

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Вплив посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя в  
умовах пролонгованого стресу**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 року ОР Магістр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня програма «Клінічна психологія з  
основами психотерапії»)

Жидик Анастасії Максимівни

**Науковий керівник:**

Докторка філософії у галузі психології (PhD),  
асистентка кафедри психодіагностики та  
клінічної психології,

Молотокас Антоніна Андріївна

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №\_**

**Протокол №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_ року**

**Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології**

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

**Київ – 2026**

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ВСТУП .....  | 4  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ В УМОВАХ ПРОЛОНГОВАНОГО СТРЕСУ .....                | 9  |
| 1.1. Посттравматичний стресовий розлад як психологічний феномен: поняття, етіологія та основні симптоми .....  | 9  |
| 1.2. Сексуальне життя та сексуальне благополуччя як складові психологічного благополуччя особистості .....   | 21 |
| 1.3. Психологічні механізми впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя та стосунки в умовах пролонгovanого стресу....                  | 29 |
| Висновок до розділу 1 .....  | 39 |
| РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ В УМОВАХ СТРЕСУ ..... | 41 |
| 2.1. Огляд методології дослідження.....  | 41 |
| 2.2. Опис психометричного інструментарію.....  | 43 |
| 2.3. Опис дизайну дослідження та вибірки .....   | 49 |
| 2.4. Методи статистичного аналізу даних .....  | 53 |
| Висновок до розділу 2 .....  | 55 |
| РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ В УМОВАХ ПРОЛОНГОВАНОГО СТРЕСУ .....   | 56 |
| 3.1. Первинний аналіз даних: описові характеристики, перевірка розподілу та аналіз зв'язків між номінальними змінними .....                              | 56 |
| 3.2. Порівняльний аналіз групових відмінностей у показниках сексуального благополуччя, посттравматичних симптомів та психологічного дистресу .....       | 63 |
| 3.3. Аналіз впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя в умовах пролонгovanого стресу.....   | 73 |
| 3.4. Розробка рекомендацій щодо психологічної підтримки осіб із посттравматичними симптомами та порушенням сексуального благополуччя .....               | 77 |
| Висновок до розділу 3 .....  | 81 |
| ВИСНОВКИ.....  | 84 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....  | 87 |

ДОДАТКИ..... 100

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** У сучасних умовах зростання рівня стресових і травматичних подій, зокрема в контексті повномасштабної війни в Україні, проблема психічного здоров'я набуває особливої значущості. Одним із найпоширеніших наслідків травматичного досвіду є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який супроводжується порушеннями емоційної регуляції, когнітивного функціонування та міжособистісних відносин. Водночас сексуальне благополуччя, як важлива складова якості життя особистості, часто залишається недостатньо дослідженим у контексті психотравматизації, попри його значущу роль у психологічному функціонуванні та партнерських стосунках.

Симптоми ПТСР, зокрема уникання, емоційне відсторонення, гіперзбудження та негативні зміни у когніціях і настрої, можуть суттєво впливати на інтимну сферу життя людини, знижуючи рівень сексуального благополуччя. Додатково цей вплив може посилюватися супутніми психологічними чинниками, такими як підвищений рівень сприйнятого стресу, тривожності та депресії, що робить дослідження даної проблематики особливо актуальним у сучасних соціальних умовах.

Дослідженням проблеми посттравматичного стресового розладу займалися такі науковці, як Б. ван дер Колк, Дж. Брювін, А. Еллерс, Д. Кларк, Р. Єгуда, С. Гобфол, а також інші дослідники, які розглядали механізми формування, перебігу та наслідків травматичного досвіду. Питання сексуального благополуччя та його психологічних детермінант висвітлювалися у працях В. Гупаловської, Е. Дінера, К. Снайдера, а також у сучасних дослідженнях, присвячених якості життя та інтимним стосункам.

Незважаючи на значну кількість наукових праць, присвячених окремо ПТСР та сексуальності, проблема їх взаємозв'язку, особливо в умовах тривалого стресу, залишається недостатньо вивченою. Це зумовлює необхідність подальших емпіричних досліджень, спрямованих на виявлення

особливостей впливу посттравматичної симптоматики на сексуальне благополуччя особистості.

**Мета дослідження:**

Виявити вплив посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя в умовах пролонгованого стресу.

**Завдання дослідження.**

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу та сексуального благополуччя;
2. Визначити рівень вираженості посттравматичних симптомів, сприйнятого стресу, тривожності та депресивної симптоматики у вибірці;
3. Порівняти чоловічу та жіночу вибірки щодо вираженості посттравматичних симптомів, сприйнятого стресу, тривожності, депресивної симптоматики та сексуального благополуччя;
4. Проаналізувати взаємозв'язки між показниками посттравматичних симптомів, тривоги, стресу, депресії та сексуального благополуччя, а також виявити роль супутніх психологічних чинників (стресу, тривоги, депресії) у впливі посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя.

**Об'єкт дослідження:**

сексуальне благополуччя.

**Предмет дослідження:**

вплив посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя в умовах пролонгованого стресу.

**Гіпотеза дослідження:**

Посттравматичні симптоми негативно пов'язані із сексуальним благополуччям, а супутні психологічні чинники, насамперед депресивна симптоматика, посилюють цей зв'язок.

### **Методи дослідження.**

- Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблеми посттравматичного стресового розладу, сексуального благополуччя та їх взаємозв'язку в умовах стресу.
- Емпіричні методи: опитування з використанням стандартизованих методик: Міжнародного опитувальника травми (ITQ) (Ho et al., 2023), Шкали сприйнятого стресу (PSS-10) (Вельдбрехт & Тавровецька, 2022), Шкали генералізованої тривоги (GAD-7) (Aleksina et al., 2024), блоку оцінки депресії опитувальника Patient Health Questionnaire (PHQ) (Хаустова та ін., 2014), а також опитувальника суб'єктивного сексуального благополуччя В. А. Гупаловської (Hupalovska, 2021); анкетування для збору соціально-демографічних даних.
- Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів математичної статистики: описової статистики (обчислення середніх значень, медіани, стандартного відхилення, мінімальних і максимальних значень), перевірки нормальності розподілу даних (критерій Колмогорова-Смірнова, Шапіро-Уїлка), аналізу міжгрупових відмінностей (t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, критерій Манна-Вітні, однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA, ANOVA Велча, критерій Краскела-Уолліса), пост-хок порівнянь (Games-Howell, Dwass-Steel-Critchlow-Fligner), аналізу зв'язків між змінними (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, таблиці сполучення, критерій  $\chi^2$  Пірсона), а також методів регресійного аналізу (проста та множинна лінійна регресія, модераційний аналіз).

### **Дослідницька вибірка.**

Дослідницьку вибірку склали  $N = 83$  повнолітні респонденти віком від 18 до 54 років ( $M = 29.0$ ,  $SD = 7.34$ ), які є громадянами України. Вибірка була збалансованою за статтю (53.0% жінок, 47.0% чоловіків), більшість учасників

перебували у стабільних партнерських стосунках (72.3%). Усі респонденти мали досвід переживання травматичної події.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в уточненні особливостей взаємозв'язку між посттравматичними симптомами, психологічним дистресом і сексуальним благополуччям у дорослих громадян України, які мають досвід переживання травматичних подій. На підставі емпіричних даних показано, що загальний рівень сексуального благополуччя має статистично значущий негативний зв'язок із посттравматичними симптомами, тривожністю та, найбільшою мірою, депресивною симптоматикою; при цьому прямий зв'язок зі сприйнятим стресом не досягає рівня статистичної значущості. У межах даної вибірки встановлено, що посттравматичні симптоми виступають значущим негативним предиктором сексуального благополуччя, однак після одночасного врахування посттравматичних симптомів, стресу, тривожності та депресії саме депресивна симптоматика виявляється ключовим предиктором зниження сексуального благополуччя. Окрім цього, конкретизовано групові відмінності: жінки порівняно з чоловіками демонструють вищі рівні почуття загрози, емоційної дисрегуляції, сприйнятого стресу, тривожності та депресії, тоді як чоловіки мають вищі показники сексуальної та кількісної потреби; встановлено, що найбільш виражені посттравматичні прояви спостерігаються у перші місяці після травматичної події, а найбільш неоднорідні та психологічно уразливі профілі виявляються у групах міжособистісного насильства та осіб із епізодичним зверненням по психологічну допомогу.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає в можливості використання встановлених закономірностей у практиці психологічного консультування, психотерапії та психопросвітницької роботи з особами, які пережили травматичні події. Отримані результати можуть бути застосовані для раннього виявлення чинників ризику зниження сексуального

благополуччя, зокрема вираженої депресивної симптоматики, посттравматичних проявів і підвищеної тривожності. Встановлена провідна роль депресивних проявів у зниженні сексуального благополуччя дає підстави рекомендувати включення оцінки емоційного стану до програм психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом. Результати дослідження можуть бути використані при розробці програм психокорекції, спрямованих на відновлення емоційної регуляції, покращення міжособистісної та сексуальної комунікації, зниження рівня дистресу та підвищення якості партнерських стосунків. Також матеріали роботи можуть бути корисними для підготовки практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і фахівців кризової допомоги, які працюють із населенням в умовах тривалого стресу та наслідків травматизації.

**Достовірність і обґрунтованість наукових результатів** забезпечувалися теоретичним аналізом сучасних наукових джерел із проблематики дослідження, використанням валідного та стандартизованого психодіагностичного інструментарію, відповідністю застосованих методів меті та завданням дослідження, достатнім обсягом вибірки, дотриманням етичних принципів збору даних, а також застосуванням адекватних методів математико-статистичної обробки емпіричних результатів.

### **Структура та обсяг роботи.**

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох основних розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Бібліографічний список містить 96 найменувань, з яких 75 – іноземними мовами. У роботі вміщено 3 таблиці та 20 рисунків. Обсяг основного тексту становить 86 сторінок, а загальний обсяг роботи – 101 сторінка.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ В УМОВАХ ПРОЛОНГОВАНОГО СТРЕСУ

#### **1.1. Посттравматичний стресовий розлад як психологічний феномен: поняття, етіологія та основні симптоми**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) належить до психічних розладів, етіологічно пов'язаних із впливом подій, що включають реальну або потенційну загрозу смерті, серйозного ушкодження чи сексуального насильства. Його наукове вивчення сформувалося на перетині клінічної психології, психіатрії, психофізіології та соціальних наук, оскільки наслідки травматичного досвіду можуть проявлятися у когнітивних процесах, емоційній регуляції, поведінкових стратегіях і соціальному функціонуванні.

Узгоджені міжнародні діагностичні описи підкреслюють, що ПТСР є стійким психічним розладом, симптоми якого зберігаються понад один місяць після травматичної події, спричиняють клінічно значущий дистрес або порушення повсякденного функціонування та охоплюють чотири основні кластери: повторне переживання травми, уникання пов'язаних із нею стимулів, негативні зміни у когніціях і настрої та підвищену збудливість і реактивність. Водночас більшість осіб, які пережили травматичні події, не мають ПТСР, демонструючи тимчасові або субклінічні реакції та значний рівень психологічної стійкості (Center for Substance Abuse Treatment (US), 2014; Koenen et al., 2017).

У когнітивній моделі ПТСР розглядається як психологічний феномен – форма порушення перероблення травматичного досвіду, за якої симптоматика зберігається внаслідок формування стійкого відчуття актуальної загрози. Таке переживання підтримується надмірно негативними інтерпретаціями травматичної події та її наслідків, а також специфічними порушеннями

автобіографічної пам'яті, зокрема недостатньою контекстуалізацією і фрагментованістю спогадів. Водночас збереженню симптомів сприяють проблемні когнітивні й поведінкові стратегії (уникання, румінації, поведінка безпеки), які перешкоджають зміні оцінок і переробленню травматичних спогадів. Така оптика не заперечує діагностичної значущості клінічних критеріїв, але дає змогу концептуалізувати ПТСР у категоріях психологічних механізмів, що підтримують симптоматику та визначають індивідуальні траєкторії перебігу розладу (Brewin et al., 1996; Ehlers & Clark, 2000).

Опис психічних наслідків травматичних подій має тривалу історію, пов'язану з війнами, техногенними катастрофами та насильницькими подіями. У медико-психологічній традиції фіксувалися стани, що виникали після бойових дій і характеризувалися виснаженням, тривогою, порушеннями сну та нав'язливими спогадами. Однак тривалий час ці явища пояснювалися переважно конституційними особливостями, слабкістю нервової системи або морально-вольовими дефіцитами (Прокоф'єва, 2022: 113). Перехід до більш сучасної логіки пояснення відбувався разом із накопиченням даних, які демонстрували зв'язок між інтенсивністю/характером події та стійкими психічними наслідками у людей без попередньої психопатології (Jones & Wessely, 2001).

Ключовою віхою стало включення ПТСР до DSM-III у 1980 році (Костюк, 2024), що відобразило зміни у науковому та суспільному розумінні психологічної травми і закріпило уявлення про можливість довготривалих наслідків травматичних подій у широких груп населення. Сучасні огляди історії діагнозу підкреслюють зв'язок його формування з дослідженнями ветеранів війни у В'єтнамі, пережилих геноцидів і різних форм міжособистісного насильства, а також із потребою стандартизувати опис симптомів і порушення функціонування (Figley, 1978; Friedman, 2017).

Таким чином, історична еволюція уявлень про посттравматичні стани відображає рух від розрізнених описів постстресових синдромів до концепції

розладу, етіологічно пов'язаного з травматичною подією та операціоналізованого через визначені діагностичні критерії.

У сучасній науці поняття ПТСР фіксується у міжнародних класифікаціях, які задають рамки для клініко-психологічної оцінки. За критеріями DSM-5/DSM-5-TR ПТСР визначається як розлад, що розвивається після експозиції до травматичної події та проявляється чотирма групами симптомів: інтрузіями, униканням, негативними змінами у когніціях та настрої і змінами у збудженні/реактивності; симптоми мають тривати понад місяць і зумовлювати клінічно значущий дистрес або порушення функціонування (American Psychiatric Association, 2022).

У класифікації ICD-11 підхід є більш лаконічним. ПТСР описується через три основні кластери: повторне переживання травми в теперішньому, уникання нагадувань і стійке відчуття поточної загрози, що виявляється у гіпернастороженості та підвищеній реакції переляку (World Health Organization, 2022). У визначеннях ВООЗ додатково наголошується на порушенні щоденного функціонування як діагностично значущому компоненті (Cloitre, 2020; Kessler et al., 2017).

Розбіжності між DSM і ICD стосуються ступеня деталізації симптоматики та концептуальних акцентів, зокрема різного обсягу негативних когнітивно-емоційних змін у діагностичній структурі. Порівняльні аналізи DSM та ICD підкреслюють, що відмінності мають значення для оцінки поширеності, коморбідності та меж діагнозу у дослідженнях (Stein et al., 2017).

У науковій психологічній літературі ці визначення часто уточнюються через категорії порушеної адаптації. ПТСР описується як стійкий наслідок травматичного досвіду, за якого система детекції загрози та механізми перероблення емоційно насичених спогадів підтримують симптоми, а когнітивні оцінки події та її наслідків сприяють їхній хроніфікації. Таке трактування сумісне з діагностичними критеріями, але переносить пояснювальний центр на психологічні процеси (Yehuda et al., 2015).

Розуміння ПТСР у категоріях психологічного феномену спирається на уявлення про те, що травматична подія руйнує звичні схеми прогнозування та контролю, а наслідки визначаються не лише фактом експозиції, а й тим, як подія кодується у пам'яті, інтерпретується та інтегрується в автобіографічний досвід. Когнітивна модель Ейлерс і Кларка описує персистування ПТСР через формування стійкого відчуття поточної загрози, яке підтримується негативними інтерпретаціями травми та/або її наслідків і специфікою травматичної пам'яті, що робить інтрузії більш імовірними та емоційно насиченими (Ehlers & Clark, 2000).

На рівні механізмів пам'яті та образного відтворення впливовою є теорія подвійного представлення описана Брювіном, Далглішем і Джозефом, які підкреслюють існування різних форм репрезентації травматичного досвіду (вербально доступної та ситуаційно/автоматично доступної), що допомагає пояснити феноменологію “повторного проживання” та труднощі довільного контролю спогадів у ПТСР. У такій перспективі симптоми трактуються як наслідок дисоціації між контекстуалізованим автобіографічним пригадуванням і сенсорно-афективними фрагментами, які активуються нагадуваннями (Brewin et al., 1996).

Психологічна феноменологія ПТСР також включає зміни в саморегуляції, зокрема підвищену настороженість, зсув уваги до сигналів небезпеки, труднощі відновлення після стресу, порушення сну та зниження толерантності до невизначеності. Огляди нейробіології ПТСР підкреслюють, що ці прояви пов'язані із дисрегуляцією систем, відповідальних за реакції страху та стресу, що узгоджується з психологічними описами стійкої загрозової готовності та проблем інгібіторного контролю над реакціями на нагадування (Yehuda et al., 2015). У результаті ПТСР постає як стан, у якому травматичний досвід організовує сприйняття, пам'ять, емоційні реакції та поведінкові стратегії, формуючи відносно стабільний спосіб взаємодії з реальністю, що супроводжується дистресом і порушенням функціонування.

Диференціація ПТСР від суміжних станів ґрунтується на часових параметрах, структурі симптомів і обов'язковій етіологічній прив'язаності до травматичної події. У DSM гострий стресовий розлад відрізняється передусім часовим вікном (симптоми тривають від кількох днів до місяця після травми), тоді як для ПТСР характерна тривалість понад місяць за наявності визначених кластерів симптомів і функціонального порушення (American Psychiatric Association, 2022).

Адаптаційні розлади пов'язуються зі стресорами, що не обов'язково відповідають критерію травматичної події, і описують емоційні та поведінкові симптоми як реакцію на життєві зміни. У випадку ПТСР ключовою є експозиція до травми з характерною посттравматичною симптоматикою повторного переживання та уникання, яка безпосередньо пов'язана з подією (Горбунова, 2015). Відмежування від тривожних розладів, зокрема, генералізованого тривожного розладу або панічного розладу, здійснюється за наявністю травматичного тригера та специфічної феноменології інтрузій і реакцій на нагадування, що займають центральне місце у діагностичних описах ПТСР (Center for Substance Abuse Treatment (US), 2014).

Етіологічна специфіка ПТСР полягає у його обов'язковому зв'язку з експозицією до події, що має характеристики екстремальної загрози. У діагностичній рамці DSM-5 критерієм А є контакт із реальною або загрозовою смертю, тяжким пораненням чи сексуальним насильством, що може відбуватися через безпосереднє переживання, свідчення, повідомлення про подію, яка сталася з близькою людиною, або повторювану професійну експозицію до деталей подій (наприклад, у службових контекстах) (Kilpatrick et al., 2013). В ICD-11 ключовою умовою виступає переживання події (або низки подій), яка є винятково загрозовою або негативно вражаючою, з подальшим формуванням тріади симптомних кластерів (World Health Organization, 2022). У роботах із залученням емпіричних даних підкреслюється, що така формула менше залежить від переліку типів подій і більше від їх загрозового значення (Møller et al., 2020).

Психотравмуюча подія у психологічному сенсі визначається не лише об'єктивною інтенсивністю, а й тим, що вона порушує базові уявлення про передбачуваність і керованість середовища та перевищує доступні на момент події ресурси саморегуляції. Звідси впливає роль суб'єктивної значущості: метааналітичні дані показують, що сприйнята загроза життю під час травми належить до відносно сильних предикторів подальших посттравматичних симптомів (Ozer et al., 2003). Суб'єктивні оцінки включають переживання неминучості шкоди, інтенсивність перитравматичних емоційних реакцій і змістові інтерпретації наслідків події, які можуть визначати, наскільки пережите досвідчується як триваюча небезпека у теперішньому.

Індивідуальні відмінності у формуванні ПТСР описуються через сукупність преморбідних характеристик, попереднього досвіду та особливостей психологічного реагування під час і після травми. Метааналізи ризикових чинників у дорослих узгоджено вказують на внесок попередніх травматичних подій, загальної дитячої несприятливості та психіатричного анамнезу як факторів, що підвищують імовірність ПТСР після нової експозиції (Brewin et al., 2000). Такі змінні можна інтерпретувати як маркери вразливості систем стрес-реагування і саморегуляції, а також як передумови формування стійких негативних очікувань щодо безпеки та контролю.

Важливе місце посідають механізми емоційної регуляції. Метааналіз, присвячений зв'язку між посттравматичними симптомами та параметрами емоційної регуляції, показує стабільні асоціації між труднощами регуляції емоцій і більшою вираженістю симптоматики. Лонгітюдні дані також свідчать, що емоційна дизрегуляція у посттравматичний період може передбачати тяжчі симптоми у подальші місяці (Forbes et al., 2020; Seligowski et al., 2015). У межах цього підходу емоційна регуляція розглядається як процес, що впливає на утримання уваги, переносимість афекту, здатність інтегрувати травматичні спогади в автобіографічний наратив і модулювати фізіологічне збудження.

Стиль подолання стресу є ще одним пояснювальним виміром. Дані метааналітичних досліджень стратегій копінгу після травми демонструють, що унікальні форми копінгу асоціюються з більшою психологічною дистресовістю у травма-експонованих вибірках (Littleton et al., 2007). У контексті ПТСР це узгоджується з моделями підтримання симптомів, де уникання перешкоджає оновленню загрозливих оцінок і збереженню травматичної пам'яті у фрагментованому, легко активованому стані. Поряд із копінгом розглядається психологічна стійкість як ресурс, що пов'язаний із кращою адаптацією після травми. Огляди літератури описують резильєнтність як багатовимірний конструкт, пов'язаний із підтриманням функціонування попри стресові впливи, із помітною варіативністю залежно від контексту та характеристик подій (Agaibi & Wilson, 2005).

