, що є показником актуальності проблеми психічного здоров'я в сучасному суспільстві, особливо в умовах стресогенних подій (війна, внутрішнє переміщення, втрата тощо). Той факт, що лише 22% респондентів не мають жодних проявів ПТСР, свідчить про високу поширеність психотравматичного досвіду серед учасниць дослідження. Це означає, що більшість осіб (78%) зазнали психологічного впливу стресових або травматичних подій, які залишили слід у їхньому емоційному стані. Відсутність симптомів ПТСР лише у 22% респондентів може вказувати або на стійкість психіки до стресових впливів, або на те, що ці люди не стикалися з подіями, що мали травмувальний характер. Водночас такий низький відсоток «психологічно неуражених» також підкреслює масштабність проблеми ПТСР і потребу в масовій психологічній підтримці для населення, яке перебуває у воєнних подіях.

Те, що переважна частина вибірки (44%) має незначний рівень ПТСР, означає, що у майже половини респонденток наявні окремі симптоми посттравматичного стресового розладу. Такий рівень не завжди супроводжується серйозним порушенням функціонування особистості, але все ж свідчить про пережитий психотравмуючий досвід. Цей показник є тривожним сигналом, оскільки вказує на те, що значна частина жінок перебуває у зоні ризику розвитку більш серйозних психологічних станів. За відсутності своєчасної психологічної допомоги або підтримки, навіть незначний рівень ПТСР може з часом трансформуватися у більш виражені форми розладу.

Той факт, що 32% опитаних мають клінічно значущі прояви ПТСР (з них у 16% – часткова, а у ще 16% – явна вираженість), свідчить про наявність серйозних психологічних наслідків травматичних подій у третини респондентів. Явна форма вже має більш стійкий та глибокий характер, часто суттєво впливаючи на повсякденне життя людини, її працездатність, соціальні контакти та емоційний стан. Такі симптоми вважаються клінічно значущими, тобто можуть потребувати фахового психотерапевтичного або психіатричного втручання. Цей показник підкреслює масштаб проблеми та вказує на потребу у впровадженні профілактичних заходів, програм психологічної підтримки та реабілітації для жінок.

Те, що лише 2% респондентів (1 особа) мають повну вираженість ПТСР, означає, що в однієї з опитуваних спостерігаються максимально інтенсивні та стійкі симптоми посттравматичного стресового розладу, які мають важкий клінічний характер. Цей стан суттєво впливає на повсякденне функціонування особистості, знижує якість життя та потребує невідкладної допомоги та комплексної підтримки психіатра [20, с. 130-189].

Також, у контексті нашого дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед жінок середнього віку важливо не лише виявити загальний рівень вираженості ПТСР, але й проаналізувати окремі симптоми, що входять до його структури. Такий підхід дає змогу глибше зрозуміти психологічний портрет нашої вибірки та виявити домінуючі реакції на травму у жінок середнього віку.

Отже, розглянемо результати дослідження рівня вираженості симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни в таблиці 3.4.2 та на рисунках 3.4.3 та 3.4.4.

Таблиця 3.4.2

Результати дослідження рівня вираженості симптомів ПТСР

Показники	Рівень в Т - балах									
	відсутній		незначний		частковий		явний		повний	
	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
А – подія травми	20	40	24	48	2	4	4	8	0	0
В – повторне проживання травми (інтрузії)	20	40	19	38	8	16	2	4	1	2
С - уникання	9	18	27	54	5	10	9	18	0	0
D - гіперактивація	3	6	26	52	8	16	8	16	2	4
F - дистрес	6	12	21	42	10	20	11	22	2	4

n-50

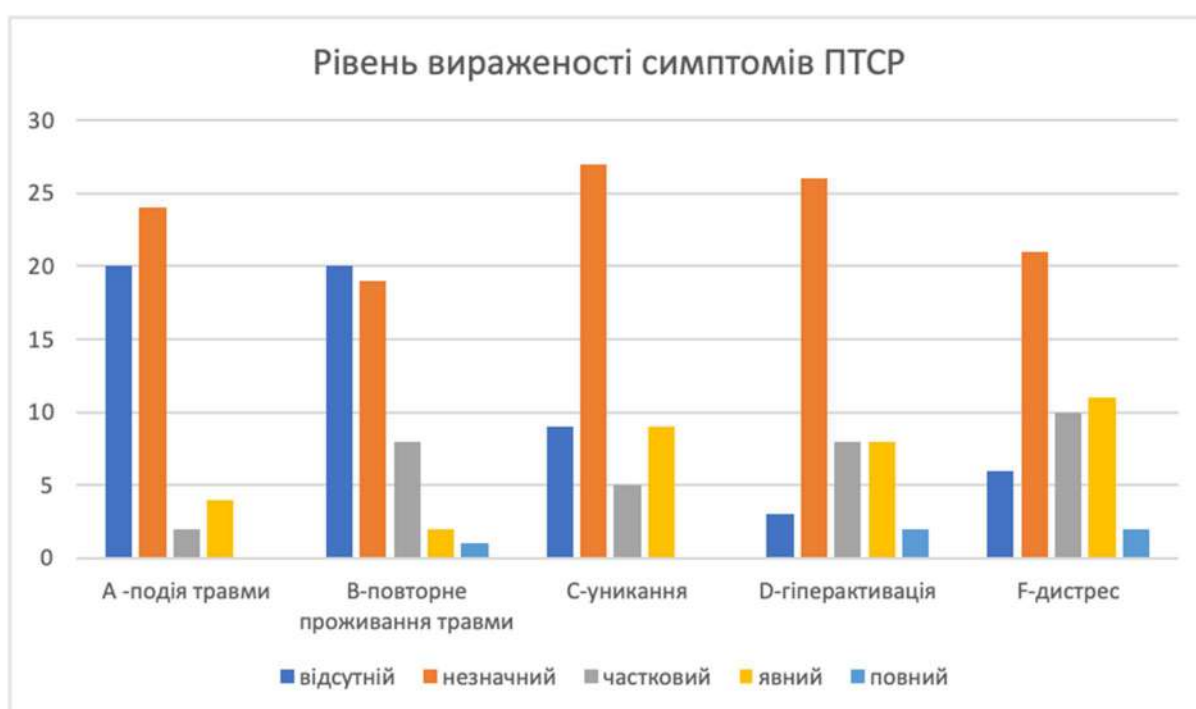


Рисунок 3.4.3 Результати дослідження наявності і рівня травматичного стресу

Аналіз окремих симптомів ПТСР у вибірці з 50 жінок середнього віку є дуже важливою складовою емпіричного дослідження, оскільки дозволяє отримати повну картину проявів травматичного досвіду, підвищити точність діагностичних висновків та сприяти ефективному плануванню психологічної підтримки.

А - подія травми - у структурі ПТСР за опитувальником І.О. Котеньова цей кластер відповідає за реакції особистості на травматичну подію — тобто, первинна психічна реакція на ситуацію, яка могла викликати стрес, страх, безпорадність або

жах. Цей симптом є ключовим, оскільки саме наявність травмуючого фактору (події) є відправною точкою формування ПТСР.



Рисунок 3.4.3 Результати дослідження рівня симптому ПТСР (А - подія травми) (у%)

На основі діаграми спостерігається наступний розподіл рівнів симптома А серед нашої вибірки:

Найбільше респонденток (48%) мають незначний рівень симптома А, що свідчить про наявність емоційної реакції на травматичну подію, але без глибоких порушень. Це може вказувати на збережену здатність до адаптації та контрольовану реакцію на стрес.

Відсутній рівень вираженості цього симптому продемонстрували 40% жінок, що свідчить про високий рівень психологічної стійкості або про механізми витіснення, за допомогою яких психіка намагається захиститися від емоційного перевантаження, або про відсутність наявності зіткнення з важкою травмуючою подією.

Частковий рівень (4%) та явний (8%) виявлені у меншій частці вибірки, що свідчить про наявність у цих жінок помірного або вираженого травмуючого досвіду, який залишив емоційний слід і потребує опрацювання.

Повна форма травматичної реакції (0%) не виявлена, що є позитивним показником і може свідчити про відсутність глибокого психологічного потрясіння у жінок вибірки щодо самої події.