Післятравматичне соціальне середовище впливає на траєкторію симптомів через доступність допомоги, якість міжособистісних стосунків, рівень безпеки і стабільності, а також через соціальні норми щодо обговорення пережитого (Ozer et al., 2003). У метааналізі предикторів ПТСР посттравматична соціальна підтримка входить до числа найстійкіших факторів, пов'язаних із меншою ймовірністю розвитку розладу та нижчою тяжкістю симптомів. Окремі метааналітичні огляди соціальної підтримки у ветеранів і військових контекстах також вказують на статистично значущий зв'язок між низькою підтримкою та вищими показниками ПТСР (Wright et al., 2013).

Сучасна метааналітична література розглядає соціальну підтримку, окрім іншого, як змінну, на яку можуть впливати самі посттравматичні симптоми, зокрема уникання, емоційне відсторонення, роздратівливість. Це ускладнює причинні висновки у поперечних дослідженнях і підсилює значення лонгітюдних дизайнів. Для етіологічної інтерпретації це означає, що соціальні чинники функціонують як елементи середовища, здатні або підтримувати відновлення через відчуття безпеки та спільне смислотворення,

або посилювати ризик через ізоляцію, стигматизацію та дефіцит практичних ресурсів у післятравматичному періоді (Wang et al., 2021).

Психологічні прояви ПТСР мають кореляти у функціонуванні систем стрес-реактивності та нейронних мереж, залучених до навчання страху, розпізнавання загрози, контекстуалізації пам'яті й гальмівного контролю. У нейронаукових оглядах ПТСР описується як стан, пов'язаний із труднощами відновлення фізіологічної рівноваги після стресу та зі стійкими змінами у реактивності на загрозові стимули, що узгоджується з феноменологією гіпернастороженості й підвищеного стартл-рефлексу (Yehuda et al., 2015). На нейропсихологічному рівні це може проявлятися зсувами уваги у бік сигналів небезпеки, зниженням ефективності контролю над автоматичними реакціями та підвищеною ймовірністю мимовільної активації травматичних спогадів під впливом нагадувань.

Психологічно значущим чинником, який поєднує події та психофізіологічні механізми, є перитравматична дисоціація. Метааналізи показують, що дисоціативні реакції під час події або відразу після неї належать до найсильніших предикторів подальших посттравматичних симптомів у різних типах травм (Lensvelt-Mulders et al., 2008). У психологічній інтерпретації дисоціація може ускладнювати інтеграцію інформації про подію, сприяти фрагментації пам'яті та підвищувати реактивність на сенсорні нагадування, що у перспективі полегшує повторне переживання.

Внесок тривалості та інтенсивності стресового впливу описується як градієнт ризику. Більша тяжкість експозиції, повторюваність травматичних подій і кумуляція стресорів асоціюються з вищими показниками ПТСР, хоча сила зв'язків варіює залежно від популяції та методів вимірювання (Brewin et al., 2000). На психологічному рівні це відповідає ідеї виснаження ресурсів саморегуляції та звуження поведінкових стратегій відновлення у ситуаціях тривалого неблагополуччя.

Емпіричні дані послідовно підтримують багатофакторне пояснення ПТСР, у межах якого розвиток розладу залежить від взаємодії характеристик

події, індивідуальної вразливості та післятравматичного контексту. Метааналізи предикторів демонструють внесок змінних різного рівня: від характеристик експозиції (сприйнята загроза життю) і перитравматичних реакцій (емоційні відповіді, дисоціація) до преморбідних чинників (попередні травми, психічне здоров'я) та соціальних умов (післятравматична підтримка) (Lensvelt-Mulders et al., 2008; Ozer et al., 2003). Результати метааналізів ризикових факторів у дорослих також вказують на те, що окремі демографічні змінні мають непослідовні ефекти, тоді як історія психопатології, дитячі несприятливості та попередній травматичний досвід демонструють більш відтворювані зв'язки (Brewin et al., 2000).

Відтак, однакові типи подій можуть завершуватися різними психологічними наслідками (в тому числі як появою ПТСР так і його відсутністю), а схожі симптомні профілі можуть виникати за різних конфігурацій ризикових і захисних факторів. Принцип індивідуальної вразливості описує цю варіативність через поєднання преморбідних передумов, актуальних механізмів саморегуляції та соціального середовища. З огляду на це, етіологічний аналіз ПТСР у психологічних дослідженнях доцільно будувати як опис конкретних траєкторій, де подієві параметри, суб'єктивні оцінки, емоційна регуляція, копінг і соціальна підтримка формують умови для виникнення та підтримання симптомів у часі (Seligowski et al., 2015; Wang et al., 2021).

У сучасній клінічній психології симптоми ПТСР структурують за принципом групування феноменів, які відображають різні виміри посттравматичного реагування. Найпоширенішим способом операціоналізації є кластерний підхід, закріплений у діагностичних системах, що визначає межі конструкта для досліджень та практики оцінювання. У DSM-5 ПТСР описано через чотири кластери: інтрузії, уникання, негативні зміни у когніціях і настрої, а також зміни у збудженні та реактивності; на рівні критеріїв вони позначені як B–E і включають перелік симптомів із вимогою мінімальної кількості ознак у кожному кластері (American Psychiatric Association, 2022).

Паралельно ICD-11 пропонує більш лаконічну структуру ПТСР, де ядро розладу становлять три кластери: повторне переживання травми в теперішньому часі, уникання нагадувань та стійке відчуття поточної загрози, яке проявляється гіпернастороженістю і перебільшеною реакцією переляку (Karatzias et al., 2018; World Health Organization, 2022). Відмінність між DSM-5 та ICD-11 стосується не лише кількості кластерів, а й концептуальних акцентів. DSM-5 ширше фіксує негативні когнітивно-емоційні зміни, тоді як ICD-11 визначає ПТСР через мінімальний набір ознак, що безпосередньо пов'язані з травмою та відчуттям загрози (Stein et al., 2014).

Окремий напрям сучасної психологічної класифікації становлять факторні моделі, які уточнюють внутрішню структуру симптомів ПТСР за даними психометричних досліджень. У межах цього підходу пропонується, зокрема, семифакторна гібридна модель DSM-5, де симптоми розподіляються на інтрузії, уникання, негативний афект, ангедонію, екстерналізовану поведінку, тривожне збудження та дисфоричне збудження (Armour et al., 2015). Такі моделі не замінюють діагностичні класифікації, однак дають підстави для точнішого опису симптомних профілів, коморбідності та механізмів підтримання розладу в емпіричних дослідженнях.

Кластер інтрузій у DSM-5 охоплює феномени мимовільного повторного переживання події, зокрема нав'язливі спогади, повторювані сновидіння, дисоціативні реакції на кшталт флешбеків, інтенсивний психологічний дистрес або виражені фізіологічні реакції при контакті з внутрішніми чи зовнішніми нагадуваннями про травму. На феноменологічному рівні інтрузії вирізняються примусовістю появи та високою сенсорно-емоційною насиченістю, що зумовлює відчуття актуалізації події та зниження довільного контролю над перебігом переживань (American Psychiatric Association, 2022).

Психологічні реакції на нагадування варіюють від короткочасного дистресу до розгорнутих епізодів повторного проживання, де актуальний досвід набуває якості теперішнього, а межа між пам'яттю й поточним сприйняттям може бути послабленою. У термінах ICD-11 повторне

переживання описується саме як переживання травми в теперішньому часі, що концептуально відмежовує його від звичайного пригадування неприємних подій (Karatzias et al., 2018).

У DSM-5 уникання виділено в окремий кластер і розуміється як активні спроби уникнути внутрішніх нагадувань (думок, почуттів, спогадів), а також зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), які асоціюються з травмою та провокують дистрес (American Psychiatric Association, 2022). Виокремлення уникання як обов'язкового елемента діагностичної структури DSM-5 відображає позицію, що саме поведінкове та когнітивно-афективне ухилення від нагадувань підтримує симптоматику, оскільки обмежує можливості корекції загрозливих інтерпретацій та знижує толерантність до травматичних тригерів. Психологічне відсторонення та зниження залученості до соціальної взаємодії у DSM-5 переважно належать до кластера негативних змін у когніціях і настрої, наприклад, відчуття відчуженості чи віддаленості від інших, зменшення інтересу до значущої діяльності (American Psychiatric Association, 2022). У суб'єктивному переживанні ці прояви можуть набувати форми звуження спектра емоційного реагування, зменшення інтенсивності позитивних переживань та тенденції до соціальної ізоляції.

Кластер негативних змін у когніціях і настрої у DSM-5 охоплює стійкі зміни, що з'явилися або посилилися після травматичної події. До нього віднесено, зокрема, стійкі й перебільшено негативні переконання про себе, інших людей або світ; викривлені атрибуції провини щодо причин чи наслідків травми; стійкий негативний емоційний стан; зниження інтересу до значущих занять; відчуття відчуженості; труднощі у переживанні позитивних емоцій. У психологічній інтерпретації цей кластер відображає тривалі зміни у системі значень і очікувань, які формують фон для оцінювання безпеки, довіри та власної ефективності (Center for Substance Abuse Treatment (US), 2014).

Емоційний компонент включає стійкі стани страху, провини, сорому, гніву або пригніченості, які можуть зберігатися поза межами ситуаційних

нагадувань (Журавльова & Гурлева, 2023). Окремою діагностичною ознакою є зниження здатності переживати позитивні емоції і може проявлятися у досвіді відсутності емоцій або зниженій афективній реактивності на позитивні події (Center for Substance Abuse Treatment (US), 2014).

Зміни у збудженні та реактивності у DSM-5 включають симптоми, що відображають стійку готовність до загрози та труднощі саморегуляції: дратівливість і спалахи гніву, ризиковану або необережну поведінку, гіпернастороженість, перебільшену реакцію переляку, порушення концентрації, порушення сну (American Psychiatric Association, 2022). У термінах ICD-11 ці явища концептуалізовано як стійке відчуття поточної загрози, що проявляється гіпернастороженістю й перебільшеним стартл-рефлексом (Karatzias et al., 2018).

Систематизація результатів теоретичного аналізу дає змогу розглядати посттравматичний стресовий розлад як психологічний конструкт, що поєднує визначену етіологічну умову, специфічні механізми перероблення досвіду та стійку конфігурацію симптоматичних проявів. На рівні поняття ПТСР окреслюється як розлад, виникнення якого безпосередньо пов'язане з експозицією до події, що має характеристики екстремальної загрози, і супроводжується тривалим порушенням психічного функціонування, яке виходить за межі короткочасної стресової реакції. Етіологічна структура ПТСР характеризується обов'язковою наявністю психотравмувальної події та істотною роллю суб'єктивних параметрів її переживання.

Аналіз симптомної структури показує, що прояви ПТСР організовані у взаємопов'язані кластери, що відображають ключові виміри психологічного реагування на травму. Повторне переживання пов'язане з особливостями кодування та актуалізації травматичної пам'яті і зумовлює примусове відтворення образів та афективних станів у відповідь на внутрішні або зовнішні нагадування. Уникання та психологічне відсторонення функціонально пов'язані зі спробами регуляції дистресу, однак водночас обмежують можливості оновлення загрозливих інтерпретацій і підтримують

фрагментований характер травматичних репрезентацій. Негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері відображають трансформацію базових переконань щодо себе, інших людей і безпеки світу, а також формування стійкого негативного афективного фону, що опосередковує сприйняття поточних подій. Симптоми підвищеної психофізіологічної напруги корелюють із дисрегуляцією систем виявлення загрози та зниженням ефективності гальмівного контролю, що проявляється у гіпернастороженості, труднощах концентрації та хронічній напруженості.

Таким чином, психологічна структура ПТСР може бути описана як багатовимірна система, у якій етіологічні параметри події, індивідуальні характеристики та соціальний контекст визначають умови формування специфічних механізмів перероблення травматичного досвіду. Саме ці механізми – порушення інтеграції пам'яті, стійкі загрозові інтерпретації, дисрегуляція емоцій та підвищена настороженість – забезпечують взаємозв'язок між різними кластерами симптомів і пояснюють відносну стабільність посттравматичного реагування у часі.

## **1.2. Сексуальне життя та сексуальне благополуччя як складові психологічного благополуччя особистості**

У дослідженнях психологічного благополуччя сексуальність дедалі частіше розглядають як сферу досвіду, що пов'язана з самосприйняттям, емоційною регуляцією та якістю близьких стосунків. Таке розширення предметного поля зумовлене тим, що сексуальність охоплює широкий спектр психологічних і соціальних проявів, від установок, цінностей і очікувань до поведінкових практик і реляційної взаємодії. У визначенні ВООЗ сексуальність описується як центральний аспект людського життя, який включає, серед іншого, ідентичність і ролі, орієнтацію, близькість і задоволення та проявляється у думках, фантазіях, бажаннях, переконаннях, ставленнях і взаєминах (World Health Organization, 2017).

Паралельно в сучасній літературі підкреслюється відмінність між сексуальним здоров'ям і сексуальним благополуччям. Перше частіше операціоналізують через відсутність порушень та доступ до медико-профілактичних ресурсів. Друге ж пов'язують із суб'єктивною якістю значущих аспектів сексуальності та їхнім внеском у ширший добробут (Тімченко, 2023). Зокрема неодноразово підкреслюють роль сексуального благополуччя як релевантного індикатора загального благополуччя населення і концепту, що має власну пояснювальну цінність поряд із показниками сексуального здоров'я (Mitchell et al., 2021; Нагорняк, 2025). Важливою частиною сексуального благополуччя є емоційна складова, до якої включають оптимізм, спонтанність, сексуальну чутливість, емоційну гнучкість, сексуальну задоволеність та емпатійність (Єрмакова, 2021: 545); при розгляді сексуального здоров'я увага найперше приділяється фізичним аспектам та моделям здоров'язберігаючих чинників поведінки (Гасюк & Федик, 2022).

Поняття сексуальних стосунків у наукових працях частіше позначає якість і організацію сексуальної взаємодії у парі, зокрема характер комунікації, узгодження потреб, динаміку близькості та контекст взаємних очікувань. Натомість термін сексуальне функціонування використовується для опису здатності реалізовувати сексуальну активність на рівні психофізіологічних та психологічних процесів. У суміжних дисциплінах воно часто співвідноситься із параметрами інтересу/бажання, збудження, оргазмічних реакцій і сексуального болю, що відображено в описах сексуальних дисфункцій у DSM-логіці (Koops et al., 2023).

Сексуальність включена до структури Я-концепції через когнітивні узагальнення про сексуальні аспекти індивіда, які впливають на перероблення сексуально релевантної інформації та регуляцію поведінки. У психологічній літературі це описано через поняття сексуальних самосхем. Зокрема, Сірановські зі співавторами визначали їх як когнітивні генералізації щодо сексуальних аспектів себе, що формуються з досвіду, проявляються у поточному функціонуванні та спрямовують поведінку (Cyranowski et al.,

1999). Така перспектива дозволяє концептуалізувати сексуальність як частину ідентичності, що взаємодіє з самооцінкою, самоприйняттям і стабільними установками щодо близькості.

Зв'язок сексуальності з образом тіла є емпірично підтвердженим напрямом, який демонструє, що когнітивні оцінки власної тілесності та самосвідомість щодо зовнішності асоціюються з різними аспектами сексуального функціонування і переживань. Вортман і ван ден Брінк узагальнили дані інших досліджень і зробили висновок, що проблеми образу тіла можуть бути пов'язані з різними доменами сексуального функціонування, а ключову роль відіграють когнітивні фактори та самосвідомість під час сексуальної взаємодії (Woertman & van den Brink, 2012).

Включеність сексуальності в особистісне функціонування проявляється також у її зв'язках із переживанням близькості та прив'язаності. Огляд, присвячений динаміці сексуальності та прив'язаності у романтичних стосунках, підкреслює, що взаємодія мотиваційних систем сексуальності та прив'язаності має значення для реляційного благополуччя та якості зв'язку між партнерами (Birnbau & Reis, 2019). У цьому сенсі сексуальність у психологічному аналізі може розглядатися як площина, де індивідуальні схеми близькості, очікування підтримки та досвід взаємності набувають поведінкових і емоційних форм.

Опис сексуального життя як психологічного конструкта доцільно здійснювати через структурні компоненти, які узгоджуються з провідними напрямками досліджень сексуальності, зокрема когнітивними, мотиваційними та реляційними. Першим виміром виступає мотиваційний компонент, тобто система спонукань і цілей, що організує сексуальну активність і визначає її смислові очікування. У цьому контексті показовими є концептуальні моделі, які підкреслюють роль очікуваної близькості та емоційної взаємності як чинників сексуальної мотивації у стосунках. Зокрема у праці щодо жіночої сексуальної реакції описано сексуальну мотивацію в тривалих партнерських

взаєминах через орієнтацію на близькість і контекстуальність бажання (Basson, 2000).

Емоційно-афективний компонент охоплює емоції, пов'язані з сексуальністю (почуття близькості, безпеки, напруження, сорому, тривоги), а також афективні реакції на взаємодію з партнером і на власні переживання. Когнітивний компонент включає переконання, установки, інтерпретації та сценарії – внутрішні схеми, що задають очікування щодо доречної поведінки та ролей у сексуальних ситуаціях. Теорія сексуальних сценаріїв у сучасних оглядах описується як концепція, що пояснює, як культурні норми й міжособистісні сценарії формують індивідуальні уявлення та поведінкові репертуари (Seabrook et al., 2016).

Поведінковий компонент стосується форм реалізації сексуальності у діях та взаємодії, включаючи частоту, ініціацію, уникання або варіативність практик, але у психологічному аналізі він розглядається разом із мотиваційними та когнітивними чинниками, які надають поведінці смислового контексту. Міжособистісний компонент відображає те, що сексуальне життя в партнерстві є ко-регульованим процесом: узгодження потреб, комунікація щодо меж і бажань, сприйняття взаємності та безпеки. Цей вимір безпосередньо пов'язаний із системами прив'язаності та партнерської взаємодії, описаними у сучасних оглядах літератури (Birnbau & Reis, 2019).

У підсумку сексуальне життя як психологічний конструкт може бути описане як інтегрований досвід, де мотиваційні цілі, афективні стани, когнітивні репрезентації, поведінкові форми та міжособистісна взаємодія організовують сексуальність у повсякденному функціонуванні особистості та у контексті близьких стосунків.

У психологічній літературі сексуальну задоволеність здебільшого визначають як афективну реакцію, що виникає на основі суб'єктивної оцінки позитивних і негативних вимірів сексуального досвіду та взаємодії з партнером. Саме таке формулювання (з можливими незначними

контекстуальними відмінностями) набуло широкого поширення в галузі та стало частиною теоретичної бази значної частини емпіричних робіт. Воно систематизоване в оглядах досліджень сексуальної задоволеності, відображає її суб'єктивний і афективний характер та використовується як теоретична опора для побудови пояснювальних моделей (Byers & Demmons, 1999; del Mar Sánchez-Fuentes et al., 2014).

Відмежування сексуальної задоволеності від сексуального функціонування принципове для психологічного аналізу. Сексуальне функціонування зазвичай операціоналізують як характеристики перебігу сексуальних реакцій і здатності реалізовувати сексуальну активність (наприклад, у доменах бажання/інтересу, збудження, оргазмічних реакцій, дискомфорту/болю), що відображено в клініко-діагностичних описах сексуальних дисфункцій (Daniluc et al., 2025). Сексуальна задоволеність може корелювати з функціонуванням, однак не є його прямим похідним, оскільки оцінювання досвіду включає інтерпретації, стандарти, смислові очікування та реляційний контекст, які не зводяться до функціональних параметрів.

Відмінність від сексуального здоров'я стосується рівня узагальнення і предмета опису. У визначеннях ВООЗ сексуальне здоров'я трактується як стан благополуччя, пов'язаний із сексуальністю, який передбачає можливість переживати безпечний і приємний сексуальний досвід без примусу, дискримінації та насильства (World Health Organization, 2017). У цьому підході задоволеність вбудована в ширший нормативний і правовий контекст умов, за яких сексуальність реалізується (Edwards & Coleman, 2004). У сучасних публікаціях з громадського здоров'я підкреслюється, що сексуальна задоволеність може виступати індикатором сексуального благополуччя і релевантним виміром загального добробуту, хоча вона не охоплює всі компоненти сексуального здоров'я, зокрема, права, безпеку та відсутність примусу (Mitchell et al., 2021).

Психологічну структуру сексуального благополуччя в цілому доцільно описувати як багатокomпонентну оцінку, що включає афективні, когнітивні й

реляційні виміри. Емоційна оцінка сексуального досвіду охоплює суб'єктивне переживання приємності, безпеки, близькості або напруження, що супроводжує сексуальну взаємодію. При наданні оцінки саме афективний характер відповіді є центральним: задоволеність трактується як емоційний підсумок оцінювання позитивних і негативних аспектів сексуальних стосунків (Lawrance & Byers, 1995).

Оцінка якості близькості стосується того, наскільки сексуальна взаємодія інтегрована у ширший досвід емоційної інтимності, взаємної уваги до потреб і підтримання зв'язку. Метааналітичні дані щодо сексуальної комунікації демонструють позитивний зв'язок якості сексуальної комунікації із сексуальним благополуччям (Mallory, 2022). Таким чином, інтимність і взаєморозуміння є структурними елементами оцінювання сексуального досвіду.

Оцінка узгодженості з партнером включає сприйняття взаємності, справедливості обміну та відповідності очікувань у парі. У межах обмінних моделей узгодженість відображається в балансі винагород/витрат та в суб'єктивному відчутті прийнятності цього балансу, що прямо пов'язано з оцінкою задоволеності (Lawrance & Byers, 1995).

Особистісні детермінанти сексуального життя та сексуального благополуччя включають характеристики Я-концепції, емоційної регуляції та стабільні індивідуальні відмінності, які впливають на інтерпретацію сексуального досвіду й поведінкові стратегії у стосунках.

Самооцінка розглядається як фактор, що пов'язаний із якістю сексуальних переживань і взаємодії в парі. У сучасній емпіричній літературі фіксується зв'язок між вищою самооцінкою та більш позитивним суб'єктивним досвідом у сфері сексуальності. Зокрема нещодавне дослідження аналізує динаміку самооцінки та сексуального досвіду в інтимних стосунках і надає емпіричні аргументи на користь їх пов'язаності (Weber et al., 2024).

Образ тіла є одним із найстійкіше описаних індивідуальних корелятивів сексуального благополуччя. Негативні оцінки тіла та підвищена самосвідомість щодо зовнішності під час інтимної взаємодії асоціюються з гіршими сексуальними переживаннями та ускладненнями функціонування, що створює підстави розглядати образ тіла як чинник уразливості для сексуального благополуччя (Gökçe & Karakaş, 2024).

Установки щодо сексуальності, у тому числі засвоєні норми «належної» сексуальної поведінки та очікування щодо ролей, задають інтерпретативний контекст для оцінювання досвіду, що прямо впливає на благополуччя як афективний підсумок оцінки (Mallory, 2022).

Міжособистісні детермінанти сексуального благополуччя охоплюють характеристики прив'язаності, якість партнерської комунікації, рівень емоційної близькості та узгодженість очікувань у парі (Меліка & Федоренко, 2024). Стиль прив'язаності розглядають як системний чинник, що впливає на те, як партнери переживають близькість, безпеку і взаємність у сексуальній сфері. Лонгітудні та теоретично орієнтовані дослідження демонструють, що зв'язок між прив'язаністю та сексуальним благополуччям може бути опосередкований параметрами сексуальних обмінів (винагород/витрат) та інтимністю (Péloquin et al., 2024).

Комунікація між партнерами є одним із найкраще підтверджених предикторів сексуального благополуччя. Метааналітичне дослідження показує позитивну асоціацію між сексуальною комунікацією і сексуальним благополуччям (узагальнений ефект), причому якість комунікації має сильніший зв'язок із задоволеністю, ніж частота обговорень (Mallory, 2022). Це дозволяє обґрунтовано розглядати узгоджене обговорення потреб і меж як механізм, що впливає на оцінювання сексуального досвіду. Узгодженість очікувань стосується не лише частоти чи форм поведінки, а й смислових уявлень про те, що партнерство має забезпечувати у сфері інтимності.

Соціокультурні детермінанти задають норми, сценарії та ієрархії значень, у межах яких формується сексуальний досвід і критерії його

оцінювання. Гендерні норми можуть впливати на те, які бажання вважаються легітимними, які форми комунікації схвалюються, і як інтерпретуються ініціатива, відмова або потреба в узгодженні. Емпіричні дані про вплив гендерної нерівності на реляційні механізми виявляються, зокрема, в результатах метааналізу сексуальної комунікації: у країнах із вищими показниками гендерної нерівності зв'язок між сексуальною комунікацією та сексуальним благополуччям є слабшим (Mallory, 2022).

Культурні сексуальні сценарії впливають на структуру очікувань і на те, які аспекти досвіду стають центральними у суб'єктивному оцінюванні. У сучасних оглядах і метааналітичних роботах сексуальні сценарії розглядаються як концептуальна схема для пояснення міжкультурних і внутрішньокультурних відмінностей у сексуальній комунікації та задоволеності (Mallory, 2022).

Соціальні очікування можуть включати нормативні уявлення про «належні» ролі, що інколи пов'язані з сексистськими установками і традиційними сценаріями взаємодії. Дослідження показує асоціацію між прихильністю до традиційного сексуального сценарію та показниками сексуальної незадоволеності у жінок, що дозволяє розглядати нормативний тиск як фактор ризику для суб'єктивної якості сексуального життя (Bonell et al., 2022).

Отже, сексуальне благополуччя як афективний підсумок оцінювання досвіду формується на перетині кількох рівнів. Перший рівень індивідуальний, який охоплює особистісні диспозиції, самооцінку та уявлення про себе як сексуального суб'єкта. Другий рівень – міжособистісний, який включає якість партнерської взаємодії, взаємну чуйність і відкритість комунікації щодо потреб і очікувань. Третій це соціокультурний рівень, який торкається норм та сценаріїв, що задають порівняльні стандарти й визначають рамки інтерпретації сексуального досвіду. Взаємодія цих рівнів визначає, як людина суб'єктивно оцінює власне сексуальне життя і якою мірою воно відповідає її очікуванням.

### **1.3. Психологічні механізми впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя та стосунки в умовах пролонгованого стресу**

Транзакційний підхід описує стрес як процес, у якому ключову роль відіграє когнітивне оцінювання ситуації та наявних ресурсів. У класичній концепції Р. Лазаруса і С. Фолкман стрес виникає в умовах, коли вимоги середовища оцінюються як такі, що перевищують ресурси подолання; первинна оцінка стосується значущості події для благополуччя, вторинна – доступних засобів впливу й контролю (Biggs et al., 2017). У застосуванні до інтимної сфери це означає, що сексуальна взаємодія та реляційні події можуть набувати якості стресора не через об'єктивні характеристики, а через їх інтерпретацію на тлі виснаження, небезпеки, порушення довіри або дефіциту відновлення.

Умови хронічного стресу мають значення як контекст, що обмежує ресурси саморегуляції та ускладнює підтримання адаптивних форм взаємодії. Дослідження демонструють, що саме зовнішні хронічні стресори часто пов'язані зі зниженням задоволеності стосунками через механізми впливу, коли напруга поза парою погіршує комунікацію й взаємну підтримку (Randall & Bodenmann, 2017; Алиджи & Ставицька, 2024). Це створює умови, за яких інтимність стає більш залежною від регуляторних можливостей партнерів і від їхніх способів узгодження потреб у ситуаціях перевантаження.

Розвиток транзакційного підходу в реляційних дослідженнях представлений моделями діадичного копінгу. У системно-транзакційному підході стрес розглядається як феномен, що передається у взаємодії: партнери комунікують про напруження, інтерпретують сигнали стресу і здійснюють спільні або взаємодоповнювальні копінг-реакції. Узагальнювальний огляд Фальконьє і Кун демонструє, що діадичний копінг асоціюється з реляційними результатами і пояснює, яким чином якість стрес-комунікації та підтримки модифікує наслідки стресу для близькості (Falconier & Kuhn, 2019). У контексті сексуальної сфери це створює концептуальну схему, у якій сексуальне благополуччя залежить від того, як партнери узгоджують

напруження, безпеку та очікування, а не лише від частоти чи форми сексуальних подій.

Когнітивно-афективні моделі ПТСР дозволяють описати, як симптомні кластери підтримуються психологічними процесами, що безпосередньо впливають на функціонування у близькості. У моделі Елерс і Кларка центральним механізмом персистенції ПТСР виступає відчуття поточної загрози, яке підтримується негативними оцінками наслідків травми та специфічними характеристиками травматичної пам'яті; для редукції загрози люди вдаються до стратегій, що дають короточасне полегшення, але підтримують симптоматику (зокрема до уникання та контролю загрози) (Ehlers & Clark, 2000).

Для інтимної сфери релевантні три наслідки такого погляду. По-перше, відчуття поточної загрози спрямовує увагу на моніторинг небезпеки й знижує можливість зосередження на тілесних і міжособистісних сигналах, які зазвичай підтримують сексуальну взаємодію. По-друге, уникання та поведінкові стратегії безпеки можуть поширюватися на ситуації близькості, якщо вони асоціюються з вразливістю, тілесними відчуттями або тригерами травми; у такому разі зменшується ймовірність ініціації контакту та погіршується узгодженість партнерських потреб (Письменний, 2024). По-третє, негативні оцінки себе й інших у післятравматичний період змінюють реляційні очікування, підвищують чутливість до відкидання та можуть знижувати довіру (Ehlers & Clark, 2000), що впливає на переживання безпеки як умови інтимності.

Емпіричні дані, що прямо пов'язують посттравматичні симптоми зі змінами в інтимності, узгоджуються з таким теоретичним баченням: у дослідженні механізмів поширення психологічного дистресу на сферу інтимності показано асоціації посттравматичного стресу та загального стресу з показниками емоційної інтимності, а також зв'язки тривоги із сексуальною інтимністю (Stockman et al., 2024). Це створює підстави трактувати інтимність

як перехідну ланку, через яку посттравматичні симптоми можуть трансформуватися у зниження сексуального благополуччя.

Реляційні моделі сексуального благополуччя описують її як результат суб'єктивного оцінювання сексуального досвіду в контексті взаємин. У міжособистісній моделі обміну сексуальне благополуччя визначається балансом сприйнятих винагород і зусиль у сексуальних стосунках та порівняльним рівнем, який відображає стандарти й очікування щодо прийнятності цього балансу (Byers et al., 1998; Lawrance & Byers, 1995). У такій концептуалізації сексуальне благополуччя чутливе до зміни очікувань, до якості взаємності та до реляційних умов, у яких відбувається сексуальна взаємодія.

Звідси випливає методологічно важливий висновок для побудови механізмів зв'язку ПТСР і сексуального благополуччя. Симптоми ПТСР можуть впливати на сексуальне благополуччя шляхом зміни:

- а) сприйнятих зусиль (боротьба з напруженням, страхом, виснаженням, труднощі з довірою);
- б) доступності винагород (близькість, взаємна підтримка, відчуття безпеки);
- в) стандартів і очікувань, через які оцінюється сексуальний досвід, у тому числі очікувань щодо інтимності та взаємності (Lawrance & Byers, 1995).

Окремий вимір реляційних моделей становить роль комунікації та узгодженості потреб. У літературі підкреслюється, що здатність партнерів обговорювати напруження й координувати підтримку пов'язана з реляційними результатами (Брух, 2023). Це задає теоретичну основу для аналізу сексуальної комунікації як механізму, через який стрес і посттравматичні симптоми змінюють переживання інтимності та суб'єктивну оцінку сексуального досвіду (Falconier & Kuhn, 2019).

Симптоматичні прояви ПТСР розглядаються як змінні, що запускають або підтримують психологічні процеси, релевантні для інтимності та сексуальної сфери. Для подальшого аналізу достатньо робочої кластеризації,

сумісної з DSM-5: інтрузії, уникання, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері, гіперактивація/підвищена реактивність (Ehlers & Clark, 2000).

Емпіричні узагальнення показують, що саме кластери уникання та негативних когнітивно-емоційних змін найчастіше пов'язані з широким спектром небажаних сексуальних наслідків, зокрема зі зниженням сексуального благополуччя й підвищенням сексуального дистресу, хоча профілі асоціацій варіюють залежно від вибірки та способу вимірювання (Bird et al., 2021; Разумовська, 2024b). Це дозволяє переходити від опису кластерів до аналізу механізмів. Кожен кластер може мати відносно специфічні шляхи впливу, але в реальній динаміці симптоми часто взаємно підсилюють одне одного і діють через спільні процеси (регуляція емоцій, увага, оцінювання загрози, поведінкові стратегії безпеки).

Для сексуальної сфери емоційна дизрегуляція має дві взаємопов'язані лінії впливу. Перша це підвищення базового рівня напруження й тривоги, що ускладнює переживання безпеки, необхідне для інтимної взаємодії (Дурневич & Понзель, 2025). Друга це обмеження доступу до позитивних емоцій та зниження здатності переживати задоволення, що підриває афективний компонент оцінки сексуального досвіду. Дослідження демонструють, що ПТСР найбільш послідовно асоціюється зі зниженням сексуального бажання і сексуального благополуччя та зі зростанням сексуального дистресу, що узгоджується з механізмами афективного фону і регуляції (Bird et al., 2021; Разумовська, 2024a; Франкова та ін., 2019).

Перенесення уникання на сферу близькості може відбуватися тоді, коли тілесний контакт, інтимні ситуації або реляційна вразливість сприймаються як небезпечні чи перевантажувальні. Поведінково це може проявлятися зменшенням ініціативи, скороченням контактів, дистанціюванням у відповідь на афективну активацію, підвищенням чутливості до тригерів. Для сексуального благополуччя це означає зростання зусиль (боротьба з напруженням, ризик дистресу) і зниження доступності винагород (близькість,

взаємність), що узгоджується з обмінними реляційними моделями оцінювання сексуального досвіду (Bird et al., 2021).

Саме кластери уникання та негативних когнітивно-емоційних змін у багатьох дослідженнях найчастіше пов'язані з небажаними сексуальними результатами, включно із сексуальним благополуччям (Bird et al., 2021). Це дозволяє трактувати уникання як один із центральних перехідних механізмів між симптомами ПТСР та суб'єктивною якістю сексуального життя.

ПТСР асоціюється з особливостями уваги, де пріоритет надається сигналам небезпеки та потенційним загрозам. У ситуаціях близькості це може проявлятися труднощами зосередження на власних відчуттях і партнерській взаємодії, зниженням усвідомленої присутності в моменті, підвищеною ймовірністю переривань через нав'язливі спогади або образи. Такі процеси змінюють якість переживання і створюють умови, за яких сексуальний досвід оцінюється як менш задовільний навіть за відсутності змін у поведінкових параметрах. Емпіричні дані про зв'язки посттравматичних симптомів з інтимністю та сексуальною інтимністю у вибірках дорослих, що переживали стрес, узгоджуються з трактуванням уваги й інтрузій як механізмів, що порушують близькість і взаємодію (Santoro et al., 2024; Taccini et al., 2024).

Негативні переконання про себе й інших, що входять до спектра посттравматичних когнітивно-емоційних змін, мають безпосередні наслідки для реляційної довіри, відчуття прийнятності та очікувань взаємності. У сфері сексуального благополуччя цей механізм може реалізовуватися в різні способи. Перший це самосприйняття як «небезпечного», «зіпсованого» або «негідного» партнера. Другий це підвищена чутливість до відкидання та зниження базової довіри. Третій – зростання сорому і самознецінення. Ці переживання впливають на сексуальні самосхеми та стандарти оцінювання сексуального досвіду, змінюючи когнітивний компонент задоволеності. Для частини людей релевантним стає також тілесний вимір самооцінки, зокрема підвищена самосвідомість щодо тіла й вразливість до сорому, що може посилювати уникання та знижувати емоційну відкритість у близькості.

Узагальнення досліджень сексуальних наслідків ПТСР демонструють, що негативні когнітивно-емоційні зміни є одним із кластерів, які найчастіше виявляють зв'язки із сексуальним дистресом та нижчим сексуальним благополуччям (Bird et al., 2021).

Гіперактивність в ПТСР (настороженість, підвищена реактивність, порушення сну, виснаження) формує тілесний фон, що ускладнює інтимність як досвід безпеки й розслаблення. На психологічному рівні це описується як переважне функціонування в режимі загрози, у якому увага і поведінка організуються навколо попередження ризиків, а відновлення після активації сповільнюється (Carlson et al., 2012).

З позиції сексуального благополуччя такі стани підвищують зусилля для сексуальної взаємодії. Зокрема, людині потрібно перебороти втому, соматичне напруження, зниження концентрації, при обмеженні ресурсів саморегуляції. ПТСР пов'язаний із підвищеним ризиком принаймні однієї сексуальної труднощі та найбільш послідовно, а саме зі зниженням загальної сексуальної функції, бажання та сексуальної задоволеності (Bird et al., 2021; Федорець, 2023). Водночас показники болю й частоти сексуальної активності демонструють менш стабільні асоціації, що підкреслює роль психологічних процесів оцінювання і дистресу поряд із тілесним компонентом (Bird et al., 2021; Steil et al., 2024).

Для частини осіб із ПТСР характерні дисоціативні явища, що включають переживання відстороненості від власних відчуттів, зниження переживання присутності в моменті та фрагментацію досвіду (Carlson et al., 2012). У сексуальній сфері дисоціація психологічно значуща тим, що знижує інтеграцію тілесних відчуттів і емоційної взаємодії. Відсторонення може тимчасово зменшувати дистрес, але водночас порушувати афективну залученість і взаємність, які входять до структури сексуальної задоволеності як оцінки досвіду. Це створює умови для зниження задоволеності навіть тоді, коли формальні параметри сексуальної активності не є центральною проблемою, оскільки суб'єктивне оцінювання значною мірою залежить від

емоційної присутності, близькості та узгодженості з партнером (Bird et al., 2021).

Партнерські стосунки є найближчим контекстом, у якому формується сексуальна взаємодія та її суб'єктивна оцінка. У випадку ПТСР симптомні прояви змінюють не лише індивідуальні процеси (афект, увагу, саморегуляцію), а й параметри реляційного функціонування, зокрема способи спілкування, доступність підтримки, відчуття безпеки й передбачуваності у взаєминах. Посттравматичні симптоми пов'язані з гіршим партнерським функціонуванням, а такі прояви, як емоційне «оніміння» та міжособистісне відсторонення, структурно подібні до дефіцитів позитивного афекту та поведінки у романтичних стосунках. Це є релевантним для сексуального благополуччя, оскільки реляційна якість визначає умови близькості, взаємності та узгодженості потреб, які входять до структури оцінювання сексуального досвіду (Campbell & Renshaw, 2018).

Одним із повторюваних у емпіричній літературі механізмів є зниження відкритості у спілкуванні про переживання, зокрема щодо травматичного досвіду та його наслідків. Уникання як симптомний кластер ПТСР може трансформуватися у поведінкове уникання емоційних розмов і ситуацій, що потребують уразливості, оскільки вони здатні активувати дистрес або почуття втрати контролю. У парній взаємодії це зменшує можливість узгоджувати очікування та потреби, знижує якість підтримки та збільшує ризик помилкових інтерпретацій партнерських сигналів.

Лонгітюдні дані демонструють, що емоційне «оніміння» у військовослужбовців було пов'язане зі зниженням емоційного саморозкриття в подальшому, а також із нижчою задоволеністю стосунками. При цьому дефіцит розкриття відображався в оцінках обох партнерів. Цей результат узгоджується з трактуванням комунікації як реляційного каналу, через який симптомні прояви ПТСР переходять у стійкі зміни партнерської динаміки (Campbell & Renshaw, 2013). У практичному вимірі це означає, що навіть без прямої конфліктності стосунки можуть функціонувати в режимі обмеженої

емоційної доступності, що знижує інтимність і ускладнює сексуальну комунікацію.

Комунікативні порушення можуть набувати двох типових форм. Перша це підвищення конфліктності, де дратівливість і напруженість сприяють ескалації суперечок та зниженню конструктивності обговорення проблем. Друга це емоційне «оніміння» або відсторонення, яке зменшує кількість і глибину обговорень, позбавляє партнера інформації про внутрішній стан та обмежує спільне подолання стресу. У метааналітичному синтезі, присвяченому ПТСР і проблемам інтимних стосунків, узагальнено асоціації між ПТСР-симптоматикою та показниками реляційної дисфункції, включно з дистресом і проявами агресії (Taft et al., 2011). Ці дані дають підстави розглядати комунікаційні порушення як типовий компонент посттравматичної реляційної динаміки.

Для сексуальної задоволеності комунікаційні збої мають прямі наслідки, оскільки знижують узгодженість очікувань і потреб, обмежують можливість обговорення меж та бажань, посилюють невизначеність і напруження під час близькості. На рівні оцінювання сексуального досвіду це може збільшувати зусилля (боротьба з дистресом, ризик непорозумінь) і зменшувати винагороди (відчуття взаємності, прийнятності, емоційної близькості), що узгоджується з реляційними моделями сексуальної задоволеності, розглянутими раніше.

Емоційна близькість у парі ґрунтується на передбачуваності, відчутті безпеки та взаємній доступності. Симптоми ПТСР можуть порушувати ці умови через стійке відчуття загрози, підвищену чутливість до сигналів небезпеки та тенденцію до міжособистісного віддалення. У науковому огляді підкреслюється, що кластери, пов'язані з емоційним «онімінням» і соціальним відстороненням, мають особливу релевантність для дефіцитів позитивної реляційної взаємодії, що безпосередньо знижує якість стосунків (Campbell & Renshaw, 2018).

На рівні теорії прив'язаності симптоми ПТСР можуть змінювати переживання безпеки у стосунках через зростання недовіри, амбівалентності

або уникання близькості. Це впливає на сексуальну мотивацію, оскільки сексуальна взаємодія в тривалих стосунках зазвичай вбудована у ширший досвід інтимності та взаємної підтримки. Коли безпека у стосунках знижується, сексуальність частіше набуває форми напруженої або унікальної взаємодії, що погіршує емоційний компонент сексуальної задоволеності та підсилює ймовірність сексуального дистресу.

Окремий процес, що відображає порушення близькості, описують як партнерське пристосування до посттравматичних симптомів. Це проявляється в тому, що партнер змінює власну поведінку, щоб зменшити дистрес у травмованої особи (наприклад, уникає певних тем, подій або активностей). У клінічно орієнтованих дослідженнях ветеранів показано, що за вищих рівнів ПТСР партнери з часом демонструють більше таких форм пристосування, а вища пристосовуваність може асоціюватися з гіршими реляційними наслідками та підвищенням депресивних симптомів у партнерів (Giff et al., 2025). Цей механізм важливий для сексуальної сфери, оскільки реляційна адаптація через уникання здатна зменшувати зони потенційного конфлікту, але водночас звужувати простір спонтанності, відкритості й узгодження потреб.

Реляційні наслідки ПТСР часто охоплюють не лише травмовану особу, а й партнера, який перебуває в одному стресовому контексті та тривалий час взаємодіє з симптомними проявами. Системні підходи до травматичного стресу в парі описують двонапрямні зв'язки між симптомами травмованого партнера, реакціями другого партнера та показниками функціонування пари (Smedley & Goff, 2025). Оновлений синтез досліджень у цій схемі підкреслює асоціації між симптомами травмованого партнера, вторинними посттравматичними проявами у партнера та показниками подружньої/партнерської адаптації.

Партнер у таких умовах може переживати власний дистрес через підвищену напругу, конфліктність, зниження емоційної доступності, невизначеність щодо меж безпеки. Якщо ресурси підтримки виснажуються,

зростає імовірність реляційного дистресу, а взаємність у стосунках знижується. У результаті сексуальна взаємодія відбувається в контексті меншої емоційної синхронізації, слабшої підтримки та нижчої задоволеності стосунками, що закономірно відображається на сексуальній задоволеності як оцінці досвіду.

Ефект посттравматичних симптомів на сексуальну сферу та стосунки залежить від контексту навантаження. Умови хронічного стресу змінюють доступність психологічних ресурсів, підтримують режим загрози та збільшують ймовірність реляційних порушень. Література про стрес у стосунках послідовно показує, що хронічні зовнішні стресори здатні погіршувати реляційну якість через перенесення напруження у взаємодію та послаблення підтримувальних поведінкових патернів (Campbell & Renshaw, 2018; Taft et al., 2011).