Результати дослідження за кластером А засвідчують, що переважна більшість жінок (88%) або не вважають подію психотравмуючою, або сприймають її лише як помірний стресовий фактор. Однак наявність окремих випадків з частковою та явною реакцією вказує на неоднорідність переживань та потребу в подальшій диференційованій психологічній діагностиці та підтримці.

В - повторне переживання травми, симптом, що характеризує феномен інтрузивних переживань, коли людина повторно і мимоволі «переживає» травматичну подію, навіть через тривалий час після її завершення. До цього кластеру належать: флешбеки (яскраві образи, що «переносять» у травматичну ситуацію), нічні кошмари, нав'язливі думки або сцени, фізіологічні реакції на подразники, пов'язані з травмою.

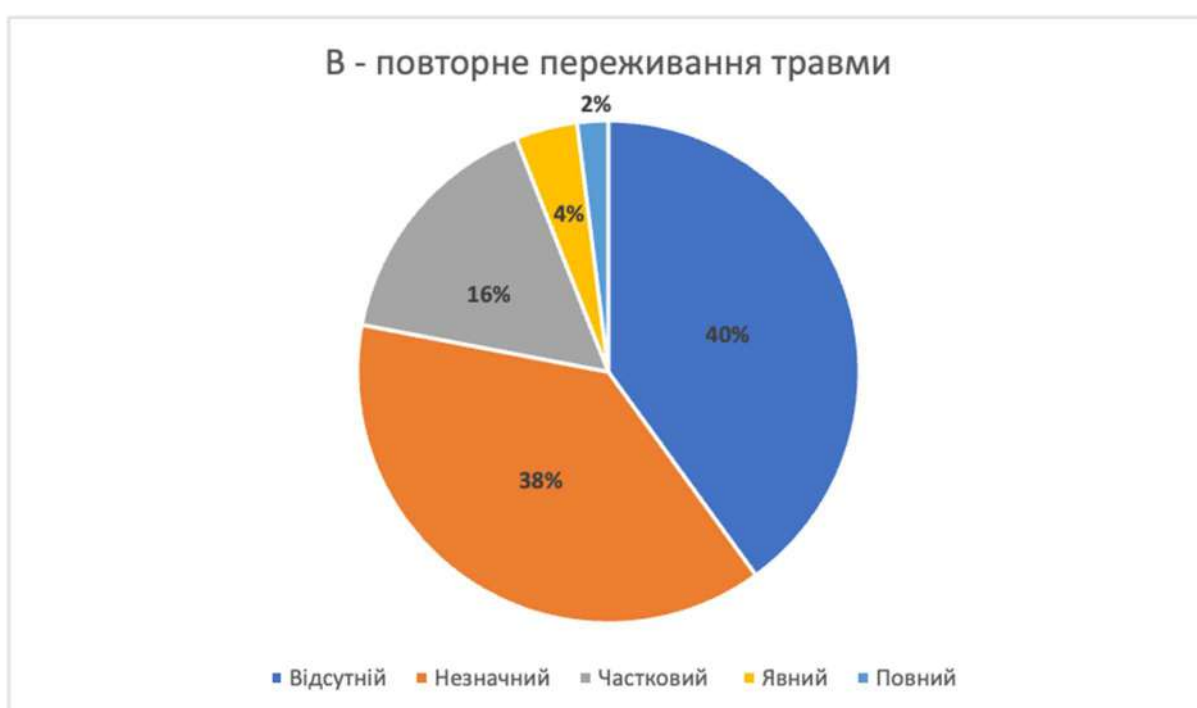


Рисунок 3.4.4. Результати дослідження рівня симптому ПТСР (В – повторне переживання травми)(у%)

Більшість наших респонденток (78%) мають відсутній або незначний рівень повторного переживання травми, що свідчить про: або ефективне опрацювання травматичного досвіду (у випадках з відсутністю симптому), або помірний емоційний фон, який не призводить до клінічно значущих форм ПТСР.

Частковий рівень (16%) вказує на наявність епізодичних або слабо контрольованих спогадів, які можуть періодично спричиняти внутрішню напругу.

Явна та повна вираженість спостерігаються лише в окремих випадках (6% загалом), однак ці респондентки вже демонструють симптоми ретравматизації, що негативно впливають на повсякденне життя і можуть потребувати психологічної або психотерапевтичної підтримки.

Аналіз симптому В показує, що інтрузивні симптоми ПТСР не є домінуючими у більшості жінок вибірки, однак у частини з них (понад 20%) спостерігається стійкий або навіть неконтрольований процес повторного переживання травматичних подій. Ці прояви є тривожним сигналом щодо емоційного виснаження і підвищеного ризику для подальшого розвитку хронічної посттравматичної симптоматики.

Симптом С відображає захисну реакцію психіки у вигляді прагнення уникати думок, спогадів, почуттів, місць чи людей, які асоціюються з травматичною подією. Уникання може проявлятися як на свідомому, так і на підсвідомому рівні та є характерною ознакою ПТСР. Цей симптом часто призводить до емоційної ізоляції, зниження активності та труднощів у спілкуванні.



Рисунок 3.4.5. Результати дослідження рівня симптому ПТСР (С - уникання)(у%)

Незначний рівень уникання виявили понад половина вибірки (54%), що свідчить про помірні прояви захисної реакції: жінки намагаються дистанціюватися від травматичних спогадів, але не вдаються до глибокої емоційної ізоляції.

Повну відсутність симптому мають 18% респонденток, тобто ці жінки відкриті до переживання та опрацювання подій, або вже адаптувались до травматичного досвіду.

Частковий рівень (10%) вказує на тенденцію до часткового пригнічення емоційних переживань або ситуацій, пов'язаних із травмою.

Явний рівень (18%) у респонденток демонструє виражене уникнення, що є ознакою психоемоційного захисту на тлі підвищеної тривоги або втоми, і потребує уваги спеціалістів.

Отже, уникання є одним із найтипівіших симптомів ПТСР. Отримані результати свідчать про те, що значна частина жінок (понад 80%) використовує ту чи іншу форму психологічного уникання, намагаючись не повертатися до травматичних переживань. Хоча у більшості це має невиражений характер, близько 1/5 жінок

демонструють виражені ознаки емоційного блокування, що є природним для життя в умовах війни, але це може негативно впливати на їхню соціальну адаптацію, емоційний стан та якість життя. Своєчасна психологічна підтримка є важливою для м'якого зняття такої внутрішньої напруги.

Симптом D – гіперактивація у структурі ПТСР відображає підвищену психофізіологічну реактивність, яка формується у відповідь на травматичний досвід. До цього кластеру входять такі прояви, як: постійна напруга та неспокій, порушення сну, дратівливість, раптові спалахи гніву, надмірна настороженість, гіперчутливість до звуків чи рухів. Ці симптоми часто супроводжують відчуття тривоги, страху або неможливості розслабитися.



Рисунок 3.4.6. Результати дослідження рівня симптому ПТСР (D - гіперактивація) (у%)

Незначний рівень гіперактивації, мають понад половини опитаних жінок (52%), що свідчить про легкі, але стійкі фізіологічні прояви тривоги та напруги. Це може бути реакцією на хронічний стрес, характерний для умов війни.

Частковий та явний рівні (разом 32%) вказують на те, що майже третина респонденток перебуває у стані підвищеної збудженості нервової системи, що значно впливає на їхнє психоемоційне благополуччя та сон.

Повна гіперактивація (4%) зафіксована у невеликої кількості жінок, проте саме ці випадки свідчать про критичний рівень фізіологічного виснаження, який потребує професійного втручання.

Лише 6% не виявили жодних ознак гіперактивації, що є свідченням досить високої напруги в більшості вибірки.

Гіперактивація — це один із найяскравіших і водночас найвиснажливіших симптомів ПТСР, оскільки вона безпосередньо впливає на якість життя, сон, фізичне здоров'я та міжособистісну взаємодію. За отриманими даними, майже кожна друга жінка відчуває її у помірній формі, тоді як майже третина — у вираженій. Це свідчить про хронічну фізіологічну напругу внаслідок травматичного досвіду та вказує на необхідність комплексної психологічної допомоги для стабілізації емоційного стану.