У хронічному стресі зростає кумуляція втоми та дистресу, а можливості відновлення (сон, відпочинок, соціальна підтримка, позитивні активності) часто знижуються. Для інтимної сфери це означає збільшення частки ситуацій, коли сексуальна взаємодія відбувається на тлі виснаження й обмеженої саморегуляції. За таких умов зменшується інтерес до близькості та зростає чутливість до подразників, що підсилює уникання і може погіршувати комунікацію.

Коли стресовий контекст включає відчуття непередбачуваності й небезпеки, посилюються базові механізми ПТСР, описані як персистування поточної загрози, і це підвищує ризик гіпернастороженості та реактивності (Campbell & Renshaw, 2018; Taft et al., 2011; Федорець, 2024). У партнерській взаємодії це може проявлятися зростанням конфліктності або посиленням відсторонення, оскільки обидва патерни знижують короточасний дистрес, але погіршують реляційне функціонування у тривалій перспективі.

Негативні зв'язки між симптомами ПТСР та реляційними/сексуальними показниками можуть бути слабшими за наявності підтримувальних ресурсів. На реляційному рівні таким ресурсом є діадичний копінг, тобто способи,

якими партнери спільно обробляють стрес, комунікують про нього та координують підтримку. Систематичні огляди показує, що діадичний копінг пов'язаний із показниками партнерського функціонування і має значення для якості стосунків у стресових умовах (Falconier et al. 2015; Hilpert et al., 2016). Новіший метааналітичний синтез, що оцінює діадичні ефекти, також підтверджує значущість діадичного копінгу для задоволеності стосунками (Hou et al., 2025).

На індивідуальному рівні потенційним буфером виступають психологічні ресурси, пов'язані з гнучкістю саморегуляції та здатністю відновлюватися після активації. На соціальному рівні важливим чинником залишається підтримка поза парою, яка знижує навантаження на реляційну систему і збільшує доступні ресурси для взаємної підтримки.

### **Висновок до розділу 1**

У результаті теоретичного аналізу посттравматичний стресовий розлад було розглянуто як складний багатовимірний психологічний феномен, що виникає у відповідь на переживання подій, пов'язаних із загрозою життю, фізичній або психологічній цілісності особистості. Посттравматичні симптоми мають чітко визначену етіологічну основу, проте їх формування не зводиться лише до факту травматичної події, а визначається взаємодією суб'єктивного переживання, когнітивної інтерпретації та механізмів емоційної регуляції.

Аналіз сучасних підходів показав, що посттравматична симптоматика організована у взаємопов'язані кластери, які відображають ключові виміри порушення психічного функціонування: повторне переживання травми, уникання, негативні зміни у когнітивно-емоційній сфері та підвищену психофізіологічну збудливість. Ці прояви не лише є діагностичними критеріями, а й відображають глибинні психологічні механізми, зокрема порушення перероблення травматичного досвіду, фрагментацію пам'яті, стійке відчуття загрози та неефективні стратегії регуляції дистресу.

Паралельно встановлено, що сексуальне життя та сексуальне благополуччя є важливими компонентами психологічного благополуччя, які формуються на перетині індивідуальних, міжособистісних і соціокультурних чинників. Сексуальне благополуччя розглядається як суб'єктивна афективна оцінка сексуального досвіду, що включає емоційні переживання, когнітивні інтерпретації та якість взаємодії з партнером. Вона не зводиться до сексуального функціонування і значною мірою залежить від контексту близькості, комунікації та узгодженості потреб.

Аналіз психологічних механізмів дозволив обґрунтувати, що посттравматичні симптоми можуть впливати на сексуального благополуччя через низку опосередкованих процесів. Зокрема, емоційна дизрегуляція підвищує рівень напруження та знижує здатність переживати позитивні емоції; уникання обмежує інтимну взаємодію та близькість; негативні когнітивні зміни трансформують самосприйняття і реляційні очікування; а гіперактивація підтримує стан постійної напруженості. У сукупності ці механізми змінюють баланс «винагород і витрат» у сексуальних стосунках та знижують суб'єктивну оцінку їх якості.

Додатково показано, що в умовах хронічного стресу ці процеси можуть посилюватися, оскільки виснаження ресурсів саморегуляції та порушення комунікації між партнерами ускладнюють підтримання інтимності та взаємності. Таким чином, теоретичний аналіз дозволяє розглядати сексуальне благополуччя як залежну змінну, чутливу до впливу посттравматичної симптоматики, а також до супутніх психологічних чинників.

## РОЗДІЛ 2.

# МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ НА СЕКСУАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ В УМОВАХ ПРОЛОНГОВАНОГО СТРЕСУ

### 2.1. Огляд методології дослідження

Методологічна основа дослідження ґрунтується на сучасних клініко-психологічних і психометричних підходах до вивчення посттравматичної симптоматики, емоційних станів та сексуального благополуччя як багатовимірного психологічного конструкта.

У вивченні посттравматичного стресового розладу важливу роль відіграють когнітивні моделі, зокрема модель Anke Ehlers та David M. Clark, відповідно до якої збереження посттравматичних симптомів зумовлюється стійким відчуттям поточної загрози, що підтримується негативними інтерпретаціями травматичного досвіду та порушеннями обробки пам'яті (Ehlers & Clark, 2000). У межах цієї парадигми симптоми розглядаються як результат взаємодії когнітивних, емоційних і поведінкових механізмів, зокрема уникання та дисфункціональних копінг-стратегій.

Емпіричні дослідження посттравматичної симптоматики дедалі частіше базуються на діагностичних підходах МКХ-11, які передбачають виділення трьох основних кластерів симптомів: повторне переживання травми, уникання та відчуття загрози (World Health Organization, 2022). Саме ця структура була операціоналізована у Міжнародному опитувальнику травми (ITQ), який використовується як валідний інструмент оцінки ПТСР та комплексного ПТСР у різних популяціях (Cloitre et al., 2018; Ho et al., 2023).

Водночас посттравматична симптоматика рідко існує ізольовано та часто супроводжується підвищеним рівнем стресу, тривоги та депресії. Зокрема, сприйнятий стрес відображає суб'єктивну оцінку життєвих обставин

як неконтрольованих і перевантажувальних, що є важливим предиктором психічного здоров'я (Cohen et al., 1983). Для його вимірювання широко застосовується шкала PSS-10, яка демонструє високу надійність і валідність у різних культурних контекстах.

Оцінка тривожної симптоматики у дослідженнях психічного здоров'я часто здійснюється за допомогою шкали GAD-7, розробленої Robert L. Spitzer та співавторами (Spitzer et al., 2006). Даний інструмент дозволяє кількісно визначити рівень генералізованої тривоги та широко використовується як у клінічних, так і у неклінічних вибірках. Аналогічно, для оцінки депресивної симптоматики застосовується опитувальник PHQ (Kroenke et al., 2001), зокрема його депресивний модуль (PHQ-9), який є одним із найбільш валідних скринінгових інструментів для виявлення депресії.

Особливе місце у сучасних психологічних дослідженнях посідає вивчення сексуального благополуччя як складової загального психологічного функціонування. У підходах до його операціоналізації наголошується на суб'єктивній оцінці сексуального благополуччя, якості інтимних стосунків та можливості реалізації сексуальних потреб (Laumann et al., 1999). У вітчизняних дослідженнях даний конструкт розглядається як інтегральний показник, що включає емоційні, когнітивні та міжособистісні компоненти сексуальності (Гупаловська, 2020).

Сучасні емпіричні роботи демонструють, що симптоми ПТСР можуть негативно впливати на сексуальне життя через низку психологічних механізмів. Зокрема, дослідження показують, що уникання та емоційне відсторонення асоціюються зі зниженням інтимності у стосунках, тоді як гіперзбудження та тривога можуть ускладнювати фізіологічні та емоційні аспекти сексуальної взаємодії (Yehuda et al., 2015). Крім того, депресивні симптоми та високий рівень стресу виступають додатковими факторами ризику зниження сексуального благополуччя.

З урахуванням зазначених теоретичних і емпіричних підходів, у даному дослідженні було запропоновано модель, у межах якої посттравматичні

симптоми розглядаються як основний предиктор сексуального благополуччя, тоді як сприйнятий стрес, тривожність і депресія виступають супутніми психологічними чинниками, що можуть посилювати або опосередковувати цей зв'язок (Рис 2.1).



*Рис. 2.1.* Емпірична модель дослідження впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя в умовах пролонгованого стресу

## 2.2. Опис психометричного інструментарію

У межах дослідження було використано інструментарій, що складався з авторської анкети та стандартизованих психодіагностичних методик. Авторська анкета була розроблена з метою збору соціально-демографічної інформації та первинних даних щодо травматичного досвіду і особливостей сексуального життя респондентів.

Анкета включала 9 запитань закритого типу з вибором однієї відповіді (single-choice), а також одне запитання відкритого типу (вік). Питання були структуровані у соціально-демографічний блок і змістовий блок, що стосувався досвіду травматичних подій та їхнього впливу.

Соціально-демографічний блок охоплював базові характеристики респондентів, зокрема вік (відкрите запитання), гендерну ідентичність (жінка, чоловік, інша/небінарна ідентичність, не бажаю відповідати), сімейний статус (наявність або відсутність постійного партнера), а також наявність стабільних

сексуальних стосунків на момент дослідження (постійний партнер, періодичні стосунки, відсутність партнера, свідоме утримання).

Змістовий блок анкети був спрямований на характеристику травматичного досвіду. Зокрема, учасники вказували час, що минув від найбільш значущої травматичної події (до 6 місяців, 6-12 місяців, 1-3 роки, більше 3 років), а також тип травматичного досвіду (воєнні події/бойові дії, міжособистісне насильство, втрата близької людини або тяжка хвороба, інша подія).

Окремий блок запитань стосувався суб'єктивної оцінки травматичного досвіду та його наслідків. Зокрема, респонденти визначали, чи була травматична подія пов'язана з тілесною або сексуальною загрозою (безпосередньо, опосередковано, ні, важко відповісти), а також повідомляли про досвід звернення по психологічну допомогу (регулярно, епізодично, не зверталися).

Завершальне запитання анкети було спрямоване на оцінку змін у сексуальному житті після пережитої травматичної події (значно погіршилось, частково змінилось, суттєво не змінилось, важко оцінити) (Додаток А).

У дослідженні для вимірювання ключових змінних було використано опитувальник суб'єктивного сексуального благополуччя, розроблений В. А. Гупаловською (2021). Методика спрямована на психологічну діагностику суб'єктивного переживання людиною власного сексуального життя, зокрема рівня задоволеності, реалізованості сексуальності та якості інтимних стосунків.

Опитувальник ґрунтується на розумінні суб'єктивного сексуального благополуччя як багатовимірного конструкта, що включає емоційно-оцінне ставлення до сексуального життя, задоволення партнерськими взаєминами, а також можливість реалізації сексуальних потреб. Таким чином, він вимірює не лише поведінкові чи фізіологічні аспекти сексуальності, а передусім її психологічний і соціальний компоненти.

Методика складається з 34 тверджень, які оцінюються за шкалою Лайкерта (від «завжди ні» до «завжди так»). Це дозволяє отримати як окремі показники за шкалами, так і інтегральний рівень сексуального благополуччя.

У фінальній структурі опитувальника виокремлено кілька основних шкал, що відображають різні аспекти досліджуваного конструкта:

- сексуальна комунікація (здатність відкрито обговорювати інтимні потреби та вподобання з партнером);
- сексуальна потреба (вираженість сексуального інтересу та потреби);
- кількісний показник;
- цінність стосунків (значущість емоційної близькості та партнерських взаємин);
- сексуальне благополуччя (суб'єктивна оцінка якості інтимного життя).

Інтегральний показник сексуального благополуччя обчислюється як сума відповідних шкал і відображає загальний рівень задоволеності та гармонійності сексуального життя особистості.

Опитувальник має належні психометричні характеристики: продемонстровано внутрішню узгодженість шкал ( $\alpha$  Кронбаха в межах 0.71-0.89), підтверджено конструктну, конвергентну та дивергентну валідність, а також ретестову надійність. Це дозволяє розглядати його як валідний і надійний інструмент для дослідження сексуального благополуччя в емпіричних психологічних дослідженнях.

Для оцінки посттравматичних симптомів у дослідженні було використано Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ), розроблений відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-11. Даний інструмент є стандартизованою самооцінною методикою, що дозволяє діагностувати симптоми посттравматичного стресового розладу та комплексного ПТСР.

Опитувальник спрямований на вимірювання ключових проявів посттравматичної симптоматики та порушень у функціонуванні особистості,

які виникають після переживання травматичних подій. Він охоплює як класичні симптоми ПТСР, так і ширші зміни у саморегуляції та міжособистісній сфері, характерні для комплексної травматизації.

Методика складається з 18 пунктів, які оцінюються за 5-бальною шкалою Лікерта (від 0 – «зовсім ні» до 4 – «надзвичайно»), що дозволяє визначити інтенсивність симптомів за останній місяць (для ПТСР) або типові переживання (для комплексних симптомів).

Структурно опитувальник включає шість основних симптоматичних кластерів:

- повторне переживання травми (re-experiencing);
- уникнення нагадувань про травму (avoidance);
- відчуття постійної загрози (sense of threat);
- афективна дисрегуляція (affective dysregulation);
- негативна самооцінка (negative self-concept);
- порушення у міжособистісних стосунках (disturbances in relationships).

Перші три кластери відповідають діагностичній структурі ПТСР, тоді як останні три відображають так звані порушення самоорганізації (DSO), характерні для комплексного ПТСР. Окрім цього, опитувальник містить пункти, що оцінюють функціональне порушення, пов'язане із симптомами.

Опитувальник адаптований українською мовою (Ho et al., 2023) та демонструє належні психометричні властивості: внутрішня узгодженість шкал є доброю ( $\alpha$  Кронбаха у межах 0.73-0.88), а факторна структура найкраще описується шестифакторною моделлю, що відповідає теоретичній концепції ПТСР і комплексного ПТСР. Це підтверджує валідність і надійність інструменту для використання у дослідженнях травматичного досвіду, зокрема в умовах воєнного контексту.

Для оцінки суб'єктивного рівня стресу в дослідженні було використано Шкалу сприйнятого стресу – PSS-10 (Perceived Stress Scale) Ш. Коена в україномовній адаптації (Вельдбрехт & Тавровецька, 2022). Методика є одним

із найбільш поширених інструментів для вивчення того, наскільки людина сприймає власне життя як напружене, непередбачуване та недостатньо контрольоване.

Опитувальник спрямований на оцінку суб'єктивного переживання стресу, він дозволяє визначити, наскільки респондент упродовж останнього місяця відчував перевантаження, труднощі контролю життєвих обставин, емоційне напруження та нездатність упоратися з вимогами ситуації.

Шкала складається з 10 пунктів, які стосуються почуттів і думок людини протягом останнього місяця. Відповіді надаються за 5-бальною шкалою частоти: від 0 – “ніколи” до 4 – “дуже часто”. Частина тверджень має пряме кодування, а частина (4, 5, 7, 8) – зворотне, що дає змогу більш точно оцінити загальний рівень сприйнятого стресу.

Змістовно PSS-10 охоплює такі аспекти, як:

- відчуття непередбачуваності життєвих подій;
- переживання втрати контролю над важливими сферами життя;
- суб'єктивне емоційне напруження;
- труднощі подолання накопичених проблем;
- оцінка власної здатності справлятися з життєвими викликами.

Підсумковий бал за шкалою відображає загальний рівень сприйнятого стресу: чим вищий результат, тим більш стресогенною, неконтрольованою та перевантажувальною людина сприймає свою життєву ситуацію.

Україномовна версія PSS-10 (Вельдбрехт & Тавровецька, 2022) продемонструвала належні психометричні характеристики в умовах війни. Зокрема, для 10-пунктової версії було отримано високий показник внутрішньої узгодженості ( $\alpha$  Кронбаха = 0.840), а також підтверджено критеріальну, конструктну та прогностичну валідність методики.

Для оцінки тривожної симптоматики у дослідженні було використано Шкалу генералізованого тривожного розладу (GAD-7) в україномовній адаптації (Aleksina et al., 2024). Методика призначена для скринінгу та

кількісного визначення рівня тривоги, зокрема таких її проявів, як постійне занепокоєння, труднощі контролю тривожних думок, напруження та дратівливість.

Опитувальник складається з 7 тверджень, які відображають основні симптоми тривожного стану. Відповіді надаються за шкалою Лайкерта, що фіксує частоту переживання кожного симптому, що дозволяє отримати узагальнений показник інтенсивності тривоги.

Сумарний бал використовується для оцінки вираженості тривожної симптоматики: вищі значення свідчать про більший рівень психологічного напруження. У практиці інтерпретації застосовуються порогові значення (5, 10 і 15 балів), які відповідають різним рівням тяжкості тривоги.

Шкала має одновимірну структуру, що дозволяє розглядати її як інтегральний показник загальної тривожності. Україномовна версія продемонструвала належні психометричні властивості: підтверджено її внутрішню узгодженість, валідність і стабільність результатів у часі. Водночас важливо враховувати контекст застосування: в умовах воєнного стану високі показники можуть відображати не лише клінічні прояви тривожного розладу, а й ситуативну реакцію на тривалий стрес (Aleksina et al., 2024).

Для оцінки депресивної симптоматики у дослідженні було використано опитувальник Patient Health Questionnaire (PHQ), а саме блок 2, який відповідає модулю оцінки депресії (Хаустова та ін., 2014). Даний інструмент є стандартизованою методикою, що широко застосовується для скринінгу психічних розладів неспсихотичного рівня, зокрема депресії та тривоги. Обраний блок спрямований на вимірювання основних симптомів депресії, включаючи зниження настрою, втрату інтересу до діяльності, порушення сну, втомлюваність, зміни апетиту, труднощі концентрації, негативне ставлення до себе та суїцидальні думки. Таким чином, він дозволяє комплексно оцінити емоційний, когнітивний і поведінковий компоненти депресивного стану.

Блок 2 містить 9 запитань, які відображають частоту переживання зазначених симптомів протягом останніх двох тижнів. Відповіді надаються за

шкалою Лайкерта з чотирма варіантами: від «жодного разу» до «майже кожен день», що дає змогу кількісно оцінити вираженість депресивних проявів. Сумарний показник формується шляхом додавання балів за всіма пунктами і відображає загальний рівень депресивної симптоматики: чим вищий результат, тим більш вираженими є депресивні прояви. Опитувальник використовується як скринінговий інструмент і дозволяє виявити осіб із підвищеним ризиком депресії, однак остаточна клінічна інтерпретація потребує додаткової діагностики.

### **2.3. Опис дизайну дослідження та вибірки**

Дослідження мало кількісний, неекспериментальний характер і реалізовувалося в межах кореляційного дизайну, що передбачає виявлення зв'язків між змінними без втручання дослідника у природний перебіг явищ.

Збір емпіричних даних здійснювався у період з лютого по березень 2026 року за допомогою онлайн-опитування, створеного на платформі Google Forms. Поширення опитувальника відбувалося через особисті соціальні мережі дослідника, зокрема Instagram. У дослідженні брали участь повнолітні особи – громадяни України. Усі учасники перед початком опитування надали інформовану згоду на участь і обробку персональних даних. Участь була повністю добровільною, без матеріального заохочення. Опитування проводилося анонімно: жодні ідентифікаційні дані, що дозволяють встановити особу респондента, не збиралися. Збір даних мав одноразовий (крос-секційний) характер, тобто кожен учасник заповнював анкету лише один раз. Таким чином, обраний дизайн забезпечує можливість аналізу взаємозв'язків між змінними, однак не передбачає встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

У дослідженні взяли участь  $N = 83$  респонденти віком від 18 до 54 років ( $M = 29.0$ ,  $SD = 7.34$ ), що свідчить про переважання молодих дорослих у вибірці.

За гендерною структурою вибірка була відносно збалансованою: жінки становили 53.0% ( $n = 44$ ), тоді як чоловіки – 47.0% ( $n = 39$ ) (рис. 2.2).

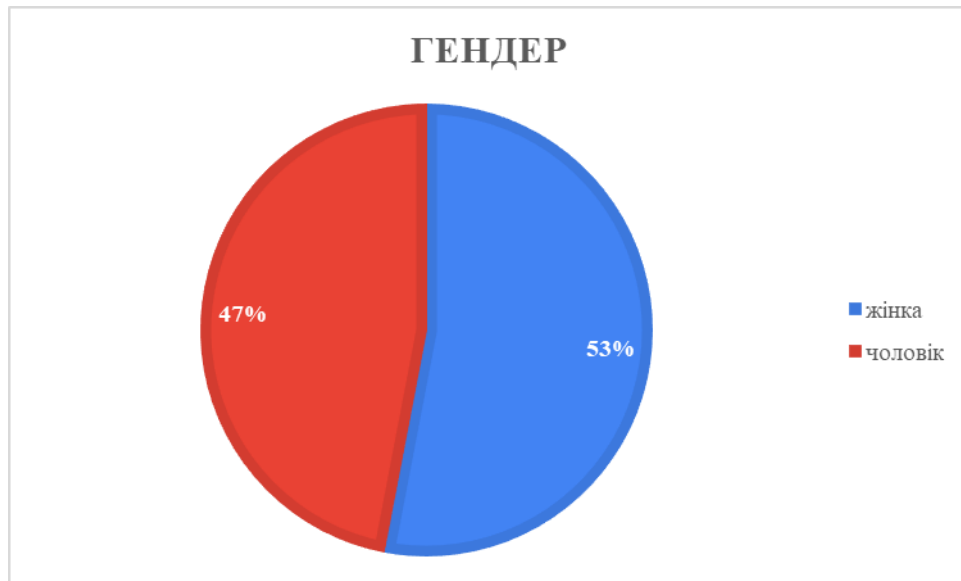


Рис. 2.2. Розподіл учасників дослідження за статтю

Щодо сімейного статусу, більшість учасників повідомили про наявність постійного партнера (72.3%,  $n = 60$ ), тоді як 27.7% ( $n = 23$ ) зазначили, що не перебувають у стабільних стосунках.