Симптом F - дистрес. Дистрес — це негативна форма стресу, яка виникає у відповідь на надмірне психологічне або фізичне навантаження, з яким людина не може впоратися самотійно. Це не просто переживання чи хвилювання, а системний стан емоційного та фізичного виснаження, що може призводити до серйозних психосоматичних порушень.

Симптом F є важливим показником емоційного виснаження, який охоплює широкий спектр негативних психоемоційних станів: глибоку тривожність і напруження, почуття безнадії чи спустошення, втрату інтересу до життя, депресивні реакції, зниження життєвого тону та мотивації. Саме цей кластер часто відображає наслідкову фазу ПТСР, коли тривала дія симптомів A–D вичерпує емоційні ресурси людини.



Рисунок 3.4.7. Результати дослідження рівня симптому ПТСР (F – дистрес)(у%)

Незначний рівень дистресу мають 42% жінок. Це свідчить про стійкий, але поки не критичний емоційний дискомфорт, пов'язаний із пережитим досвідом.

Частковий (20%) та явний рівень (22%) вказують на значну частку вибірки, у якої вже проявляється емоційне виснаження, проблеми з мотивацією, пригнічений настрій або втома, що без підтримки може поглиблюватися.

Повна вираженість дистресу (4%) – хоч і невеликий процент, але критичний, адже ці жінки можуть мати ознаки глибокої дезадаптації, депресії, а іноді навіть суїцидальних тенденцій.

Лише 12% жінок не мають симптомів дистресу, що демонструє, наскільки широко емоційне виснаження вражає середовище жінок середнього віку в умовах воєнного стану.

Симптом F є маркером виснаження емоційних резервів. За результатами нашого дослідження, **46% жінок (майже половина вибірки) мають середній або високий рівень дистресу** (від часткового до повного), що свідчить про значний ризик емоційної дезадаптації та потребу в цілеспрямованій психоемоційній підтримці,

психоемоційному розвантаженні, впровадженні програм психологічної стабілізації та адаптації. Збереження цього симптому без корекції несе ризик переходу до більш складних форм психічних розладів (депресії, тривожного розладу, соматизації) [25].

Отже, результати нашого дослідження показали, що серед жінок середнього віку, які пережили війну в Україні, найбільш вираженими є симптоми гіперактивності, уникання та дистресу. Якщо розглядати ці дані в контексті транскультуральної психології, то ці симптоми можна розглядати не лише як наслідки індивідуального травматичного досвіду, а й як прояв культурно зумовлених моделей реагування на психічну травму.

Зокрема, в українському культурному контексті, який поєднує елементи пострадянського досвіду, колективістських цінностей та високого рівня адаптивної витривалості, спостерігається тенденція до стриманого вираження емоцій; пригнічення почуттів як способу збереження соціальної стабільності; використання уникання як прийняттого механізму захисту. Такий висновок ми можемо зробити і з аналізу симптому уникання – 18% опитаних жінок спостерігається явно виражена тенденція до уникання, що може відображати захисну реакцію психіки на тривалий емоційний тиск чи напруження.

Жіноча роль в українській культурі історично формувалася в умовах постійної соціальної кризи – війни, голодомори, трудова міграція, репресії. У цьому контексті жінка стала уособленням виживання, внутрішньої сили та відповідальності, часто поєднуючи ролі матері, берегині дому, працівниці, психологічної опори родини.

З транскультуральної точки зору, в українській культурі домінують риси колективістської установки: важливість сім'ї, жертвність заради інших; також стійкого емоційного контролю: жінка не повинна показувати слабкість чи розгубленість; гендерного подвійного навантаження: поєднання домашніх, професійних та емоційних обов'язків. Все це формує високий рівень емоційної відповідальності, водночас сприяє внутрішньому пригніченню стресу, адже в культурі закріплюється очікування: **«жінка мусить витримати все»**. Внаслідок цього в українській суспільній свідомості закріпились такі установки:

«Не прийнято говорити про емоції» – домінування емоційної стриманості;
«Треба бути сильною» – заперечення вразливості як допустимої емоційної реакції;

«Усе тримаємо в собі» – схильність до внутрішньої мобілізації навіть на шкоду власному ресурсу;

«Я маю витримати» – переважання відчуття обов'язку над індивідуальними потребами [14].

Отже, згідно з транскультуральним підходом, симптоматика посттравматичного стресового розладу може не лише відображати індивідуальну психологічну реакцію на травматичну подію, а й бути зумовленою специфічними культурними нормами, соціальними очікуваннями та ціннісними установками. Ці культурно зумовлені настанови сприяють пригніченню емоцій, що поступово призводить до накопичення внутрішнього напруження. Внаслідок цього виникає дистрес – хронічний стан емоційного виснаження, який може залишатися неусвідомленим, але проявляється у формі пригніченого настрою, втрати життєвого сенсу, астеничних або психосоматичних симптомів.

Таким чином, найбільш виражені симптоми в нашому дослідженні – гіперактивація, уникання та дистрес – відображають не лише внутрішній емоційний стан жінок, а й структуру цінностей, соціальних ролей і культурних установок, в яких формується їхнє сприйняття війни і страждання. Це вимагає розробки психотерапевтичних програм, адаптованих до культурного середовища, які враховують не лише клінічні прояви, а й соціокультурну специфіку цільової групи і допоможуть українським жінкам розвинути навички усвідомленого реагування на стресові події та проживання ситуацій, що травмують.

3.5. Практичні рекомендації щодо надання психологічної підтримки жінкам середнього віку з симптомами ПТСР

Розпочинаючи розділ з практичними рекомендаціями щодо психологічної підтримки жінок з симптомами ПТСР, варто підкреслити, що офіційний діагноз

посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до міжнародних класифікацій психічних розладів (МКХ-10, DSM-5) має право встановлювати лише лікар-психіатр після клінічного обстеження.

Однак психологи відіграють надзвичайно важливу роль у виявленні симптомів ПТСР, первинній діагностиці психологічного стану, а також у подальшій корекційній, консультативній та психотерапевтичній роботі.

У межах своєї компетенції фахівці-психологи можуть:

- проводити психологічне тестування (на виявлення тривожності, дистресу, уникання, гіперактивації тощо),
- розробляти індивідуальні програми стабілізації,
- здійснювати супровід осіб із психотравматичним досвідом,
- сприяти ранньому виявленню ризиків для психічного здоров'я.

Саме тому рекомендації, викладені в цьому розділі, стосуються психологічної підтримки жінок із симптомами ПТСР, акцентуючи на важливості делікатного, етично виваженого підходу з урахуванням індивідуальних особливостей, контексту пережитої травми та культурного фону.

Аналіз наукових підходів до психотерапевтичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі свідчить, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найефективніших методів роботи з ПТСР. Це підтверджують дослідження провідних фахівців, зокрема А. Ехлерс і Д. Кларка, М. Ван Еттена і С. Тайлора, Р. Брадлі та Дж. Гріна, М. Клоїтера, Дж. Біссона, Г. Сидлера. Саме когнітивно-поведінковий підхід довів свою результативність у зниженні симптоматики ПТСР, зокрема уникання, інтрузій, гіперактивації та дистресу. (48) Також, американський психіатр та дослідник, Бессел ван дер Колк, який є одним із провідних фахівців у галузі вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших наслідків психологічної травми, після майже 50 років свого дослідження

зробив висновок, що в лікуванні людини, яка пережила травмуючі події, має бути залучений весь організм: тіло, свідомість і мозок [5, с. 10].

Ця інформація особливо важливо для роботи з українськими жінками, тому що в культурі, де не прийнято відкрито говорити про емоції, де жінка змалку вчиться бути сильною, терплячою та зручною для інших, симптоми ПТСР часто «маскуються» під надмірну тривогу, напругу, соматичні скарги або надмірну гіперактивність. Емоції, які не були конструктивно виражені та психічно інтегровані, можуть виявлятися через тілесні реакції, що проявляються у формі хронічного напруження, болю або порушення фізіологічних функцій – це саме ті показники, які є найвищими в нашому емпіричному дослідженні. Психотерапевтична допомога в таких умовах має бути культурно чутливою, заснованою на повазі до особистої історії жінки, а також може поєднувати психоедукацію, ефективні методи КПТ, техніки арт-терапії (коли не можу виразити відчуття вербально), та застосування тілесно орієнтованих підходів.