Аналіз характеру сексуальних стосунків показав, що 61.4% респондентів ( $n = 51$ ) мають постійного партнера. Водночас 15.7% ( $n = 13$ ) на момент дослідження не мали партнера, 14.5% ( $n = 12$ ) перебували у періодичних стосунках, а 8.4% ( $n = 7$ ) свідомо утримувалися від сексуальних контактів.

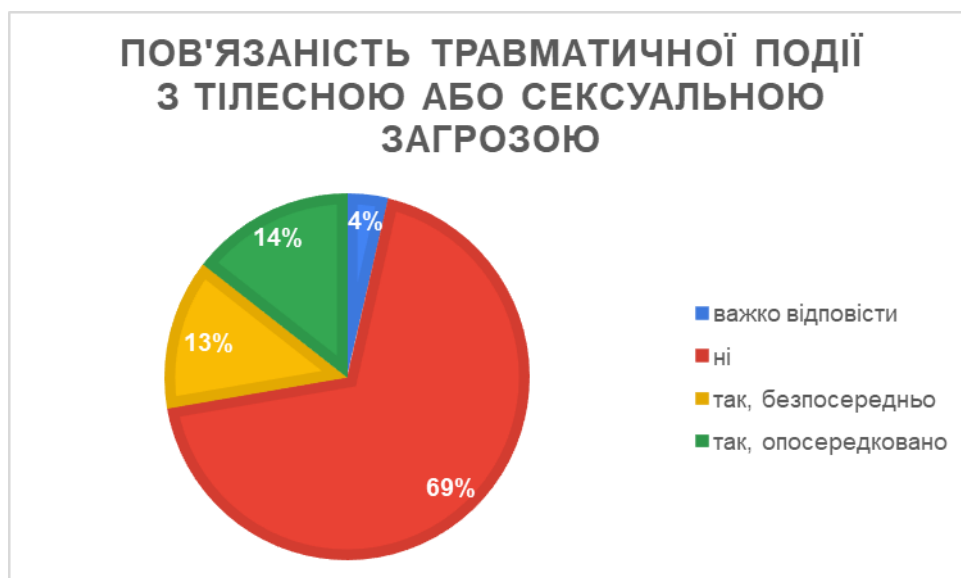
Розподіл за часом, що минув після травматичної події, виявив, що майже половина учасників (45.8%,  $n = 38$ ) пережили травму понад 3 роки тому. Ще 22.9% ( $n = 19$ ) зазначили період до 6 місяців, 19.3% ( $n = 16$ ) – 1-3 роки, а найменша частка (12.0%,  $n = 10$ ) – 6-12 місяців (рис. 2.2).



*Рис. 2.3.* Розподіл учасників дослідження за часом, що минув після травматичної події

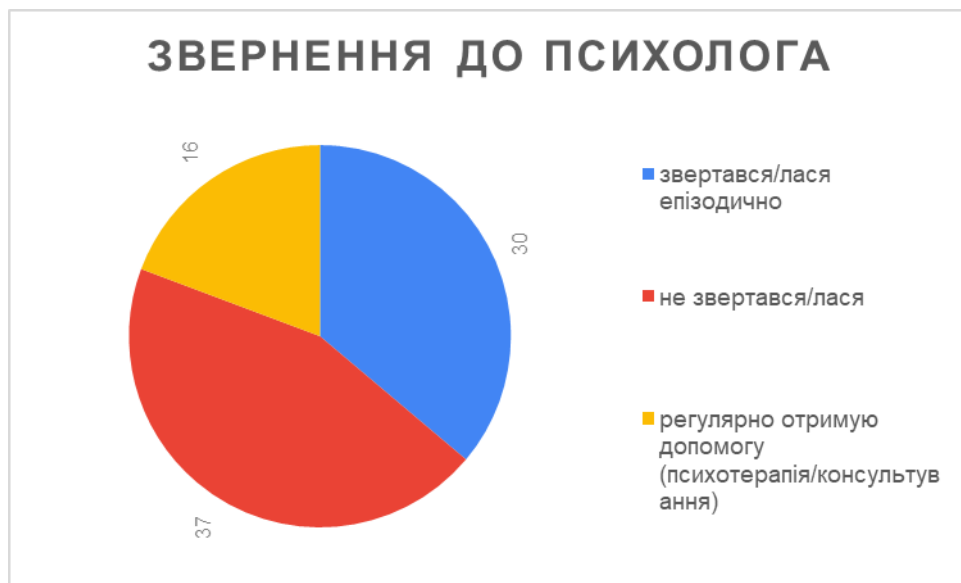
Найпоширенішим типом травматичного досвіду були військові події або бойові дії (47.0%,  $n = 39$ ). Інші респонденти повідомляли про міжособистісне насильство (15.7%,  $n = 13$ ), втрату близької людини або тяжку хворобу (14.5%,  $n = 12$ ), а також інші неуточнені події (22.9%,  $n = 19$ ).

Більшість учасників (68.7%,  $n = 57$ ) зазначили, що травматична подія не була пов'язана з тілесною або сексуальною загрозою. Водночас 13.3% ( $n = 11$ ) вказали на безпосередню загрозу, а 14.5% ( $n = 12$ ) – на опосередковану. Ще 3.6% ( $n = 3$ ) утрималися від оцінки (рис. 2.4).



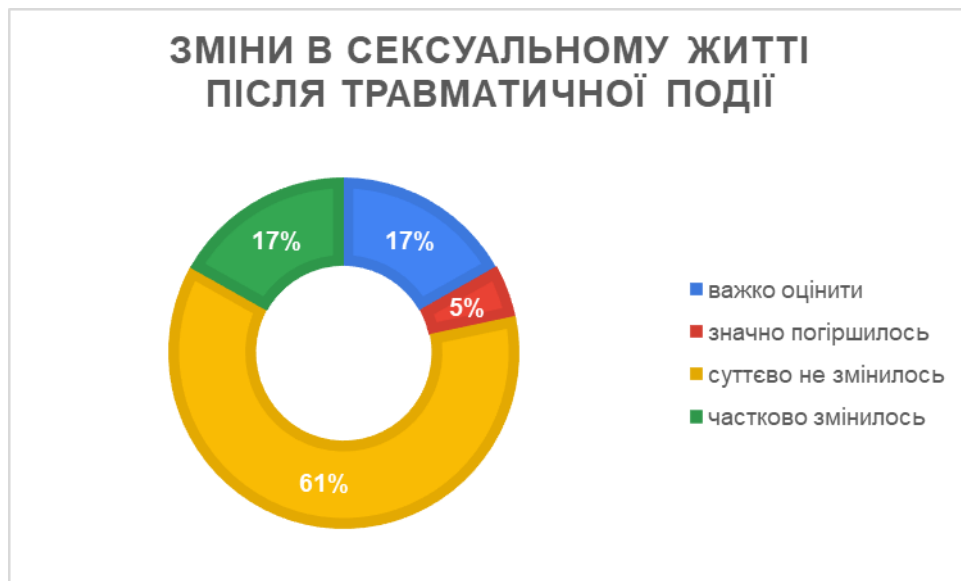
*Рис. 2.4.* Розподіл учасників дослідження за тим, чи пов'язана травматична подія з тілесною або сексуальною загрозою

Щодо звернення по психологічну допомогу, 44.6% ( $n = 37$ ) ніколи не зверталися до психолога. Епізодичний досвід мали 36.1% ( $n = 30$ ), тоді як 19.3% ( $n = 16$ ) повідомили про регулярну психотерапевтичну підтримку (рис. 2.5).



*Рис. 2.5.* Розподіл учасників дослідження за фактом звернення по психологічну допомогу

Оцінюючи зміни у сексуальному житті після травматичного досвіду, більшість респондентів (61.4%,  $n = 51$ ) не зафіксували суттєвих змін. Часткові зміни відзначили 16.9% ( $n = 14$ ), ще 16.9% ( $n = 14$ ) не змогли дати однозначної відповіді, а незначна частка (4.8%,  $n = 4$ ) повідомила про значне погіршення (рис. 2.5).



*Рис. 2.6.* Розподіл учасників дослідження за інтенсивністю змін в сексуальному житті після травматичної події

Отже, вибірка дослідження представлена переважно молодими дорослими з збалансованим гендерним розподілом і домінуванням осіб, які перебувають у стабільних партнерських стосунках. Більшість респондентів мали досвід переживання травматичної події достатньо давно (понад 3 роки), причому найчастіше вона була пов'язана з воєнними подіями та не супроводжувалася безпосередньою тілесною чи сексуальною загрозою.

Водночас варто відзначити, що значна частина учасників не зверталася по психологічну допомогу, що може вказувати на певні бар'єри у доступі або мотивації до отримання підтримки. Попри пережитий травматичний досвід, у більшості респондентів не спостерігається суттєвих змін у сексуальному житті.

#### **2.4. Методи статистичного аналізу даних**

Аналіз даних проводився за допомогою програмного забезпечення *Jamovi* (версія 2.6.2.2) (The jamovi project, 2024), первинна обробка даних здійснювалася в *Microsoft Excel*.

На першому етапі статистичної обробки було застосовано методи описової статистики, зокрема обчислено середні значення ( $M$ ), медіани ( $Me$ ), стандартні відхилення ( $SD$ ), мінімальні та максимальні значення досліджуваних змінних. Для перевірки відповідності емпіричних розподілів нормальному закону використовувався критерій Колмогорова-Смірнова, результати якого стали підставою для вибору параметричних або непараметричних процедур подальшого аналізу.

З метою виявлення міжгрупових відмінностей застосовувалися  $t$ -критерій Стьюдента для незалежних вибірок та його непараметричний аналог – критерій Манна-Уїтні. Для порівняння трьох і більше незалежних груп використовувалися однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), ANOVA Велча у випадках порушення гомогенності дисперсій, а також непараметричний критерій Краскела-Уолліса. Для уточнення міжгрупових відмінностей після виявлення загального ефекту застосовувалися *post hoc* процедури Games-Howell та Dwass-Steel-Critchlow-Fligner.

Для дослідження зв'язків між основними кількісними змінними використовувався ранговий кореляційний аналіз Спірмена, що дозволив оцінити силу та напрям взаємозв'язків між показниками сексуального благополуччя, симптомів ПТСР, сприйнятого стресу, тривожності та депресії. Для аналізу зв'язків між номінативними змінними застосовувалися таблиці сполучення та критерій  $\chi^2$  Пірсона з розрахунком коефіцієнта  $V$  Крамера як показника сили зв'язку.

З метою перевірки предиктивного внеску окремих психологічних змінних було використано простий та множинний лінійний регресійний аналіз, що дозволило оцінити вплив симптомів ПТСР, сприйнятого стресу, тривожності та депресивної симптоматики на загальний рівень сексуального благополуччя. Додатково було проведено модераційний аналіз для перевірки ролі депресії як потенційного модератора зв'язку між симптомами ПТСР та сексуальним благополуччям. Статистична значущість результатів визначалася на рівні  $p \leq .05$ .

## Висновок до розділу 2

У межах даного дослідження було обґрунтовано та реалізовано кількісний, неекспериментальний дизайн, спрямований на виявлення взаємозв'язків між посттравматичними симптомами та сексуальним благополуччям в умовах пролонгованого стресу. Обраний кореляційний підхід дозволив дослідити складні психологічні взаємозв'язки між змінними без втручання у природний перебіг явищ.

Методологічна основа дослідження ґрунтується на інтеграції сучасних когнітивно-поведінкових моделей ПТСР, психометричних підходів до оцінки емоційних станів та концепцій сексуального благополуччя як багатовимірного психологічного конструкта. Це забезпечило теоретично узгоджене поєднання змінних і валідність побудованої емпіричної моделі дослідження.

Для збору емпіричних даних було використано комплекс психодіагностичних методик, які дозволяють оцінити ключові компоненти досліджуваного феномена: посттравматичні симптоми (ITQ), рівень сприйнятого стресу (PSS-10), тривожність (GAD-7), депресивну симптоматику (PHQ) та суб'єктивне сексуальне благополуччя (опитувальник В. А. Гупаловської). Застосування стандартизованих і валідованих інструментів забезпечує надійність отриманих результатів і їхню порівнюваність із даними інших досліджень.

Дослідницька вибірка була сформована за принципом зручності та включала 83 повнолітніх респондентів, що дозволяє здійснювати аналіз зв'язків між змінними, хоча й обмежує можливість узагальнення результатів на ширшу популяцію. Вибірка характеризується відносною гендерною збалансованістю та переважанням осіб, які перебувають у партнерських стосунках, що є релевантним для дослідження сексуального благополуччя.

Для обробки даних було використано комплекс методів статистичного аналізу, що включає описову статистику, перевірку нормальності розподілу, порівняльний аналіз між групами, кореляційний та регресійний аналіз, а також аналіз зв'язків між категоріальними змінними.

## РОЗДІЛ 3.

**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ  
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ НА СЕКСУАЛЬНЕ  
БЛАГОПОЛУЧЧЯ В УМОВАХ ПРОЛОНГОВАНОГО СТРЕСУ**

**3.1. Первинний аналіз даних: описові характеристики, перевірка розподілу та аналіз зв'язків між номінальними змінними**

На першому етапі аналізу було здійснено оцінку основних описових характеристик досліджуваних змінних. Зокрема, було обчислено середні значення ( $M$ ), медіани ( $Me$ ), стандартні відхилення ( $SD$ ), а також мінімальні та максимальні значення (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Описові статистичні характеристики показників суб'єктивного  
сексуального благополуччя респондентів**

|  | Середнє | Медіана | Стд.від. | Мінімум | Максимум |
|--|---------|---------|----------|---------|----------|
| Сексуальна комунікація                         | 21.53   | 22      | 3.01     | 15      | 28       |
| Сексуальна потреба                             | 12.96   | 14      | 3.61     | 3       | 18       |
| Кількісна потреба                              | 3.66    | 2       | 3.75     | 0       | 15       |
| Стосунки як цінність                           | 22.80   | 23      | 4.32     | 12      | 29       |
| Задоволеність сексуальним життям та стосунками | 18.59   | 20      | 6.18     | 5       | 27       |
| Загальний показник СБ                          | 75.88   | 77      | 12.70    | 50      | 96       |

Середнє значення за шкалою сексуальної комунікації ( $M = 21.53$ ,  $SD = 3.01$ ) є близьким до медіани ( $Me = 22$ ), що вказує на відносно рівномірний розподіл і достатній рівень відкритості у спілкуванні з партнером щодо

інтимних потреб. Показник сексуальної потреби ( $M = 12.96$ ,  $SD = 3.61$ ) демонструє більшу варіативність. Водночас шкала кількісної потреби характеризується значною розбіжністю між середнім ( $M = 3.66$ ) та медіаною ( $Me = 2$ ), а також високим стандартним відхиленням ( $SD = 3.75$ ), що вказує на асиметричний розподіл. Показник цінності стосунків має відносно високі значення ( $M = 22.80$ ,  $SD = 4.32$ ), що свідчить про значущість емоційної близькості та партнерських взаємин для більшості учасників дослідження. Аналогічно, задоволеність сексуальним життям та стосунками демонструє помірний рівень ( $M = 18.59$ ,  $SD = 6.18$ ), проте характеризується більшою варіативністю. Інтегральний показник суб'єктивного сексуального благополуччя ( $M = 75.88$ ,  $SD = 12.70$ ) свідчить про загалом середній рівень задоволеності сексуальним життям у вибірці, при цьому достатньо широкий діапазон значень (від 50 до 96) вказує на наявність як більш сприятливих, так і менш благополучних варіантів переживання сексуальності.

Наступним кроком було розглянуто описові статистичні характеристики показників посттравматичної симптоматики у вибірці (табл.3.2).

Таблиця 3.2

**Описові статистичні характеристики показників посттравматичної симптоматики (ІТQ)**

|                          | Середнє | Медіана | Стд.від. | Мінімум | Максимум |
|--------------------------|---------|---------|----------|---------|----------|
| Повторне переживання     | 1.61    | 1       | 1.50     | 0       | 5        |
| Уникнення                | 2.36    | 2       | 1.94     | 0       | 6        |
| Почуття загрози          | 3.11    | 3       | 2.21     | 0       | 8        |
| ПТСР                     | 7.8     | 7       | 4.34     | 1       | 16       |
| Емоційна дисрегуляція    | 2.42    | 2       | 1.73     | 0       | 7        |
| Негативна Я-концепція    | 02.11   | 1       | 2.62     | 0       | 8        |
| Порушення у стосунках    | 2.33    | 1       | 2.28     | 0       | 8        |
| Функціональні порушення, | 2.61    | 2       | 2.36     | 0       | 8        |

|                           |      |   |      |   |    |
|---------------------------|------|---|------|---|----|
| пов'язані з ПТСР          |      |   |      |   |    |
| Порушення самоорганізації | 9.57 | 7 | 7.84 | 0 | 27 |

Отримані результати свідчать, що серед окремих кластерів симптомів найвищі значення спостерігаються за шкалою почуття загрози ( $M = 3.11$ ,  $SD = 2.21$ ), що вказує на наявність підвищеної настороженості та відчуття небезпеки у частини респондентів. Показники уникнення ( $M = 2.36$ ,  $SD = 1.94$ ) та емоційної дисрегуляції ( $M = 2.42$ ,  $SD = 1.73$ ) також перебувають на помірному рівні. Водночас показник повторного переживання травми є нижчим ( $M = 1.61$ ,  $SD = 1.50$ ), що може вказувати на менш виражені інтрузивні симптоми у вибірці. Аналогічно, негативна Я-концепція ( $M = 2.11$ ,  $SD = 2.62$ ) та порушення у стосунках ( $M = 2.33$ ,  $SD = 2.28$ ) демонструють значну варіативність. Інтегральний показник ПТСР становить  $M = 7.8$  ( $SD = 4.34$ ), що відповідає помірному рівню вираженості посттравматичної симптоматики у вибірці. Водночас показник порушень самоорганізації ( $M = 9.57$ ,  $SD = 7.84$ ) характеризується значною дисперсією, що може свідчити про суттєві індивідуальні відмінності у глибині посттравматичних змін. Показник функціональних порушень, пов'язаних із ПТСР ( $M = 2.61$ ,  $SD = 2.36$ ) вказує на те, що для частини респондентів симптоми мають вплив на повсякденне функціонування, однак цей вплив є нерівномірним у межах вибірки.

Таблиця 3.3

**Описові статистичні характеристики показників стресу, тривожності та депресії**

|                  | Середнє | Медіана | Стд.від. | Мінімум | Максимум |
|------------------|---------|---------|----------|---------|----------|
| Сприйнятий стрес | 18.4    | 18      | 5.49     | 8       | 29       |
| Тривога          | 6.41    | 6       | 4.16     | 0       | 19       |
| Депресія         | 8.47    | 7       | 4.72     | 1       | 22       |

Отримані результати свідчать, що середній рівень сприйнятого стресу у вибірці становить  $M = 18.4$  ( $SD = 5.49$ ), що відповідає помірному рівню суб'єктивного напруження. Співпадіння середнього значення з медіаною ( $Me = 18$ ) вказує на відносно симетричний розподіл показника.

Показник тривожності ( $M = 6.41$ ,  $SD = 4.16$ ) також знаходиться в межах помірного рівня, що свідчить про наявність тривожних переживань у частини респондентів, проте з достатньо широкою варіативністю значень у вибірці.

Рівень депресивної симптоматики ( $M = 8.47$ ,  $SD = 4.72$ ) демонструє тенденцію до помірної вираженості, що може відображати зниження емоційного фону та окремі депресивні прояви у частини учасників дослідження. Водночас розбіжність між мінімальними та максимальними значеннями свідчить про значні індивідуальні відмінності.

Наступним етапом було здійснено перевірку нормальності розподілу досліджуваних змінних за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова.

Результати показали, що нормальному розподілу ( $p > .05$ ) відповідають показники сексуальної комунікації, цінності стосунків, загального рівня сексуального благополуччя, а також сприйнятого стресу і тривожності. Водночас для інших змінних було виявлено статистично значущі відхилення від нормального розподілу ( $p < .05$ ). До них належать показники сексуальної потреби, кількісної потреби, депресії, а також усі основні показники посттравматичної симптоматики, включаючи повторне переживання, уникнення, почуття загрози, інтегральний показник ПТСР, емоційну дисрегуляцію, негативну Я-концепцію, порушення у стосунках, функціональні порушення та порушення самоорганізації. Відповідно було прийнято рішення про застосування непараметричних методів, а також необхідності обережної інтерпретації результатів (Додаток Б).

Додатково було проведено аналіз зв'язку між статтю респондентів та оцінкою пов'язаності травматичної події з тілесною або сексуальною загрозою за допомогою таблиць сполучення та критерію  $\chi^2$  Пірсона. Результати показали наявність статистично значущого зв'язку між змінними ( $\chi^2 = 16.63$ ,

$df = 3, p < .001$ ), що свідчить про відмінності у розподілі відповідей залежно від статі.

Аналіз відсоткового розподілу в межах груп показав, що серед жінок лише 54.5% зазначили відсутність зв'язку травматичної події з тілесною або сексуальною загрозою, тоді як серед чоловіків цей показник є суттєво вищим і становить 84.6%. Натомість жінки значно частіше повідомляли про опосередковану загрозу (27.3% проти 0% у чоловіків) та частіше обирали варіант «важко відповісти» (6.8% проти 0%).

Частка респондентів, які вказали на безпосередню загрозу, є відносно подібною в обох групах (11.4% серед жінок і 15.4% серед чоловіків), що свідчить про відсутність виражених гендерних відмінностей саме за цим показником (Рис. 3.1).

Коефіцієнт Крамера ( $V = 0.443$ ) вказує на зв'язок середньої сили між статтю та оцінкою травматичної події.