Отже, психоедукація є невід'ємною складовою сучасної психотерапевтичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), зокрема у роботі з жінками середнього віку, які зазнали психотравмуючого впливу війни. Вона передбачає систематичне надання людині науково обґрунтованої інформації про її стан, природу симптомів, механізми їх виникнення та способи подолання.

У транскультуральній моделі спільнота — це джерело зцілення, особливо в умовах війни, коли жінка часто залишається емоційно ізольованою [45].

Також, поєднання когнітивно-поведінкових технік, технік усвідомленості та культурно чутливої психоедукації дозволяє зменшити гіперактивацію; знизити емоційний дистрес; навчити жінок формувати нову стратегію відновлення; зберегати гідність, опору та життєві ресурси в межах її власного культурного кола.

Ми пропонуємо програму психологічної підтримки, яку було проведено у 7 регіонах України на жіночих ретритах.

Психологічна програма підтримки жінок з симптомами ПТСР: «**Я є**».

Формат: Групові зустрічі

Ціль: Поступове зцілення через усвідомлення, прийняття, відновлення контролю над тілом, емоціями і мисленням.

Тема 1: Турбота про тіло.

Мета: Відновити зв'язок з тілом, зменшити гіперактивацію, навчитися розпізнавати тілесні реакції на стрес.

Зміст:

- Психоедукація: Як тіло реагує на травму (біологічна реакція на стрес: «бий», «біжи», «завмири»)
- Техніки саморегуляції: Дихальні вправи, м'язова релаксація, “заземлення”.
- Практична вправа: «Сканування тіла»
- Розвиток навички турботи про тіло: регулярні прогулянки, відпочинок, розслаблення, водні процедури, достатній та якісний сон.

Тема 2: Розуміння і прийняття себе (хто Я?) (емоції, темперамент)

Мета: Підвищити рівень самоприйняття, самоцінності, усвідомлення індивідуальних особливостей і реакцій.

Зміст:

- Психоедукація: Що таке «Я» після травми. Роль темпераменту й емоцій в адаптації. Важливість розуміння своїх психологічних особливостей.
- Вправа: «Моє дерево» (арт-терапія: корені — моя сила, гілки — те, що хочу виростити)
- Темперамент і стиль реагування — знайомство зі своїми особливостями.
- Вправа «Мої емоції — мої друзі» (називання, прийняття, роль емоцій)

Тема 3: Турбота про думки (КПТ)

Мета: Розвиток навички виявляти та трансформувати автоматичні негативні думки, що підтримують симптоми ПТСР.

Зміст:

- Психоедукація: Що таке автоматичні думки. Пояснення схеми КПТ, зв'язок «подія — думка — емоція — поведінка».
- Вправа «Думка під мікроскопом» — виявлення спотворень мислення.

- Ведення «Щоденника думок».

Техніка «Заміни»: «Я ніколи не справлюся» → «Так, це дійсно не просто, але я буду прикладати зусиль і робити все, що від мене залежить».

Тема 4: Турбота про емоції

Мета: Навчитися визнавати, проживати і регулювати емоції, зменшити уникання.

Зміст:

- Психоедукація: Емоції — не ворог, а сигнал. Уникання = посилення симптомів.
 - Вправа: «Емоційний щоденник»
 - Техніка «Назви – Відчуй – Визнай – Відпусти»
 - Робота з картою емоцій: «Де я зараз?», «Чому я це відчуваю?»

Групова підтримка та творчі практики посилюють ефективність основних методів роботи. Участь у групових зустрічах створює простір для безпечного обміну досвідом, сприяє формуванню відчуття прийняття, належності та взаєморозуміння, що є важливими чинниками психологічного відновлення. Творчі методи, зокрема арт-терапія та письмові рефлексії, дозволяють учасницям вільно виражати внутрішні переживання, знижувати рівень напруження та сприяють глибшому самопізнанню через символічну і невербальну форму роботи з емоціями.

У транскультуральній моделі спільнота — це джерело зцілення, особливо в умовах війни, коли жінка часто залишається емоційно ізольованою [21].

У результаті реалізації даної програми психологічної допомоги очікується зменшення інтенсивності основних симптомів посттравматичного стресового розладу у жінок, зокрема таких як гіперактивація, уникання та дистрес. Передбачається, що учасниці зможуть досягти вищого рівня саморозуміння, що включає усвідомлення власного емоційного стану, індивідуальних реакцій на стрес і особливостей переживання травми. Одночасно з цим має підвищитися рівень самоприйняття, що є важливим фактором психічної стабільності. Окрему увагу

приділено формуванню навичок саморегуляції, які сприятимуть зниженню емоційної реактивності та забезпеченню внутрішньої підтримки у кризових ситуаціях.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

На основі результатів проведеного нами емпіричного дослідження ми можемо зробити наступні висновки:

1. Рівень прояву психоемоційних станів (тривожності, фрустрації, агресії, ригідності), а також рівень реактивної та особистісної тривожності у жінок середнього віку має прямий вплив на наявність та вираженість симптомів ПТСР, а також на рівень їхньої стресостійкості в умовах воєнного часу.

2. Аналізуючи результати за методикою Г. Айзенка, встановлено, що більшість респонденток продемонстрували середній рівень тривожності (57%), фрустрації (50%) та ригідності (63%). Водночас низький рівень агресії було зафіксовано у переважній більшості жінок (63%), що може свідчити про емоційну стриманість або пригнічення негативних емоцій.

3. За результатами застосування шкали тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, було встановлено, що більшість жінок мають середній рівень ситуативної тривожності (48%) та високий рівень особистісної тривожності (64%). Це свідчить про глибоку емоційну напругу, як тимчасову, так і стійку, що впливає на їхнє повсякденне функціонування.

4. Згідно з опитувальником травматичного стресу І. О. Котеньова, тільки 22% жінок не мають симптомів ПТСР. Водночас 44% мають незначний рівень прояву симптомів, 16% – часткову, 16% – явну, а 2% – повну вираженість ПТСР. Таким чином, понад три чверті респонденток демонструють різний ступінь посттравматичної симптоматики, що є тривожним показником психічного стану жінок в умовах війни.

5. Найбільш вираженими симптомами ПТСР у вибірці є: гіперактивація, уникання та дистрес. Ці симптоми мають не лише індивідуальну, але й культурно

зумовлену природу – відповідно до транскультурального підходу, вони можуть бути пов'язані з традиційною схильністю українських жінок пригнічувати емоції, не виявляти вразливість і брати на себе подвійне психологічне навантаження.

6. Отримані результати дослідження підтверджують потребу у створенні психокорекційних програм, адаптованих до культурного контексту, що мають на меті зменшення гіперактивації, дистресу, підвищення усвідомлення емоцій, розвиток навичок саморегуляції та стійкості до стресу. В даному розділі представлена програма психологічної підтримки для жінок середнього віку «Я є».

Отже, турбота про психічне здоров'я та психологічну підтримку жінок середнього віку, які пережили війну, є надзвичайно важливою не лише для їхнього індивідуального благополуччя, а й для стійкості українського суспільства в умовах тривалої соціальної напруги та військових викликів.

ВИСНОВКИ

У даному дослідженні було здійснено теоретичний та емпіричний аналіз психологічних особливостей прояву симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок середнього віку, які зазнали травматичного впливу війни. Для досягнення поставленої мети були виконані такі завдання:

1. Здійснено теоретичний аналіз сучасних наукових досліджень поняття ПТСР та психологічних особливостей прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок воєнних подій.

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) є складним і багатовимірним розладом, який не лише відображає психологічну реакцію на травматичні події, але й має значний вплив на фізіологічне, емоційне та соціальне функціонування особистості.

У міжнародних класифікаціях DSM-5 та МКХ-11 ПТСР визнається окремою психодіагностичною категорією, що свідчить про значущість цього розладу як клінічного та соціального феномену.

Згідно з класифікацією МКХ-11, виділяють два типи розладу — *ПТСР* та *комплексний ПТСР* (КПТСР). Останній має глибший вплив на емоційну сферу, самооцінку та міжособистісні стосунки.

Симптоми ПТСР включають:

- нав'язливі спогади (флешбеки);
- уникання стимулів, що травмують;
- порушення сну, підвищену тривожність і дратівливість;
- депресивні прояви;
- соціальну дезадаптацію та когнітивні порушення.

Дослідження, проведені українськими лікарями-психіатрами психіатричного відділення Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України, засвідчили, що на розвиток симптомів ПТСР у людей, які перебували в зоні бойових дій, впливають такі чинники, як *спадковість, індивідуальні психологічні особливості, тривалість впливу психотравмуючих подій та своєчасність надання комплексної медико-психологічної допомоги*. Отже, несвоєчасна допомога постраждалим може призвести до хронізації процесу та появи ускладнень.

Середній вік жінок є перехідним і вразливим етапом розвитку, що супроводжується кризами тілесної, соціальної та особистісної ідентичності, а також переосмисленням цінностей, соціальних ролей і ставлення до себе, що формує психоемоційний фон, сприятливий для виникнення або загострення симптомів ПТСР.

В умовах війни жінки стикаються з посиленням психологічним навантаженням, яке поглиблює прояви симптомів ПТСР, особливо у випадках особистої або колективної травми (втрата житла, евакуація, загибель рідних, насильство).

Основні чинники, що впливають на розвиток ПТСР у жінок середнього віку, включають: тривалість і характер пережитої травми; індивідуальну психологічну вразливість і рівень стресостійкості; наявність або відсутність соціальної підтримки;

стан соматичного здоров'я і вікові особливості; соціально-економічні труднощі, зумовлені війною.

2. Відібрано і обгрунтовано методичний інструментарій дослідження прояву симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни.

Для досягнення поставленої мети були обгрунтовано підібрані стандартизовані, валідні психодіагностичні методики, які забезпечили комплексне вивчення психологічних особливостей прояву симптомів ПТСР у жінок. Зокрема, досліджено психоемоційний стан респонденток, виявлено рівень прояву тривожності, агресії, фрустрації та ригідності за методикою «Діагностика психічних станів» Г. Айзенка. Також окремо визначено ситуативну та особистісну тривожність, використовуючи методику «Визначення рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Встановлено рівень наявності і вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу згідно методики «Опитувальник травматичного стресу» І. О. Котеньова.

3. Організовано і проведено емпіричне дослідження та виконано кількісний і якісний аналіз отриманих результатів.

В експериментальному дослідженні взяли участь 50 жінок віком від 40 до 60 років. Усі респондентки на момент початку повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року перебували в Україні. Для забезпечення більшої об'єктивності результатів в дане опитування були включені учасниці з різних регіонів країни, а саме: Дніпровська (5), Запорізька (1), Київська (23), Вінницька (2), Хмельницька (4), Миколаївська (1), Львівська (3), Донецька (2), Харківська (1), Луганська (2), Чернігівська (1), Черкаська (3), Тернопільська (1), Житомирська (1) області.

Проведено кількісний і якісний аналіз показників, що характеризують психічні стани жінок середнього віку в умовах воєнного стану за методикою Г. Айзенка: більшість респонденток продемонстрували середній рівень тривожності (57%), фрустрації (50%) та ригідності (63%). Водночас низький рівень агресії було зафіксовано у переважної більшості жінок (63%), що може свідчити про емоційну стриманість або пригнічення негативних емоцій.

Проведено кількісний і якісний аналіз рівнів ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності у жінок середнього віку в умовах воєнного стану згідно методики Ч. Спілбергера – Ю. Ханіної. За результатами дослідження було встановлено, що більшість жінок мають середній рівень ситуативної тривожності (48%) та високий рівень особистісної тривожності (64%). Це свідчить про глибоку емоційну напругу, як тимчасову, так і стійку, що впливає на їхнє повсякденне функціонування.

Проведено кількісний і якісний аналіз рівня наявності та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу у жінок середнього віку в умовах воєнного стану. На основі результатів, отриманих за допомогою Опитувальника травматичного стресу І. Котеньова, здійснено поглиблену оцінку структурних компонентів ПТСР. Отже, тільки 22% жінок не мають симптомів ПТСР. 44% мають незначний рівень прояву симптомів, 16% — часткову, 16% — явну, а 2% — повну вираженість ПТСР. Таким чином, понад три чверті респонденток демонструють різний ступінь посттравматичної симптоматики, що є тривожним показником психічного стану жінок в умовах війни.

Найбільш вираженими симптомами ПТСР у вибірці є: гіперактивація, уникання та дистрес. Ці симптоми мають не лише індивідуальну, але й культурно зумовлену природу — відповідно до транскультурального підходу, вони можуть бути пов'язані з традиційною схильністю українських жінок пригнічувати емоції, не виявляти вразливість і брати на себе подвійне психологічне навантаження.

Психологічна підтримка жінок середнього віку, які переживають наслідки війни, є критично важливою. Цей факт підтверджує необхідність розробки психокорекційних програм, адаптованих до культурного контексту. У роботі представлено програму психологічної підтримки «Я є», спрямовану на зниження гіперактивації, дистресу, розвиток емоційної усвідомленості, саморегуляції та стресостійкості.

Отримані результати підтверджують, що психологічні прояви симптомів ПТСР у жінок середнього віку, які переживають війну, є складним психічним явищем і

потребують подальших досліджень та глибокого вивчення. Актуальність проблеми зумовлює необхідність створення ефективних програм профілактики розвитку симптомів та програм психологічної підтримки жінок, у яких виявлені симптоми ПТСР, спрямованих на подолання наслідків травматичного досвіду, відновлення емоційного балансу та підвищення стресостійкості жінок, які постраждали внаслідок воєнних дій в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология. М. : Издательский центр «Академия», 1999. 672 с. (4-е изд., стереотип.).
2. Агаєв Н. А., Коқун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Аракелов Г. Г. Стрес та його механізми. *Вісник МГУ. Психологія*. 1995. № 4. С. 47.
4. Бази́ка Є. Л. Трансформація жіночої ідентичності в період кризи пізньої зрілості : дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2010.
5. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік: як травма переживається тілом і розумом / пер. з англ. Київ : Наш Формат, 2022. 496 с.
6. Васильєв С. В. Психологія стресу: теорія, методи, практика : навчальний посібник. Київ : Ліра-К, 2021. 232 с.
7. Відеоматеріал «Стрес-асоційовані розлади: впровадження світових практик діагностики та лікування» live 27.06.2024. YouTube. Пряма трансляція: https://www.youtube.com/live/P_SUH-FxCBw?si=oL11uEfNb38hZamJ (дата звернення: 20.03.25).
8. Галич М. Ю. Особливості динаміки емоційних станів поліцейських-учасників операції об'єднаних сил у реабілітаційний період : дис. ... канд. психол. наук : 053. Київ, 2020. 207 с. URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/17885>
9. Галян І. Н. Психодіагностика : навчальний посібник. 2-ге вид. Київ : Академвидав, 2011. 234 с.
10. Гільман А., Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. *Europejskie studia humanistyczne: Państwo i Społeczeństwo*. 2020. Вип. 4. С. 133–157.
11. Гресь Л. О. Психологічні особливості прагнення до самоствердження особистості, що переживає кризу середини життя. *Науковий вісник Миколаївського*

державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки. 2013. № 11. С. 73-78.

12. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. *Український медичний часопис*. 22 липня 2019 [Електронний ресурс]. Режим доступу:

<https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatichnij-stresovij-rozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya> (дата звернення: 09.04.25).

13. Дзюба Т. С., Коваленко О. Г. Психологія дорослості з основами геронтопсихології. Київ, 2013. 172 с.

14. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу : практичний посібник / Я. М. Омельченко, З. Г. Кісарчук, Т. С. Гурлева, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. Я. М. Омельченка. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.

15. Захарова Г. Ф. Тривога та посттравматичний стресовий розлад під час війни. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 5. С. 761-776.

16. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К. : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

17. Калужна Г. В. Термін посттравматичний стресовий розлад: віхи та особливості еволюції. *Молодий вчений*. Львів, 2020. Вип. 2.1 (78.1). С. 32–34.

18. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Університетське видавництво «Пульсари», 2017. 216 с.

19. Ковальчук Л. Г., Козуб Л. І., Левченко К. Б. Жінки. Мир. Безпека : інформаційно-навчальний посібник з гендерних аспектів конфліктів для фахівців сектору безпеки. 2017. 264 с.

20. Кокур О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

21. Корнбіхлер Т., Пезешкіан Н. Схід – Захід: позитивна психотерапія в діалозі культур. За участі М. Пезешкіана та Х. Пезешкіана ; пер. з нім., 2-е вид., доповнене. Полтава : Астроя, 2024. 197 с.
22. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід : наук.-практ. журнал*. Чорноморський держ. ун-т ім. Петра Могили ; ТОВ «ДСК Центр». К., 2016. С. 104–111.
23. Костюк Ю. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал*. Острог : Вид-во НаУОА, 2024. № 17. С. 21–27.
24. Кутішенко В. П., Ставицька С. О. Психологія розвитку та вікова психологія : практикум, навчальний посібник. Київ : Каравела, 2009. 448 с.
25. Левченко О. І. Соціально-психологічні особливості ідентичності жінки в умовах трансформацій українського суспільства. *Наукові записки НаУКМА. Психологія і педагогіка*. 2019. Т. 4. С. 56–61.
26. Лефтеров В., Самара О. Особливості психологічної реабілітації осіб, які переживають травматичні події війни. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. №1. С. 73–83.
27. Лукашенко (Галич) М. Ю., Галич Я. В. Застосування когнітивноповедінкової терапії в системі реабілітації постраждалих у збройних конфліктах. Актуальні проблеми психології: *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2019. Т. XI. Вип. 20. С.90–102.
28. Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / за заг. ред. Б. В. Михайлова. 2-е вид., перероб. і доп. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с.
29. Михайлова О. І. Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях : хрестоматія / упоряд. О. І. Михайлова. Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 249 с. С. 7.

30. Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. *Проблеми сучас. психології* : зб. наук. праць. Кам'янець-Подільський, 2011. Вип. 12. С. 687–696.
31. Національна служба здоров'я України. В ЄСОЗ протягом останніх двох років фіксується значне зростання звернень [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zrostanня-zvernenniv> (дата звернення: 10.03.25).
32. Пиголенко І. В., Пиголенко Ю. А., Кукса К. М. Вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я українців. *Науковий журнал «Габітус»*. 2023. № 45. С. 243-248.
33. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : методичний посібник / упор. : Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
34. Синьоок В. І. (упоряд.) Психологічні особливості прояву ПТСР у підлітків, які зазнали впливу війни : методичний посібник. Чорнобай, 2022. 45 с.
35. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К. : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
36. Українське суспільство в умовах війни. 2022 : колективна монографія / С. Дембиський, О. Злобіна, Н. Костенко та ін.; за ред. чл.-кор. НАН України, д. філос. н. Є. Головахи, д. соц. н. С. Макеєва. Київ : Інститут соціології НАН України, 2022. 410 с.
37. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. К. : Видавничий дім «Медкнига». С. 58.
38. Чорна В. В., Антомонов М. Ю., Павленко Н. П., Хлестова С. С., Коломієць В. В., Сирота М. Г. Посттравматичний стресовий розлад серед здобувачів вищої медичної та технічної освіти – реальна загроза сьогодення. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2024. Т. 28. №1. С. 121-126.
39. Шутяк І. А. Психологічна допомога при посттравматичному стресовому розладі. *Modern systems of science and education in the USA, EU and other countries: Conference proceedings*. January, 2023. С. 126-128.

40. Шпак М. М. Стресостійкість особистості в дискурсі сучасних психологічних досліджень. *Габітус : науковий журнал*. Гельветика, 2022. Вип. 39. С. 199-203.
41. Юридична психологія : наук. журн. / [редкол.: Ю. М. Чорноус (голов. ред.) та ін.]. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2022. № 1 (30). 114 с.
42. Horwitz A. V. DSM: A History of Psychiatry's Bible // *The FASEB Journal*. 2022. Received: 17 February 2022 ; Accepted: 17 February 2022. – DOI: 10.1096/fj.202200270.
43. Kardiner F. Traumatic Neurosis of War // In: Arietta S. (Ed.). *America Handbook of Psychiatry*. New York : Basic Books, 1959. Vol. 1. P. 245–257.
44. Murthy R. S., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings // *World Psychiatry*. 2006. Vol. 5, No. 1. P. 25–30. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/> (дата звернення: 08.04.25).
45. Peseschkian N. *Positive Psychotherapy: Theory and Practice of a New Method*. Springer, 1987.
46. Shapiro F. Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories // *Journal of Traumatic Stress*. 1989. Vol. 2. P. 199–223.

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)

Ім'я _____ вік _____

Інструкція. Уважно прочитайте опис різних психічних станів.

Якщо цей опис збігається з Вашим станом і стан виникає **часто**, то необхідно оцінити його в **2 бали**. Якщо цей стан виникає **зрідка**, то ставиться **1 бал**. Якщо **не** збігається з Вашим станом – **0 балів**.

Опис станів:

I. Шкала тривожності:

1. Не почуваю впевненості в собі.
2. Часто через дрібниці червонію.
3. Мій сон неспокійний.
4. Легко впадаю в зневіру.
5. Турбуюся тільки про уявлювані неприємності.
6. Мене лякають труднощі.
7. Люблю копатися у своїх недоліках.
8. Мене легко переконати.
9. Я недовірливий.
10. Я важко переносу час очікування.

II. Шкала фрустрації:

1. Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких усе-таки можна знайти вихід.
2. Неприємності мене сильно розстроюють, я падаю духом.
3. Під час великих неприємностей я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.
4. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.
5. Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її марною.
6. Я нерідко почуваюся беззахисним.
7. Іноді в мене буває стан розпачу.

8. Я почуваю розгубленість перед труднощами.
9. У важкі хвилини життя іноді поводжуся по дитячому, хочу, щоб пожаліли.
10. Вважаю недоліки свого характеру непоправними.

III. Шкала агресивності:

1. Залишаю за собою останнє слово.
2. Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.
3. Мене легко розсердити.
4. Люблю робити зауваження іншим.
5. Хочу бути авторитетом для інших.
6. Не задовольняюся малим, хочу найбільшого.
7. Коли розгніваюся, погано себе стримую.
8. Волю краще керувати, ніж підкорятися.
9. У мене різка, грубувата жестикуляція.
10. Я мстивий.

IV. Шкала ригідності:

1. Мені важко змінювати звички.
2. Нелегко переключати увагу.
3. Дуже насторожено ставлюся до всього нового.
4. Мене важко переконати.
5. Нерідко в мене не виходить з голови думка, якої слід було б позбутися.
6. Нелегко зближуюся з людьми.
7. Мене засмучують навіть незначні порушення плану.
8. Нерідко я виявляю впертість.
9. Неохоче йду на ризик.
10. Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.

Обробка результатів.

Підрахуйте суму балів за кожною групою запитань:

I. шкала тривожності =

II. шкала фрустрації =

III. шкала агресивності =

IV. шкала ригідності =

Інтерпретація результатів:

0 – 7 балів – низький рівень;

8 – 14 балів – середній рівень;
15 – 20 балів – високий рівень.