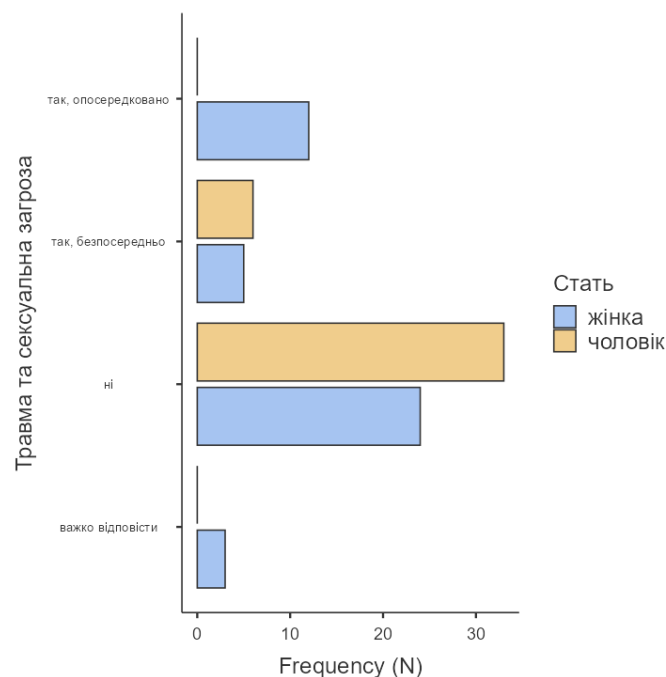


Рис. 3.1. Розподіл оцінки пов'язаності травматичної події з тілесною або сексуальною загрозою залежно від статі респондентів

Таким чином, результати свідчать, що жінки частіше інтерпретують травматичний досвід як пов'язаний із тілесною або сексуальною загрозою (особливо опосередковано), тоді як чоловіки значно частіше заперечують наявність такого зв'язку. Це вказує на наявність гендерних відмінностей у сприйнятті та інтерпретації травматичних подій.

Додатково було проаналізовано зв'язок між часом, що минув після травматичної події, та суб'єктивною оцінкою змін у сексуальному житті за допомогою таблиць сполучення та критерію  $\chi^2$  Пірсона. Результати показали наявність статистично значущого зв'язку між змінними ( $\chi^2 = 31.07$ ,  $df = 9$ ,  $p < .001$ ), що свідчить про відмінності у сприйнятті змін сексуального життя залежно від давності травматичного досвіду. Аналіз відсоткового розподілу показав, що серед респондентів, які пережили травматичну подію 1-3 роки тому, переважає оцінка відсутності суттєвих змін (68.8%), тоді як 31.3% зазначають часткові зміни. У групі з досвідом травми понад 3 роки тому також домінує варіант «суттєво не змінилось» (63.2%), однак значна частка респондентів (26.3%) не змогла оцінити зміни. Інша картина спостерігається серед осіб, які пережили травматичну подію 6–12 місяців тому: у цій групі відзначається найбільша варіативність відповідей, зокрема найвищий відсоток значного погіршення сексуального життя (30.0%) та часткових змін (40.0%). У групі респондентів, які пережили травму до 6 місяців тому, переважає оцінка відсутності суттєвих змін (73.7%), однак присутні також відповіді про часткові зміни та труднощі в оцінці. Коефіцієнт Крамера ( $V = 0.357$ ) вказує на зв'язок середньої сили між змінними (рис. 3.2).

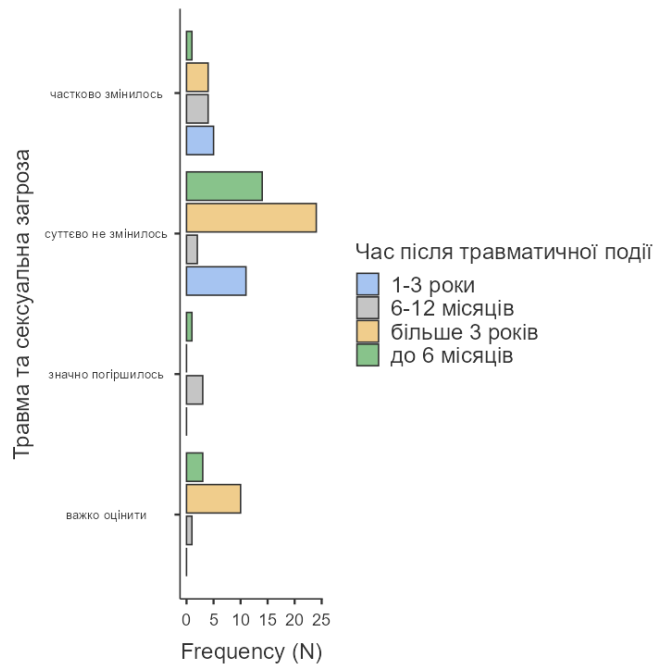


Рис. 3.2. Розподіл змін у сексуальному житті після травматичної події залежно від часу, що минув після травми

Результати свідчать, що найбільш виражені негативні зміни у сексуальному житті спостерігаються у відносно недавній період після травматичної події (6-12 місяців), тоді як із часом зростає частка респондентів, які не фіксують суттєвих змін або мають труднощі з їх оцінкою.

Далі було проаналізовано зв'язок між типом травматичного досвіду та суб'єктивною оцінкою змін у сексуальному житті. Результати показали наявність статистично значущого зв'язку між змінними ( $\chi^2 = 20.01$ ,  $df = 9$ ,  $p = .017$ ). Аналіз відсоткового розподілу показав, що серед респондентів, які пережили воєнні події або бойові дії, переважає оцінка відсутності суттєвих змін у сексуальному житті (66.7%), тоді як 20.5% зазначають часткові зміни. У групі осіб із досвідом міжособистісного насильства спостерігається інша структура відповідей: лише 30.8% не відзначають змін, тоді як така ж частка (30.8%) вказує на часткові зміни, а 38.5% мають труднощі з оцінкою, що може свідчити про більшу складність та неоднозначність переживання наслідків травми. Респонденти, які пережили раптову втрату близької людини або тяжку

хворобу, переважно не фіксують змін у сексуальному житті (91.7%), що є найвищим показником серед усіх груп. У групі інших травматичних подій спостерігається більша варіативність відповідей: 52.6% зазначають відсутність змін, 10.5% – часткові зміни, а 15.8% повідомляють про значне погіршення сексуального життя. Коефіцієнт Крамера ( $V = 0.284$ ) вказує на зв'язок слабкої або помірної сили між змінними. Таким чином, результати свідчать, що характер змін у сексуальному житті частково залежить від типу травматичного досвіду, причому найбільш неоднорідні та потенційно проблемні показники спостерігаються у групі міжособистісного насильства.

### **3.2. Порівняльний аналіз групових відмінностей у показниках сексуального благополуччя, посттравматичних симптомів та психологічного дистресу**

Наступним етапом дослідження було здійснено порівняльний аналіз показників сексуального благополуччя, посттравматичної симптоматики та емоційних станів у різних групах респондентів. Для групового порівняння було обрано соціально-демографічні та змістові змінні, що характеризувалися достатньою чисельністю підгруп і відносно рівномірним розподілом учасників, а саме: стать, час, що минув після травматичної події, а також досвід звернення по психологічну допомогу.

З огляду на те, що для частини досліджуваних змінних було зафіксовано порушення припущення про нормальність розподілу за критерієм Колмогорова-Смірнова, для аналізу відмінностей між двома незалежними групами було застосовано непараметричний критерій Манна-Вітні.

Результати показали статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками за показниками сексуальної потреби ( $U = 548, p = .004$ ), кількісної потреби ( $U = 462, p < .001$ ), почуття загрози ( $U = 474, p < .001$ ) та емоційної дисрегуляції ( $U = 500, p < .001$ ).

Згідно з груповими описовими статистиками, чоловіки продемонстрували вищі показники сексуальної потреби ( $M = 13.85$ ) порівняно

з жінками ( $M = 12.18$ ), а також вищий рівень кількісної потреби ( $M = 5.15$  проти  $M = 2.34$ ). Це може свідчити про більшу вираженість сексуального інтересу та потреби у частоті сексуальної активності серед чоловіків вибірки.

Водночас жінки характеризувалися вищими показниками почуття загрози ( $M = 3.89$ ) порівняно з чоловіками ( $M = 2.23$ ), а також більш вираженою емоційною дисрегуляцією ( $M = 3.00$  проти  $M = 1.77$ ). Отримані результати можуть вказувати на більшу емоційну вразливість жінок до наслідків травматичного досвіду та вищий рівень посттравматичної напруженості (рис.3.3).

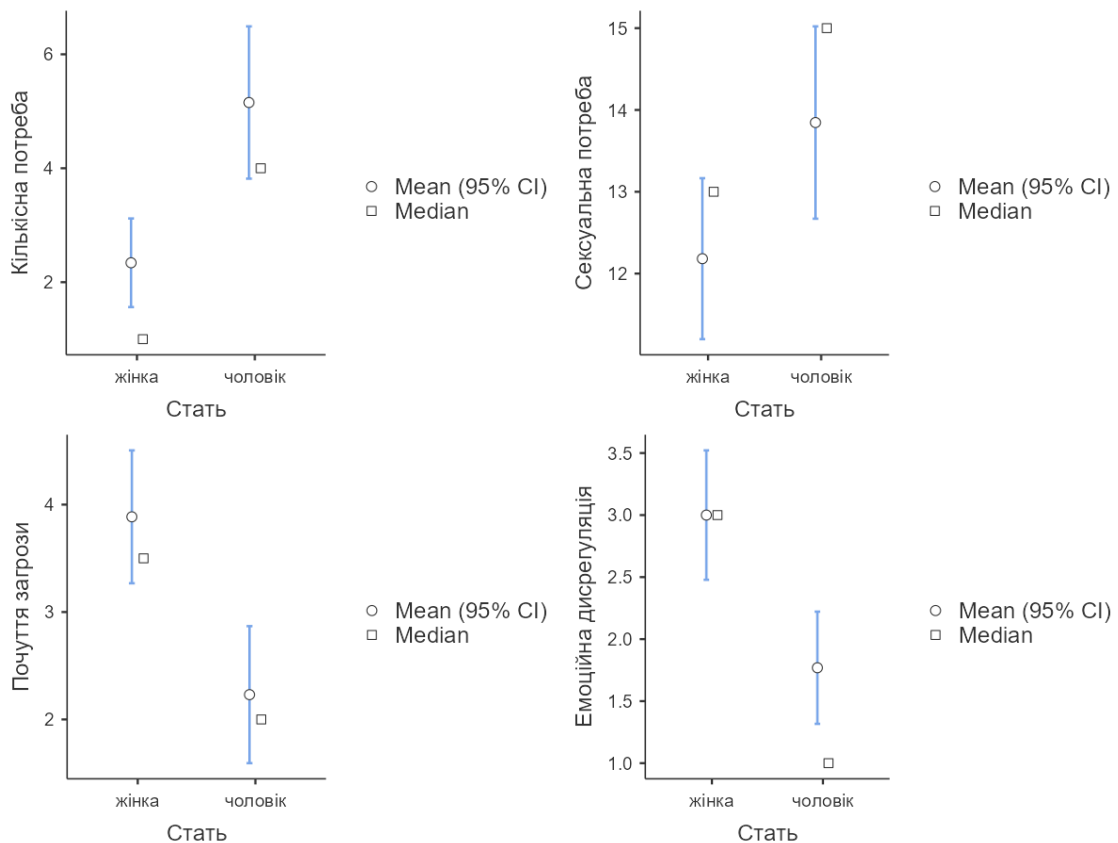
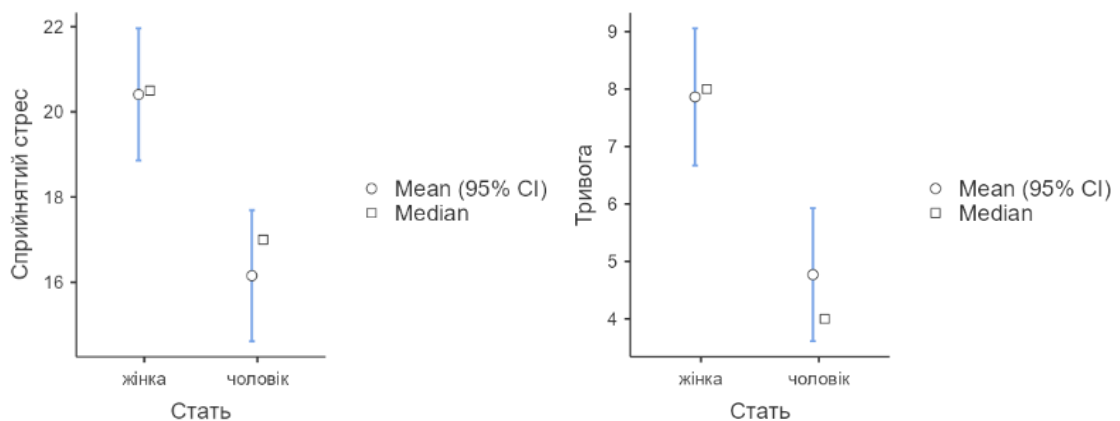


Рис. 3.3. Гендерні відмінності за показниками кількісної потреби, сексуальної потреби, почуття загрози та емоційної дисрегуляції

Подальший порівняльний аналіз було здійснено щодо показників сприйнятого стресу, тривожності та депресивної симптоматики залежно від статі респондентів. Попередньо було перевірено статистичні припущення

застосування параметричних критеріїв. Результати критерію Колмогорова-Смірнова засвідчили відсутність статистично значущих відхилень від нормального розподілу для показників сприйнятого стресу, тривожності та депресії ( $p > .05$ ). Додатково перевірка гомогенності дисперсій за критерієм Левена також не виявила статистично значущих відмінностей дисперсій між групами ( $p > .05$ ), що підтвердило можливість використання t-критерію Стюдента для незалежних вибірок. Результати аналізу показали статистично значущі гендерні відмінності за всіма трьома показниками: сприйнятим стресом ( $t = 3.80$ ,  $df = 81$ ,  $p < .001$ ), тривожністю ( $t = 3.63$ ,  $df = 81$ ,  $p < .001$ ) та депресивною симптоматикою ( $t = 2.16$ ,  $df = 81$ ,  $p = .034$ ). Згідно з груповими описовими статистиками, жінки продемонстрували вищий рівень сприйнятого стресу ( $M = 20.41$ ) порівняно з чоловіками ( $M = 16.15$ ). Аналогічна тенденція спостерігається і щодо тривожності, де середній показник у жінок становив  $M = 7.86$ , тоді як у чоловіків –  $M = 4.77$ . Також жінки мали вищий рівень депресивної симптоматики ( $M = 9.50$ ) порівняно з чоловіками ( $M = 7.31$ ), що свідчить про більш виражені емоційно-негативні переживання у жіночій частині вибірки (рис. 3.4).



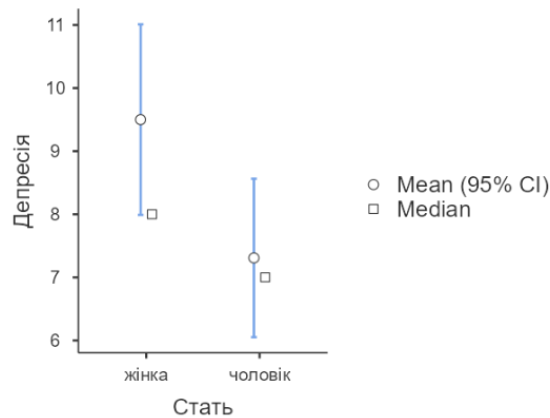


Рис. 3.4. Гендерні відмінності за показниками сприйнятого стресу, тривоги та депресії

Таким чином, результати свідчать про системно вищий рівень психологічного дистресу серед жінок порівняно з чоловіками. Для всіх інших досліджуваних змінних статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками виявлено не було ( $p > .05$ ).

Наступним кроком було здійснено порівняльний аналіз показників залежно від часу, що минув після травматичної події. Для цього застосовувався однофакторний дисперсійний аналіз. Оскільки за показником уникнення було виявлено порушення гомогенності дисперсій за критерієм Левена ( $p = .015$ ), для оцінки міжгрупових відмінностей було використано ANOVA Велча, який є стійким до нерівності дисперсій. Результати аналізу показали статистично значущі відмінності між групами за рівнем уникнення ( $F = 4.12$ ,  $df1 = 3$ ,  $df2 = 27.7$ ,  $p = .016$ ). Це свідчить про те, що вираженість унікальної симптоматики залежить від часу, який минув після пережитої травматичної події.

Згідно з описовими статистиками, найвищий рівень уникнення спостерігається у респондентів, які пережили травматичну подію до 6 місяців тому ( $M = 3.63$ ,  $SD = 1.95$ ). Нижчі показники виявлено у групах 6–12 місяців ( $M = 2.30$ ), понад 3 роки ( $M = 2.08$ ) та 1–3 роки ( $M = 1.56$ ).

Для уточнення характеру відмінностей було застосовано пост-хок критерій Games-Howell. Результати показали, що група респондентів із

досвідом травми до 6 місяців тому має статистично вищий рівень уникнення порівняно з групою 1-3 роки ( $p = .008$ ) та групою понад 3 роки ( $p = .027$ ). Відмінності між іншими групами статистично значущими не виявилися (Рис. 3.5).

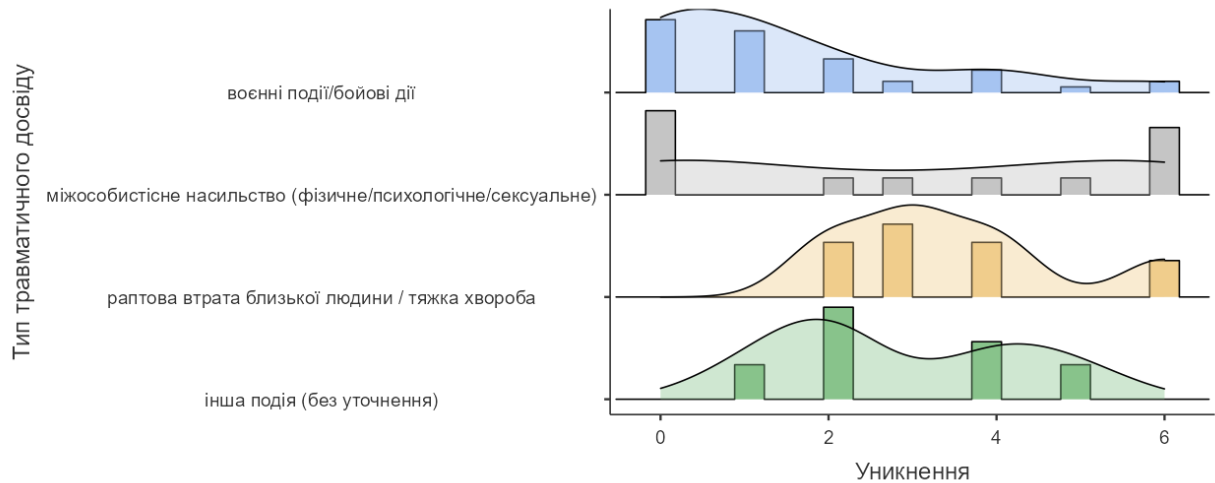


Рис. 3.5. Розподіл показника уникнення залежно від типу травматичного досвіду

Таким чином, результати свідчать, що симптоматика уникнення є найбільш вираженою у найближчий період після травматичної події та знижується зі збільшенням часу, що минув після травми. Це узгоджується з уявленнями про поступове зменшення гострих реакцій уникання в процесі психологічної адаптації.

Далі було проведено порівняльний аналіз показників залежно від часу, що минув після травматичної події, для змінних, розподіл яких не відповідав критеріям нормальності. У зв'язку з цим було застосовано непараметричний критерій Краскела-Уолліса. Результати аналізу виявили статистично значущі міжгрупові відмінності за показниками сексуальної потреби ( $\chi^2 = 9.49$ ,  $df = 3$ ,  $p = .023$ ), повторного переживання ( $\chi^2 = 13.62$ ,  $p = .003$ ), інтегрального показника ПТСР ( $\chi^2 = 13.75$ ,  $p = .003$ ) та функціональних порушень, пов'язаних із ПТСР ( $\chi^2 = 11.00$ ,  $p = .012$ ). Значення  $\epsilon^2$  свідчать про ефекти малого та помірного розміру.

Для уточнення характеру відмінностей було застосовано попарні порівняння за критерієм Dwass–Steel–Critchlow–Fligner. За показником сексуальної потреби статистично значущу відмінність виявлено між групами 1–3 роки та понад 3 роки ( $p = .016$ ). Це свідчить про відмінності у вираженості сексуальної потреби залежно від віддаленості травматичного досвіду (Рис. 3.6).

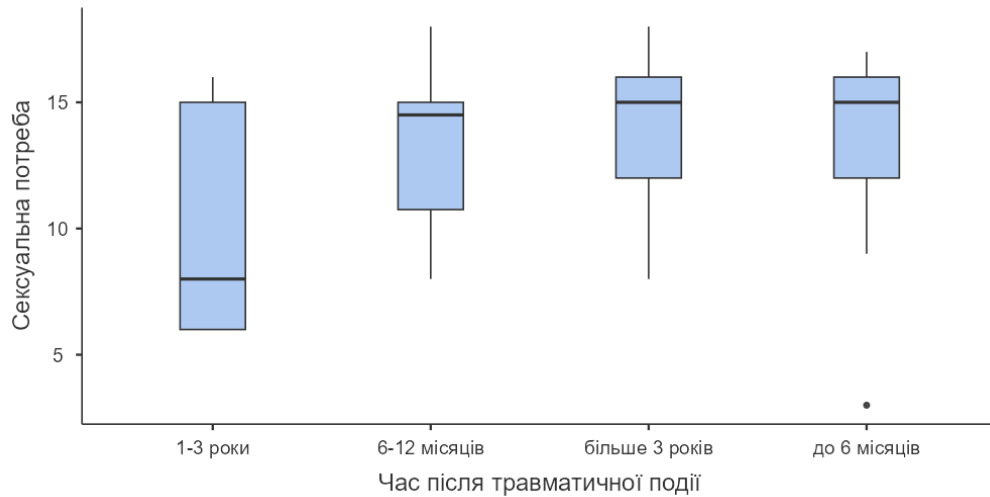
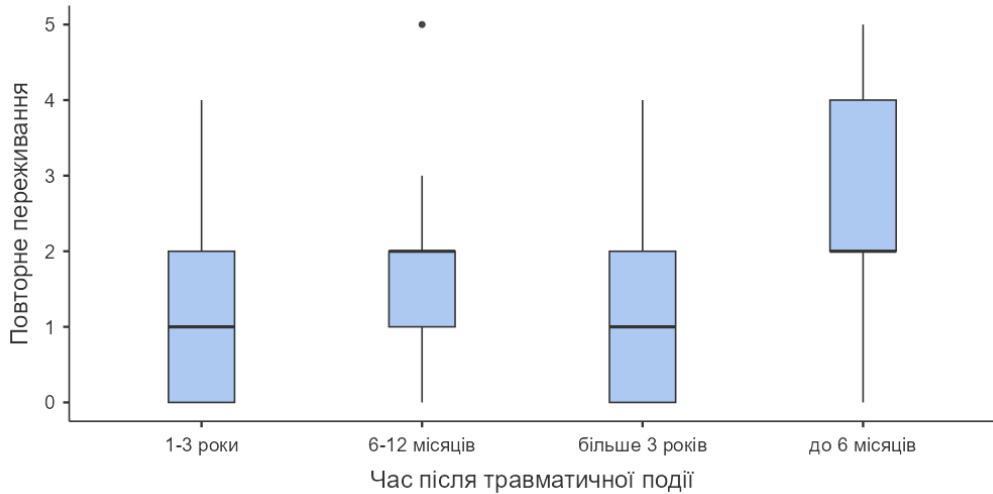


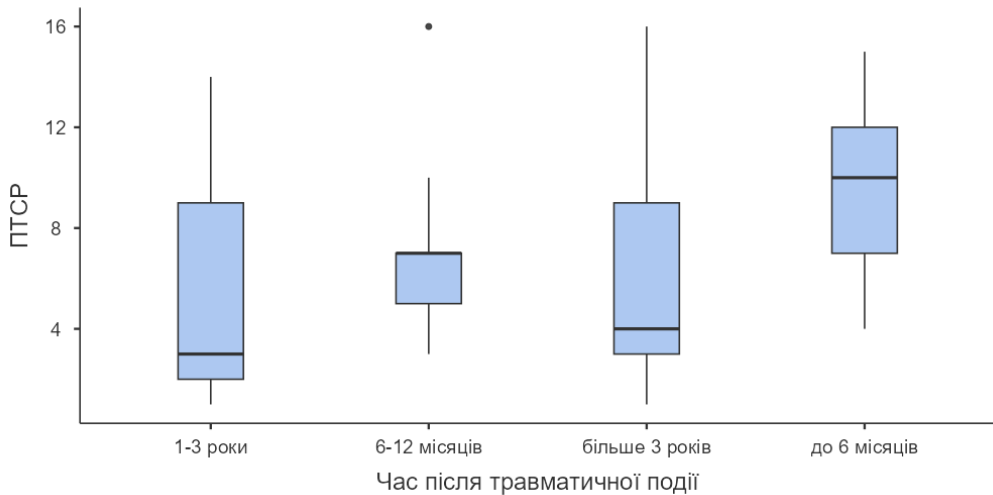
Рис. 3.6. Відмінності показника сексуальної потреби залежно від часу, що минув після травматичної події

За шкалою повторного переживання травми значущі відмінності встановлено між групами 1-3 роки та до 6 місяців ( $p = .019$ ), а також між групами понад 3 роки та до 6 місяців ( $p = .004$ ). Отже, найвищий рівень інтрузивної симптоматики характерний для осіб, які пережили травму нещодавно (рис.3.7).



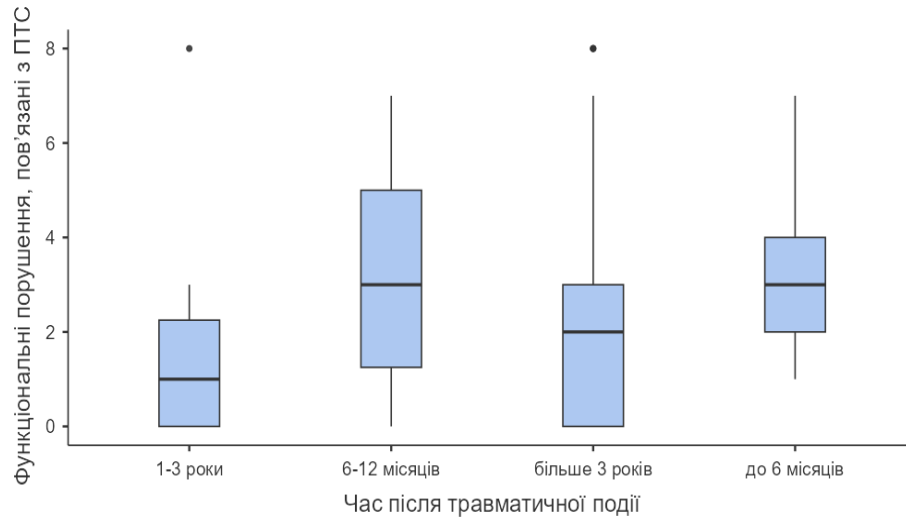
*Рис. 3.7.* Відмінності показника повторного переживання залежно від часу, що минув після травматичної події

Подібна тенденція спостерігається і щодо інтегрального показника ПТСР: статистично значущі відмінності виявлено між групами 1-3 роки та до 6 місяців ( $p = .010$ ), а також між групами понад 3 роки та до 6 місяців ( $p = .016$ ). Це свідчить про вищий рівень посттравматичної симптоматики у найближчий період після травматичної події (рис.3.8).



*Рис. 3.8.* Відмінності показника вираженості симптомів ПТСР залежно від часу, що минув після травматичної події

За показником функціональних порушень, пов'язаних із ПТСР, значущу різницю зафіксовано між групами 1-3 роки та до 6 місяців ( $p = .006$ ), що вказує на більш виражений вплив симптомів на повсякденне функціонування у респондентів із нещодавнім травматичним досвідом (рис. 3.9).



*Рис. 3.9.* Відмінності показника вираженості посттравматичних симптомів залежно від часу, що минув після травматичної події

Таким чином, результати свідчать, що найбільш виражені посттравматичні прояви та пов'язані з ними функціональні труднощі спостерігаються у перші місяці після травматичної події. Із плином часу рівень симптоматики знижується, що може відображати поступову психологічну адаптацію та відновлення.

Далі було здійснено порівняльний аналіз показників залежно від досвіду звернення по психологічну допомогу. Оскільки розподіл частини змінних не відповідав критеріям нормальності, для міжгрупового порівняння було застосовано непараметричний критерій Краскела-Уолліса. Результати аналізу виявили статистично значущі відмінності між групами за показниками кількісної потреби ( $\chi^2 = 6.88$ ,  $df = 2$ ,  $p = .032$ ), уникнення ( $\chi^2 = 6.12$ ,  $p = .047$ ) та тривожності ( $\chi^2 = 11.49$ ,  $p = .003$ ). Значення  $\epsilon^2$  свідчать про ефекти малого та помірного розміру.

Для уточнення характеру міжгрупових відмінностей було проведено попарні порівняння за критерієм Dwass-Steel-Critchlow-Fligner.

За показником кількісної потреби статистично значущу різницю виявлено між респондентами, які не зверталися по психологічну допомогу, та особами, які регулярно отримують психологічну підтримку ( $p = .028$ ). Згідно з медіанними значеннями, вищий рівень кількісної потреби спостерігається у групі, яка не зверталася по допомогу ( $Me = 3.00$ ), порівняно з тими, хто проходить регулярну психотерапію ( $Me = 1.00$ ) (рис.3.10).

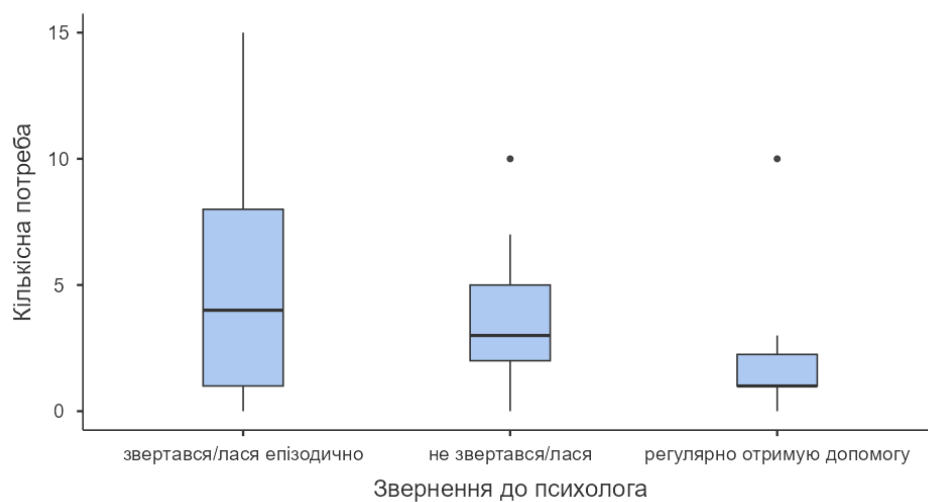
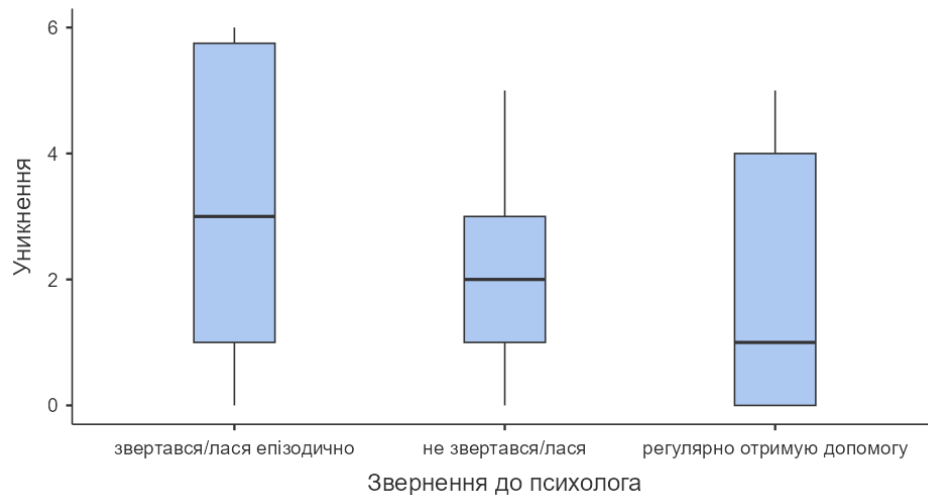


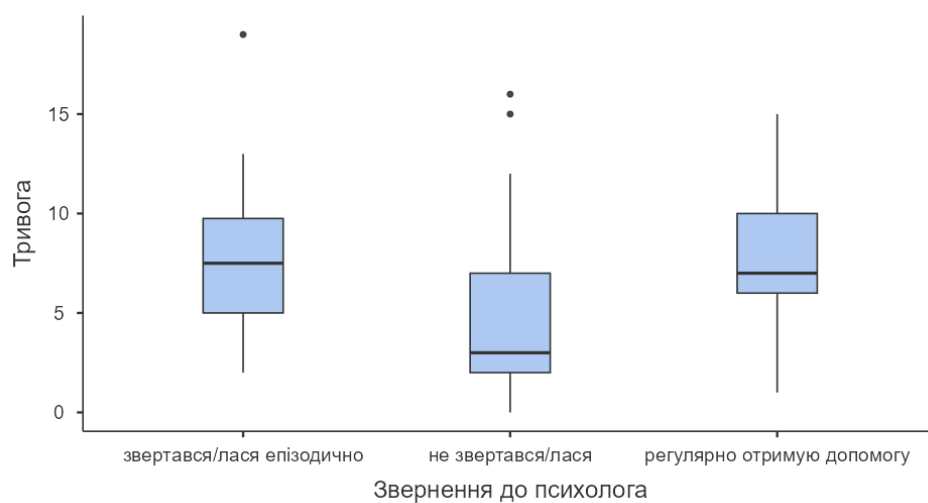
Рис. 3.10. Відмінності показника кількісної потреби залежно від досвіду звернення по психологічну допомогу

За показником уникнення загальна міжгрупова різниця була статистично значущою, однак попарні порівняння не виявили значущих відмінностей між окремими групами ( $p > .05$ ). Водночас описові дані свідчать про тенденцію до вищого рівня уникнення серед осіб, які зверталися епізодично ( $Me = 3.00$ ), порівняно з іншими групами (рис. 3.11).



*Рис. 3.11.* Відмінності показника уникнення залежно від досвіду звернення по психологічну допомогу

Найбільш виражені відмінності виявлено за показником тривожності. Статистично значущу різницю зафіксовано між респондентами, які зверталися по допомогу епізодично, та тими, хто не звертався взагалі ( $p = .005$ ). Особи з епізодичним досвідом звернення продемонстрували вищий рівень тривожності ( $Me = 7.50$ ), ніж респонденти без досвіду звернення ( $Me = 3.00$ ). Відмінність між групами, які не зверталися та регулярно отримують допомогу, наближалася до статистичної значущості ( $p = .053$ ) (рис. 3.12).



*Рис. 3.12.* Відмінності показника тривожності залежно від досвіду звернення по психологічну допомогу

Таким чином, результати свідчать, що звернення по психологічну допомогу пов'язане з особливостями емоційного стану та окремими аспектами сексуальної сфери. Особи, які мають досвід звернення, особливо епізодичний, демонструють вищий рівень тривожності, тоді як регулярне отримання допомоги асоціюється з нижчим рівнем кількісної сексуальної потреби.

Для інших досліджуваних змінних статистично значущих відмінностей залежно від типу травматичного досвіду не виявлено ( $p > .05$ ).

### **3.3. Аналіз впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя в умовах пролонгованого стресу**

Було здійснено аналіз взаємозв'язків між основними змінними дослідження з метою подальшого вивчення впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя в умовах пролонгованого стресу. З огляду на те, що більшість досліджуваних показників демонстрували відхилення від нормального розподілу, для оцінки сили та напрямку зв'язків було застосовано ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена.

Результати кореляційного аналізу показали, що загальний показник сексуального благополуччя має статистично значущий негативний зв'язок із рівнем посттравматичних симптомів ( $\rho = -0.281, p = .010$ ), тривожністю ( $\rho = -0.229, p = .037$ ) та особливо з депресивною симптоматикою ( $\rho = -0.418, p < .001$ ). Це свідчить про те, що зі зростанням посттравматичної симптоматики, тривоги та депресії рівень сексуального благополуччя знижується. Зв'язок між сексуальним благополуччям і сприйнятим стресом не досяг рівня статистичної значущості ( $\rho = -0.144, p = .195$ ). Це може свідчити про те, що суб'єктивно переживаний стрес сам по собі не є безпосереднім чинником зниження сексуального благополуччя у досліджуваній вибірці. Імовірно, його вплив проявляється опосередковано через супутні емоційні стани, зокрема тривожність, депресивну симптоматику, виснаження ресурсів саморегуляції або загальне погіршення психологічного функціонування (рис. 3.13).

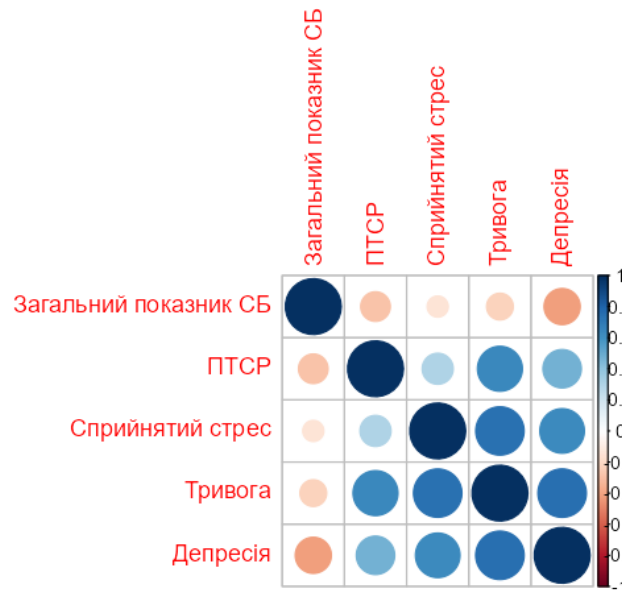


Рис. 3.13. Кореляційна матриця взаємозв'язків між сексуальним благополуччям, посттравматичними симптомами, сприйнятим стресом, тривогою та депресією

Таким чином, отримані результати підтверджують, що зниження сексуального благополуччя найбільшою мірою пов'язане з депресивною симптоматикою, а також із посттравматичними проявами і тривоги.

З метою перевірки впливу симптомів посттравматичного стресового розладу на рівень сексуального благополуччя було проведено простий лінійний регресійний аналіз, у якому залежною змінною виступав загальний показник сексуального благополуччя, а предиктором – інтегральний показник посттравматичних симптомів.

Отримана регресійна модель виявилася статистично значущою:  $F(1, 81) = 9.68, p = .003$ . Коефіцієнт детермінації становив  $R^2 = 0.107$ , що свідчить про те, що посттравматичні симптоми пояснюють 10.7% варіативності показника сексуального благополуччя у досліджуваній вибірці. Значення множинної кореляції ( $R = 0.327$ ) вказує на наявність зв'язку помірної сили між змінними.

Аналіз регресійних коефіцієнтів показав, що показник ПТСР є статистично значущим предиктором сексуального благополуччя ( $B = -0.956, SE = 0.307, t = -3.11, p = .003$ ). Негативний знак коефіцієнта свідчить про

зворотний характер зв'язку: зі зростанням вираженості посттравматичної симптоматики рівень сексуального благополуччя знижується. Зокрема, збільшення показника ПТСР на один бал асоціюється зі зменшенням загального показника сексуального благополуччя в середньому на 0.96 бала.

Стандартизований коефіцієнт регресії ( $\beta = -0.327$ ) підтверджує помірну силу негативного впливу ПТСР на досліджуваний показник.

Таким чином, результати регресійного аналізу підтверджують, що посттравматичні симптоми є статистично значущим негативним предиктором сексуального благополуччя. Чим вищим є рівень посттравматичної симптоматики, тим нижчим є сексуальне благополуччя та пов'язані аспекти інтимної сфери.

З метою визначення відносного внеску посттравматичних симптомів та супутніх психологічних чинників у пояснення рівня сексуального благополуччя було проведено множинний лінійний регресійний аналіз. Залежною змінною виступав загальний показник сексуального благополуччя, а предикторами були посттравматичні симптоми, сприйнятий стрес, тривожність та депресивна симптоматика.

Отримана регресійна модель виявилася статистично значущою:  $F(4, 78) = 7.45, p < .001$ . Коефіцієнт детермінації становив  $R^2 = 0.276$ , що свідчить про пояснення 27.6% дисперсії показника сексуального благополуччя за рахунок сукупного впливу включених предикторів.

Аналіз окремих регресійних коефіцієнтів показав, що серед усіх включених предикторів статистично значущим виявився лише показник депресії ( $B = -1.702, SE = 0.405, t = -4.197, p < .001; \beta = -0.633$ ). Негативний знак коефіцієнта свідчить про те, що зростання депресивної симптоматики супроводжується зниженням сексуального благополуччя. Зокрема, підвищення рівня депресії на один бал асоціюється зі зменшенням загального показника сексуального благополуччя в середньому на 1.70 бала.

Водночас показники посттравматичних симптомів ( $p = .298$ ), сприйнятого стресу ( $p = .560$ ) та тривожності ( $p = .267$ ) не продемонстрували

статистично значущого унікального внеску в модель після врахування депресії. Це може свідчити про те, що їхній вплив на сексуальне благополуччя значною мірою реалізується опосередковано через депресивну симптоматику або перекривається спільною дисперсією з іншими змінними.

Перевірка статистичних припущень засвідчила загалом прийнятну якість моделі. Показник Дарбіна-Уотсона ( $DW = 2.33, p = .110$ ) свідчить про відсутність автокореляції залишків. Аналіз відстані Кука не виявив впливових спостережень, здатних суттєво спотворити результати. Разом із тим критерій Бройша-Пагана вказав на можливу помірну гетероскедастичність залишків ( $p = .037$ ), тому інтерпретацію моделі слід здійснювати з певною обережністю.

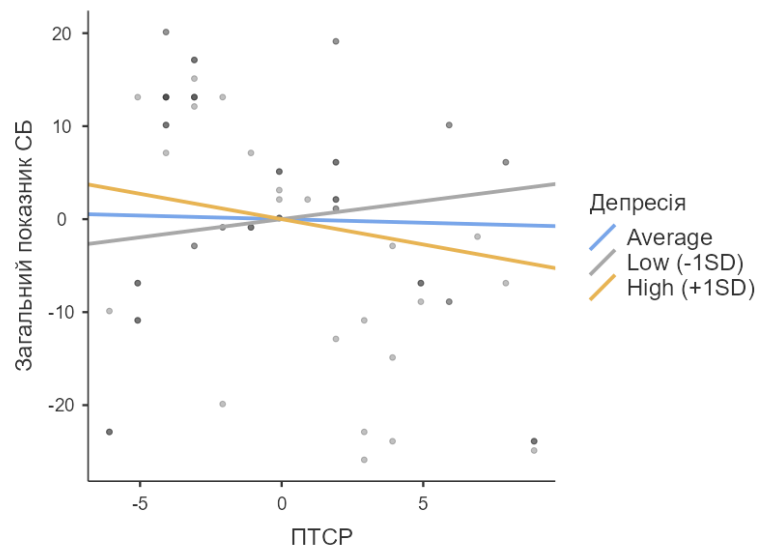
Таким чином, результати множинного регресійного аналізу показали, що після одночасного врахування посттравматичних симптомів, стресу та тривожності саме депресивна симптоматика виступає ключовим предиктором зниження сексуального благополуччя.

Окремо було проведено аналіз модерації з метою перевірки припущення про те, чи змінює рівень депресивної симптоматики силу впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя. У межах моделі залежною змінною виступав загальний показник сексуального благополуччя, предиктором – посттравматичні симптоми, а модератором – депресія.