Додаток А1

Методика Айзенка. Самооцінка психічних станів

№	Ім'я	вік	місто	триво жніст ь	фрустрація	агресі я	ригідніст ь
1	Олена	40	Дніпро	1	3	4	7
2	Оксана	44	Рівне	13	13	9	12
3	Олена	60	Київ	4	4	4	4
4	Ольга	41	Канів	3	5	5	5
5	Олена	63	Київ	17	17	12	15
6	Наталя	51	Київ	18	17	0	15
7	Олена	50	Старокостянтинів	4	7	7	9
8	Оксана	43	Львів	7	7	5	11
9	Данієла	40	Буча	13	12	9	10
10	Ірина	47	Буча	11	8	9	11
11	Ольга	42	Черкаси	6	9	11	9
12	Анастасія	50	Тернопіль	5	3	4	7
13	Юлія	53	Київ	8	10	4	8
14	Олена	45	Вінниця	12	9	5	9
15	Марина	50	Миколаїв	12	10	7	9
16	Олена	47	Київ	15	14	8	9
17	Людмила	52	Ірпінь	10	13	3	11
18	Наталія	55	Вінниця	6	5	8	10
19	Уляна	46	Київ	8	10	6	9
20	Ольга	49	Київ	8	7	5	11
21	Тетяна	58	Запоріжжя	9	7	3	4
22	Наталя	45	Київ	12	8	7	8
23	Руслана	40	Хмельницький	13	12	10	13
24	Ліза	40	Житомир	14	10	6	10
25	Наталя	52	Хмельницьк	10	8	11	11
26	Людмила	53	Хмельницьк	7	6	4	6
27	Оксана	43	Київ	9	5	10	5
28	Яна	41	Буча	10	8	15	13
29	Олена	53	Бровари	2	3	3	5
30	Ольга	60	Покровськ	10	16	4	12

31	Ірина	35	Харків	13	14	5	9
32	Оксана	58	Бровари	12	12	10	12
33	Наталія	53	Дніпро	13	7	8	11
34	Валентина	60	Бровари	13	11	3	8
35	Света	45	Київ	14	10	7	12
36	Ганна	40	Нікополь	14	15	19	14
37	Катерина	56	Луганськ	10	11	8	9
38	Ірина	49	Бровари	12	9	14	12
39	Наталія	60	Київ	8	6	5	8
40	Валентина	60	Бровари	13	8	8	14
41	Оксана	40	Біла Церква	10	6	2	8
42	Людмила	41	Українка	9	8	3	18
43	Ірина	44	Черкаси	14	13	12	16
44	Інеса	52	Львів	9	14	5	8
45	Надія	40	Бровари	13	11	9	14
46	Лариса	56	Бровари	8	7	4	8
47	Оксана	46	Ніжин	5	1	4	3
48	Вікторія	45	Бахмут	14	12	15	12
49	Людмила	48	Луганськ	11	7	4	12

0-7 – низький

8-14 – середній

15-20 – високий

Додаток В1

Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності (Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна)

Ім'я _____ вік _____

Інструкція до першої групи:

Залежно від самопочуття в даний **МОМЕНТ**, вкажіть найбільш підходячу для Вас цифру:

«1» - ні, це зовсім не так; **«2»** - мабуть так; **«3»** - вірно; **«4»** - абсолютно правильно:

№пп	Судження СТ	Ні, це зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитеся в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4
7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4
13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості і напруги	1	2	3	4
16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і Вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно				

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття:

Прочитайте уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) підходячу для Вас цифру справа залежно від того, як Ви себе почуваєте **ЗВИЧАЙНО**: цифри справа означають:

«1» - майже ніколи; «2» - іноді; «3» - часто; «4» - майже завжди.

№пп	Судження ОТ	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення	1	2	3	4
2	Ви швидко втомлюєтеся	1	2	3	4
3	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4
5	Буває, що Ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком	1	2	3	4
7	Ви спокійні, холоднокровні і зібрані	1	2	3	4
8	Очікування труднощів дуже турбує Вас	1	2	3	4
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці	1	2	3	4
10	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4

11	Ви приймаєте все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Ви відчуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14	Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У Вас буває нудьга, туга	1	2	3	4
16	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4
17	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють Вас	1	2	3	4
18	Ви так сильно переживаєте своє розчарування, що потім довго не можете про них забути	1	2	3	4
19	Ви врівноважена людина	1	2	3	4
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли Ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

- 0-30 балів – низький рівень тривожності;
- 31-45 балів – помірний рівень тривожності;
- вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Додаток В1

Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності (ч.д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна)

	Ім'я	місто	Реактивна трив.	Особистісна трив
1	Олена 40	Дніпро	45	39
2	Оксана 44	Рівне	58	58

3	Олена	Київ	40	30
4	Ольга	Канів	35	34
5	Олена	Київ	64	56
6	Наталя	Київ	67	79
7	Оксана	Львів	34	42
8	Данієла	Буча	76	61
9	Ірина	Буча	51	61
10	Ольга	Черкаси	36	45
11	Анастасія	Тернопіль	37	38
12	Олена	Старокостянтинів	42	39
13	Юлія	Українка	39	50
14	Олена	Вінниця	53	43
15	Марина	Миколаїв	48	51
16	Олена	Київ	45	51
17	Людмила	Ірпінь	50	60
18	Наталя	Вінниця	46	40
19	Уляна	Київ	44	48
20	Ольга	Київ	38	45
21	Тетяна	Запоріжжя	30	40
22	Наталя	Київ	38	47
23	Руслана	Хмельницький	65	58
24	Ліза	Житомир	60	52
25	Наталя	Хмельницьк	42	47
26	Людмила	Хмельн	43	38
27	Оксана	Київ	41	41
28	Яна	Буча	45	40
29	Олена	Бровари	28	33

0-30 – низький рівень

31-45 – середній

Вище 45 – високий

Додаток С

Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова

Ім'я _____ вік _____

Місце проживання станом на 24 лютого 2022 року (місто, область) _____

Чи перебували Ви в окупації? _____

Чи були Ви тимчасово переміщеною особою ? (якщо так, то протягом якого часу) _____

Інструкція:

Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану або поглядам у **даний час**.

У кожній колонці на бланку відповідей під номером твердження обведіть цифру, що означає Вашу відповідь:

5 = “абсолютно вірно”;

4 = “скоріше вірно”;

3 = “частково вірно, почасти невірно”;

2 = “скоріше невірно”;

1 = “абсолютно невірно”

№/н п	твердження	5	4	3	2	1
1	Вранці я прокидаюся свіжим та відпочилим.	5	4	3	2	1
2	Я добре координую свої рухи.	5	4	3	2	1
3	Я відчуваю втому	5	4	3	2	1
4	Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.	5	4	3	2	1
5	Раптово у мене буває сильне серцебиття.	5	4	3	2	1
6	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.	5	4	3	2	1

7	Світ, який мене оточує, здається нереальним.	5	4	3	2	1
8	Я здригаюся від раптового шуму.	5	4	3	2	1
9	Я настільки живо згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх.	5	4	3	2	1
10	Я абсолютно здоровий фізично.	5	4	3	2	1
11	Мені приносить задоволення знаходитися серед людей.	5	4	3	2	1
12	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.	5	4	3	2	1
13	Мене не можна звинуватити в тому, що я розсіяний.	5	4	3	2	1
14	Я часто бачу один і той же страшний сон.	5	4	3	2	1
15	Безумовно, я винуватий перед людьми.	5	4	3	2	1
16	Дурниці дратують мене.	5	4	3	2	1
17	Я намагаюся не дивитися телевизор, якщо показують хроніку драматичних подій.	5	4	3	2	1
18	Мені подобається моя робота.	5	4	3	2	1
19	Я пережив серйозну втрату.	5	4	3	2	1
20	Я добре висипаюся ночами.	5	4	3	2	1
21	Я ніколи не бачу страшних снів.	5	4	3	2	1
22	Іноді мені хочеться напитися.	5	4	3	2	1
23	Мої близькі сильно турбуються через мою роботу.	5	4	3	2	1
24	У мене буває відчуття, що час тече ніби уповільнено.	5	4	3	2	1
25	Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.	5	4	3	2	1
26	Багато речей втратили для мене інтерес.	5	4	3	2	1
27	Без жодного приводу я можу вийти із себе.	5	4	3	2	1
28	Мені слід було б дотримуватися дієти.	5	4	3	2	1
29	Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.	5	4	3	2	1
30	Буває, що я забуваю речі.	5	4	3	2	1
31	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.	5	4	3	2	1
32	Мені необхідно краще контролювати емоції.	5	4	3	2	1
33	Минулі події підчас згадуються більш яскраво, ніж те, що відбувається зараз.	5	4	3	2	1
34	Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.	5	4	3	2	1
35	Я прокидаюся від раптового страху.	5	4	3	2	1
36	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати в колишньому ритмі.	5	4	3	2	1
37	Часом я відчувають озноб.	5	4	3	2	1
38	Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в біду.	5	4	3	2	1
39	Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.	5	4	3	2	1

40	Я відчуваю себе більш досвідченою людиною, ніж багато хто з моїх однолітків.	5	4	3	2	1
41	Мені важко заснути.	5	4	3	2	1
42	Я відчуваю самотність.	5	4	3	2	1
43	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно.	5	4	3	2	1
44	Я відчуваю, що стаю іншою людиною.	5	4	3	2	1
45	Часом мене радують найнезначніші речі.	5	4	3	2	1
46	Я відчуваю прилив сил.	5	4	3	2	1
47	Вранці я дуже важко прокидаюся.	5	4	3	2	1
48	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.	5	4	3	2	1
49	Я відчуваю сором.	5	4	3	2	1
50	Зазвичай, я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.	5	4	3	2	1
51	Я настільки міцно сплю, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені перешкодити.	5	4	3	2	1
52	Мені кажуть, що я скрикую уві сні.	5	4	3	2	1
53	Я часто думаю про майбутнє.	5	4	3	2	1
54	Іноді я серджуся.	5	4	3	2	1
55	Я боюся, що можу накоїти щось всупереч своїм намірам.	5	4	3	2	1
56	Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.	5	4	3	2	1
57	Останнім часом мій настрій погіршився.	5	4	3	2	1
58	Мені немає на кого покластися.	5	4	3	2	1
59	Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.	5	4	3	2	1
60	Безумовно, я люблю ризикувати.	5	4	3	2	1
61	Мені подобається "чорний гумор".	5	4	3	2	1
62	Я в усьому покладаюся на самого себе.	5	4	3	2	1
63	Я постійно відчуваю потребу що-небудь їсти, навіть не відчуваючи голоду.	5	4	3	2	1
64	Іноді мені здається, що я заплутався в житті.	5	4	3	2	1
65	Мені здається, що я не зумів зробити те, що від мене вимагалось.	5	4	3	2	1
66	Я відчуваю інтерес і смак до життя.	5	4	3	2	1
67	Мені весело та легко в компанії друзів.	5	4	3	2	1
68	Я багато і плідно працюю.	5	4	3	2	1
69	Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ.	5	4	3	2	1
70	Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.	5	4	3	2	1
71	Я ніколи не відчував страху.	5	4	3	2	1
72	Мені було б корисно побути на самоті.	5	4	3	2	1
73	Роблячи яку-небудь справу, я часто думаю зовсім про інше.	5	4	3	2	1
74	Моє життя різноманітне і насичене подіями.	5	4	3	2	1
75	Я ніколи не вчиняв так, щоб потім було б соромно.	5	4	3	2	1

76	Чужі труднощі мало кого хвилюють.	5	4	3	2	1
77	Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.	5	4	3	2	1
78	Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.	5	4	3	2	1
79	У житті мені довелося пережити таке, що краще не згадувати.	5	4	3	2	1
80	Я гостро сприймаю чужий біль	5	4	3	2	1
81	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю.	5	4	3	2	1
82	Мене турбують головні болі.	5	4	3	2	1
83	Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.	5	4	3	2	1
84	Я не проти додаткового заробітку.	5	4	3	2	1
85	Сторонні звуки відволікають мене.	5	4	3	2	1
86	Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа мене не стосується.	5	4	3	2	1
87	Я вірю в торжество справедливості.	5	4	3	2	1
88	Моє серце працює як звичайно.	5	4	3	2	1
89	Іноді я приймаю пігулки.	5	4	3	2	1
90	Є речі, які я не можу собі пробачити.	5	4	3	2	1
91	Безумовно, мені потрібен час, щоб опанувати себе.	5	4	3	2	1
92	Алкоголь добре знімає будь-який стрес.	5	4	3	2	1
93	Я не схильний скаржитися на здоров'я.	5	4	3	2	1
94	Мені хочеться все трошити на своєму шляху.	5	4	3	2	1
95	Більшість людей стурбовані лише власним благополуччям.	5	4	3	2	1
96	Мені важко стримувати свій гнів.	5	4	3	2	1
97	Я не вважаю, що правий той, хто сильніший.	5	4	3	2	1
98	Я ніколи не втрачав свідомість.	5	4	3	2	1
99	Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.	5	4	3	2	1
100	Я придбав у житті хороших друзів.	5	4	3	2	1
101	Мене вважають урівноваженою людиною.	5	4	3	2	1
102	Нервово напруження добре знімає сауна.	5	4	3	2	1
103	Я відчуваю розгубленість.	5	4	3	2	1
104	Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.	5	4	3	2	1
105	Я працюю, не відчуваючи втоми.	5	4	3	2	1
106	Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.	5	4	3	2	1
107	Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.	5	4	3	2	1
108	Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.	5	4	3	2	1
109	Я почуваю себе цілком впевненим.	5	4	3	2	1
110	Мені є за що дякувати долі.	5	4	3	2	1

«Ключ»

Обробка результатів

1	Олена	40	Дніпро	45	40	68	60	78	76
2	Оксана	44	Рівно	70	54	69	60	70	74
3	Олена	60	Київ	38	40	38	34	52	74
4	Ольга	41	Канів	42	46	43	46	41	46
5	Олена	63	Київ	78	64	70	72	76	74
6	Наталя	51	Київ	77	42	69	78	76	76
7	Олена	50	Вінниця	59	66	43	59	55	62
8	Оксана	43	Львів	48	42	38	50	56	52
9	Дана	40	Буча	56	48	55	44	55	54
10	Ірина	47	Буча	61	74	46	70	55	76
11	Ольга	42	Чернігів	53	66	46	56	50	50
12	Настя	50	Тернопіль	44	62	38	50	42	42
13	Юлія	53	Київ	53	36	40	60	59	56
14	Олена	45	Вінниця	66	40	52	51	77	74
15	Марина	50	Миколаїв	57	62	50	51	58	66
16	Олена	47	Київ	66	56	52	68	68	68
17	Людмила	52	Ірпінь	67	64	46	74	67	66
18	Наталя	55	Вінниця	56	62	44	54	55	54
19	Уляна	46	Київ	56	42	50	60	55	54
20	Ольга	49	Київ	57	58	46	59	55	64
21	Тетяна	58	Запоріжжя	54	74	46	58	52	40
22	Наталя	45	Хмельн.	56	64	50	48	59	60
23	Руслана	40	Житомир	64	42	52	68	69	66
24	Ліза	40	Житомир	72	60	68	60	67	56
25	Наталя	52	Вінниця	60	40	46	67	58	52
26	Людмила	53	Вінниця	55	46	43	46	54	68
27	Оксана	43	Київ	62	48	60	56	68	56
28	Яна	41	Буча	63	42	66	52	72	56
29	Олена	53	Бровари	40	40	32	36	56	40
30	Ольга	60	Покровськ	74	58	66	76	68	80
31	Ірина	35	Харків	67	46	64	69	66	68
32	Оксана	58	Бровари	57	52	55	60	54	60
33	Наталія	53	Дніпро	64	54	62	52	64	76
34	Валентиа	60	Бровари	68	50	72	64	64	66
35	Света	45	Київ	55	50	50	54	55	54
36	Ганна	40	Нікополь	79	50	68	74	84	76
37	Катерина	56	Луганськ	53	40	38	68	56	56
38	Ірина	49	Бровари	69	50	64	60	76	70
39	Наталя	60	Київ	47	40	55	42	50	46
40	Валенти н	60	Бровари	73	74	64	74	70	62
41	Оксана	40	Б. Церква	46	64	43	41	50	40
42	Людмила	41	Українка	67	58	64	56	64	78
43	Ірина	44	Черкаси	88	56	82	79	85	85
44	Інеса	52	Львів	67	64	55	72	58	62
45	Надія	40	Бровари	58	58	46	60	60	64
46	Лариса	56	Бровари	47	42	43	56	62	54

47	Оксана	46	Ніжин	40	42	38	46	37	48
48	Вікторія	45	Бахмут	73	58	74	64	77	68
49	Людмила	48	Луганськ	62	72	56	56	58	64

До 50 – відсутні симптоми

50 до 65 Т-балів – незначно виражений

65-70 Т-балів -частковий розлад

вище 70 Т-балів – клінічно виражений розлад