Результати показали, що основний ефект депресії є статистично значущим ( $B = -1.001, SE = 0.254, p < .001$ ), що свідчить про зниження сексуального благополуччя зі зростанням депресивної симптоматики. Натомість прямий ефект посттравматичних симптомів у моделі не досяг рівня статистичної значущості ( $B = -0.077, p = .811$ ).

Ключовим показником у модераційному аналізі є інтеракційний ефект посттравматичних симптомів  $\times$  депресія, який виявився статистично незначущим ( $B = -0.100, SE = 0.065, p = .123$ ). Це означає, що рівень депресивної симптоматики не змінює силу або напрям впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя.

Додатковий аналіз простих нахилів (simple slope analysis) показав, що ефект посттравматичних симптомів залишається статистично незначущим як при низькому рівні депресії ( $p = .477$ ), так і при середньому ( $p = .813$ ) та високому рівні депресивної симптоматики ( $p = .084$ ), хоча за високих значень депресії простежується тенденція до більш негативного зв'язку (рис. 3.14).



*Рис. 3.14.* Графічна інтерпретація модераційного ефекту депресії у взаємозв'язку між посттравматичними симптомами та сексуальним благополуччям

Таким чином, результати не підтверджують гіпотезу про модераційну роль депресії у взаємозв'язку між посттравматичними симптомами та сексуальним благополуччям. Водночас депресивна симптоматика виступає самостійним значущим чинником зниження сексуального благополуччя.

### **3.4. Розробка рекомендацій щодо психологічної підтримки осіб із посттравматичними симптомами та порушенням сексуального благополуччя**

Відповідно до отриманих результатів, психологічна підтримка осіб із посттравматичними симптомами та зниженим сексуальним благополуччям має будуватися як комплексна та поетапна допомога, у якій увага приділяється

не лише травматичній симптоматиці, а й депресивним проявам, тривозі, інтимним стосункам і суб'єктивному переживанню безпеки. Такий підхід узгоджується з сучасними клінічними настановами щодо посттравматичних симптомів, де наголошується на оцінці симптомів, функціонального статусу, психосоціального стану, а також інтимних і сімейних стосунків; окремо рекомендується враховувати коморбідні стани під час планування допомоги (Lang et al., 2024; Merians et al., 2023).

Передусім доцільно рекомендувати обов'язковий первинний скринінг сексуального благополуччя у клієнтів із посттравматичними симптомами, особливо якщо в них присутні депресивні симптоми, тривожність, уникання та труднощі в близьких стосунках. У проведеному дослідженні саме депресія виявилася найсильнішим предиктором зниження сексуального благополуччя, тому практична робота не має обмежуватися лише травма-фокусованим підходом. Така рекомендація відповідає даним огляду Bird et al., де посттравматичні симптоми найчіткіше пов'язувалися із загальним сексуальним функціонуванням, сексуальним бажанням, сексуальним благополуччям та сексуальним дистресом, а також сучасними даними про зв'язок стресу й депресії з нижчим сексуальним благополуччям (Bird et al., 2021; Lapping-Carr et al., 2023).

Другим напрямом є пріоритезація роботи з депресивною симптоматикою як із найближчим психологічним чинником зниження сексуального благополуччя. З огляду на отримані результати, у практиці консультивання варто приділяти особливу увагу таким проявам, як зниження інтересу, втрата задоволення, емоційне виснаження, негативне самосприйняття та безнадійність, оскільки саме вони можуть прямо знижувати інтерес до інтимності та позитивну оцінку сексуального життя. На клінічному рівні це означає, що при побудові індивідуального плану допомоги доцільно цілеспрямовано працювати з коморбідною депресією. Сучасні настанови з менеджменту посттравматичних симптомів прямо рекомендують

враховувати й коригувати коморбідні стани в процесі лікування (Lang et al., 2024).

Третім важливим напрямом є травма-інформований підхід до обговорення сексуальності. У межах такого підходу психологи доцільно створювати умови, у яких тема сексуального життя обговорюється без тиску, сорому, патологізації або примусу до розкриття досвіду. У роботі з клієнтом важливо спиратися на принципи безпеки, добровільності, контролю над темпом розкриття теми та поваги до меж. Це особливо актуально для осіб, які пережили міжособистісне насильство або пов'язують травматичну подію з тілесною чи сексуальною загрозою. Такий підхід узгоджується з травма-інформованим підходом та секс-позитивним підходом, описаним Fava et al., а також із рекомендаціями ВООЗ, де підкреслюється значення безпеки, інформованої згоди та чутливого реагування у випадках насильства (Fava & Fortenberry, 2021; World Health Organization, 2013).

Четвертим напрямом є рання психологічна допомога особам із нещодавнім травматичним досвідом, оскільки у проведеному дослідженні саме в перші місяці після травматичної події були більш виражені уникання, повторне переживання та загальний рівень посттравматичних симптомів. Практично це означає, що на ранніх етапах доцільно працювати з стратегіями уникнення, допомагати клієнтові поступово відновлювати відчуття контролю, розпізнавати тригери та нормалізувати обережне повернення до безпечної близькості. Сучасні клінічні рекомендації щодо посттравматичних симптомів підтримують ранню оцінку симптомів, функціонування, ресурсів і психосоціальних потреб, а також психоосвіту та нормалізацію типових реакцій на травму (Lang et al., 2024).

П'ятим напрямом є включення в допомогу компонентів, пов'язаних із близькістю, партнерською взаємодією та сексуальною комунікацією. У дослідженні сексуальне благополуччя розглядалося не лише як фізіологічний, а й як емоційно-реляційний феномен, тому практична допомога має враховувати якість стосунків і здатність партнерів говорити про інтимні

потреби. Метааналіз Mallory et al. показав позитивний зв'язок сексуальної комунікації як із сексуальною, так і з реляційною задоволеністю (Mallory, 2022). Крім того, дослідження Campbell et al. вказують, що посттравматичні симптоми пов'язані із дефіцитами емоційної інтимності та загальним погіршенням функціонування стосунків. Отже, у практиці доцільно використовувати вправи на безпечне обговорення потреб, меж, темпу близькості та переживань, пов'язаних із тілом і довірою (Campbell & Renshaw, 2018).

Шостим напрямом є розгляд можливості парної роботи, якщо клієнт перебуває у стосунках і обидва партнери готові до такої форми допомоги. Це особливо доцільно у випадках, коли посттравматичні симптоми вже впливають на комунікацію, емоційну дистанцію, сексуальне уникання або конфлікти у парі. Когнітивно-поведінкова спільна терапія при ПТСР була спеціально розроблена для одночасного зменшення посттравматичних симптомів та покращення функціонування стосунків, а дані про фокусованому на травмі лікування також свідчать, що успішне лікування ПТСР може супроводжуватися поліпшенням сексуального благополуччя та посиленням бажання (Monson et al., 2012; van Woudenberg et al., 2023).

Окремої уваги потребують жінки, особи з міжособистісним насильством в анамнезі та клієнти з високим рівнем депресії. У проведеному дослідженні жінки демонстрували вищі рівні почуття загрози, емоційної дисрегуляції, стресу, тривоги та депресії, а група міжособистісного насильства виявилася найбільш неоднорідною та психологічно вразливою. Це означає, що психологічна підтримка для таких клієнтів має бути більш індивідуалізованою, повільнішою за темпом, з підвищеною увагою до безпеки, сорому, тілесних реакцій, проблем довіри та можливого уникання інтимності. ВООЗ у настановах щодо реагування на насильство також підкреслює необхідність чутливого, безпечного й компетентного супроводу для осіб, які пережили сексуальне або партнерське насильство (World Health Organization, 2013).

Отже, на основі отриманих результатів доцільно рекомендувати таку практичну модель підтримки: первинний скринінг ПТСР, депресії й сексуального благополуччя; виділення груп підвищеного ризику; обговорення інтимної сфери з урахуванням травматичного досвіду; окрему увагу до депресивної симптоматики; за потреби – залучення партнера до терапевтичного процесу; а також поетапне відновлення безпеки, емоційної регуляції, довіри та сексуальної комунікації.

### **Висновок до розділу 3**

Було здійснено комплексний емпіричний аналіз особливостей сексуального благополуччя, посттравматичної симптоматики та психологічного дистресу в осіб із досвідом переживання травматичних подій. Первинний аналіз даних засвідчив, що загалом вибірка характеризується середнім рівнем сексуального благополуччя, помірною вираженістю посттравматичних симптомів, а також помірними показниками сприйнятого стресу, тривожності й депресивної симптоматики. Водночас за більшістю змінних виявлено відхилення від нормального розподілу, що зумовило використання переважно непараметричних статистичних процедур.

Аналіз зв'язків між номінальними змінними показав, що стать пов'язана зі сприйняттям травматичної події як такої, що має тілесну або сексуальну загрозу: жінки частіше оцінювали травматичний досвід як загрозливий, тоді як чоловіки частіше заперечували наявність такого зв'язку. Також встановлено, що характер змін у сексуальному житті залежить від часу, який минув після травми, та типу травматичного досвіду. Найбільш виражені негативні зміни фіксувалися у період 6-12 місяців після події, а найбільш неоднорідні результати спостерігалися серед осіб із досвідом міжособистісного насильства.

Порівняльний аналіз групових відмінностей засвідчив наявність виражених гендерних особливостей. Чоловіки продемонстрували вищі показники сексуальної та кількісної потреби, тоді як жінки мали вищі рівні

почуття загрози, емоційної дисрегуляції, сприйнятого стресу, тривожності та депресії. Це свідчить про системно вищий рівень психологічного дистресу серед жінок вибірки. Окрім цього, встановлено, що найбільш виражені симптоми уникнення, повторного переживання, загального ПТСР та функціональних порушень характерні для осіб, які пережили травму нещодавно, тобто у перші місяці після події.

Досвід звернення по психологічну допомогу також виявився пов'язаним з окремими психологічними показниками. Особи з епізодичним досвідом звернення демонстрували вищий рівень тривожності, тоді як регулярне отримання психологічної допомоги асоціювалося з нижчим рівнем кількісної сексуальної потреби. Це може свідчити як про більшу початкову вираженість труднощів у групах, що звертаються по допомогу, так і про специфіку адаптаційних процесів у ході психотерапевтичної роботи.

Ключовим результатом третього розділу стало підтвердження взаємозв'язку між сексуальним благополуччям і психологічним станом респондентів. Встановлено, що сексуальне благополуччя статистично значуще знижується зі зростанням посттравматичних симптомів, тривожності та особливо депресивної симптоматики. При цьому прямий зв'язок зі сприйнятим стресом виявився незначущим, що вказує на його опосередкований вплив через інші емоційні змінні.

Результати простої лінійної регресії показали, що посттравматичні симптоми є значущим негативним предиктором сексуального благополуччя. Проте після одночасного включення до моделі посттравматичних симптомів, стресу, тривожності та депресії єдиним статистично значущим предиктором залишилася депресивна симптоматика. Це свідчить про провідну роль депресивних переживань у механізмах зниження сексуального благополуччя. Додатково модераційний аналіз не підтвердив зміну сили впливу посттравматичних симптомів залежно від рівня депресії, тобто депресія виступає самостійним чинником, а не модератором цього зв'язку.

На основі отриманих результатів було розроблено практичні рекомендації щодо психологічної підтримки осіб із посттравматичними симптомами та порушенням сексуального благополуччя, які передбачають комплексний підхід із поєднанням роботи з травматичною симптоматикою, депресією, тривогою, відновленням почуття безпеки, сексуальної комунікації та партнерської взаємодії. Отже, поставлені завдання третього розділу виконано, а висунута гіпотеза про негативний зв'язок посттравматичних симптомів із сексуальним благополуччям значною мірою пов'язана із депресивною симптоматикою.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя в умовах стресу. Актуальність теми зумовлена поширеністю травматичних подій у сучасному суспільстві та недостатньою розробленістю питання психологічних наслідків травми для інтимної сфери особистості.

1. У результаті теоретичного аналізу встановлено, що посттравматичні симптоми є багатовимірним психологічним феноменом, який включає симптоми повторного переживання травми, уникнення, відчуття загрози, емоційної дисрегуляції та порушень міжособистісного функціонування. Сексуальне благополуччя розглядається як важливий компонент психологічного благополуччя, що формується під впливом особистісних, емоційних, когнітивних та реляційних чинників. Узагальнення сучасних наукових підходів показало, що травматичний досвід здатний негативно впливати на інтимну сферу через механізми уникання, тривоги, порушення довіри, зниження емоційної близькості та депресивні переживання.

2. Емпірично встановлено, що досліджувана вибірка загалом характеризується середнім рівнем сексуального благополуччя та помірною вираженістю посттравматичних симптомів, сприйнятого стресу, тривожності й депресивної симптоматики. Найбільш вираженими серед компонентів посттравматичних симптомів виявилися почуття загрози, уникнення та порушення самоорганізації, що свідчить про наявність у частини респондентів стійкого відчуття небезпеки, труднощів емоційної саморегуляції та зниження адаптаційних ресурсів.

3. Порівняльний аналіз чоловічої та жіночої вибірок засвідчив статистично значущі відмінності за низкою показників. Чоловіки продемонстрували вищі рівні сексуальної та кількісної потреби, тоді як жінки характеризувалися вищими показниками почуття загрози, емоційної дисрегуляції, сприйнятого стресу, тривожності та депресії. Це свідчить про

більшу психологічну вразливість жінок до наслідків травматичного досвіду та системно вищий рівень емоційного дистресу у жіночій частині вибірки.

4. Встановлено статистично значущі взаємозв'язки між показниками посттравматичних симптомів, тривожності, депресії та сексуального благополуччя. Загальний показник сексуального благополуччя негативно корелює з рівнем посттравматичних симптомів, тривожністю та особливо депресивною симптоматикою. Отже, зі зростанням посттравматичних проявів та емоційного дистресу знижується сексуальне благополуччя, емоційною близькістю та інтимною взаємодією. Прямий зв'язок сексуального благополуччя зі сприйнятим стресом виявився статистично незначущим, що дозволяє припустити його опосередкований вплив через інші психологічні змінні.

5. За результатами регресійного аналізу встановлено, що посттравматичні симптоми є значущим негативним предиктором сексуального благополуччя. Однак після одночасного врахування посттравматичних симптомів, стресу, тривожності та депресії провідним чинником зниження сексуального благополуччя виявилася саме депресивна симптоматика. Це свідчить про те, що вплив посттравматичних симптомів на сексуальну сферу значною мірою реалізується через емоційне виснаження, зниження інтересу, ангедонію та негативне самосприйняття, характерні для депресивних станів. Модераційний аналіз не підтвердив гіпотезу про те, що депресія змінює силу впливу посттравматичних симптомів на сексуальне благополуччя. Депресивна симптоматика виступає не модератором, а самостійним психологічним чинником зниження сексуального благополуччя.

6. На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації щодо психологічної підтримки осіб із посттравматичними симптомами та порушенням сексуального благополуччя. Основними напрямками такої роботи визначено: ранній скринінг ПТСР і депресії, травма-інформований підхід до обговорення інтимної сфери, відновлення відчуття безпеки, корекцію депресивної симптоматики, розвиток сексуальної

комунікації, а також за потреби залучення партнера до терапевтичного процесу.

Таким чином, мету дослідження досягнуто, поставлені завдання виконано, а висунута гіпотеза знайшла часткове підтвердження: посттравматичні симптоми дійсно пов'язані зі зниженням сексуального благополуччя, однак найбільш виражений зв'язок у структурі цього впливу виявлено для депресивної симптоматики, як найближчий психологічний механізм погіршення сексуального благополуччя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
2. Aleksina , N., Gerasimenko , O., Lavrynenko , D., & Savchenko , O. (2024). Ukrainian adaptation of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7): diagnostic experience in the state of martial law. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 11, 77-103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>
3. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
4. Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012>
5. Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
6. Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 349–364). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
7. Bird, E. R., Piccirillo, M., Garcia, N., Blais, R., & Campbell, S. (2021). Relationship between posttraumatic stress disorder and sexual difficulties: A systematic review of veterans and military personnel. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1398–1426. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.011>
8. Birnbaum, G. E., & Reis, H. T. (2019). Evolved to be connected: The dynamics of attachment and sex over the course of romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 25, 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.02.005>

9. Bonell, S., Lee, H., Pearson, S., Harris, E., & Barlow, F. K. (2022). Benevolent sexism and the traditional sexual script as predictors of sexual dissatisfaction in heterosexual women from the U.S. *Archives of Sexual Behavior*, *51*(6), 3063–3070. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02318-3>
10. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>
11. Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*(4), 670–686. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.103.4.670>
12. Byers, E. S., & Demmons, S. (1999). Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. *Journal of Sex Research*, *36*(2), 180–189. <https://doi.org/10.1080/00224499909551983>
13. Byers, E. S., Demmons, S., & Lawrance, K. A. (1998). Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, *15*(2), 257–267. <https://doi.org/10.1177/026540759815200>
14. Campbell, S. B., & Renshaw, K. D. (2013). PTSD symptoms, disclosure, and relationship distress: Explorations of mediation and associations over time. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(5), 494–502. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.06.007>
15. Campbell, S. B., & Renshaw, K. D. (2018). Posttraumatic stress disorder and relationship functioning: A comprehensive review and organizational framework. *Clinical Psychology Review*, *65*, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.003>
16. Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(5), 479–489. <https://doi.org/10.1037/a0027748>

17. Center for Substance Abuse Treatment. (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/>
18. Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: Simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, *216*(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
19. Cyranowski, J. M., Aarestad, S. L., & Andersen, B. L. (1999). The role of sexual self-schema in a diathesis-stress model of sexual dysfunction. *Applied & Preventive Psychology*, *8*(3), 217–228. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80078-2](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80078-2)
20. Daniluc, R. I., Craina, M., Tischer, A. A., Bondar, A. C., Stelea, L., Bica, M. C., & Stana, L. (2025). Relationship satisfaction and body image-related quality of life as correlates of sexual function during pregnancy: A systematic review. *Healthcare*, *13*(23), Article 3020. <https://doi.org/10.3390/healthcare13233020>
21. del Mar Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*(1), 67–75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
22. Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, *33*(3), 189–195. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>
23. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
24. Falconier, M. K., & Kuhn, R. (2019). Dyadic coping in couples: A conceptual integration and a review of the empirical literature. *Frontiers in Psychology*, *10*, Article 571. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00571>

25. Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 42*, 28–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002>
26. Fava, N. M., & Fortenberry, J. D. (2021). Trauma-Informed Sex Positive Approaches to Sexual Pleasure. *International journal of sexual health : official journal of the World Association for Sexual Health, 33*(4), 537–549. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1961965>
27. Figley, C. R. (Ed.). (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans*. Psychology Press.
28. Forbes, C. N., Tull, M. T., Rapport, D., Xie, H., Kaminski, B., & Wang, X. (2020). Emotion dysregulation prospectively predicts posttraumatic stress disorder symptom severity 3 months after trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress, 33*(6), 1007–1016. <https://doi.org/10.1002/jts.22551>
29. Friedman, M. J. (2017). *History of PTSD in veterans: Civil War to DSM-5*. U.S. Department of Veterans Affairs. [https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history\\_ptsd.asp](https://www.ptsd.va.gov/understand/what/history_ptsd.asp)
30. Giff, S. T., Teves, J., Petty, K., Kansky, J., & Libet, J. (2025). Relationship satisfaction of veterans and partners seeking couples therapy: Associations with posttraumatic stress, accommodation, and depression. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 14*(2), 138–148. <https://doi.org/10.1037/cfp0000250>
31. Gökçe, E., & Karakaş, S. (2024). The relationship between body image and sexual satisfaction in women who have undergone hysterectomy. *Revista da Associação Médica Brasileira, 70*(10), Article e20240776. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20240776>
32. Hilpert, P., Randall, A. K., Sorokowski, P., Atkins, D. C., Sorokowska, A., Ahmadi, K., & Yoo, G. (2016). The associations of dyadic coping and relationship satisfaction vary between and within nations: A 35-nation study. *Frontiers in Psychology, 7*, Article 1106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01106>

33. Ho, G. W., Vang, M. L., Martsenkovskiy, D., Karatzias, T., Ben-Ezra, M., McElroy, E.,... & Shevlin, M. (2023). Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire to assess ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war. *Journal of traumatic stress*, 36(4), 820-829. <https://doi.org/10.1002/jts.22943>
34. Hou, J., Falconier, M. K., Tam, W., Cheung, M. W. L., Fu, R., Bu, H., & Yu, N. X. (2025). Dyadic coping and relationship satisfaction among couples with a chronic illness: A meta-analytical actor-partner interdependence model. *Clinical Psychology Review*, Article 102587. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102587>
35. Hupalovska, V. (2021). Опитувальник психодіагностики суб'єктивного сексуального благополуччя: розробка та валідація. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 7(8), 18-39. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.8.2>
36. Jones, E., & Wessely, S. (2001). Psychiatric battle casualties: An intra- and interwar comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 242–247. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.242>
37. Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl. 7), Article 1418103. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
38. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., & Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl. 5), Article 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
39. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
40. Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., Scott, K., Atwoli,

L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *47*(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>

41. Koops, T. U., Klein, V., Bei der Kellen, R., Hoyer, J., Löwe, B., & Briken, P. (2023). Association of sexual dysfunction according to DSM-5 diagnostic criteria with avoidance of and discomfort during sex in a population-based sample. *Sexual Medicine*, *11*(3), Article qfad037. <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfad037>

42. Lang, A. J., Hamblen, J. L., Holtzheimer, P., Kelly, U., Norman, S. B., Riggs, D., Schnurr, P. P., & Wiechers, I. (2024). A clinician's guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *Journal of traumatic stress*, *37*(1), 19–34. <https://doi.org/10.1002/jts.23013>

43. Lapping-Carr, L., Mustanski, B., Ryan, D. T., Costales, C., & Newcomb, M. E. (2023). Stress and Depression Are Associated with Sexual Function and Satisfaction in Young Men Who Have Sex with Men. *Archives of sexual behavior*, *52*(5), 2083–2096. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02615-5>

44. Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, *281*(6), 537-544.

45. Lawrance, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, *2*(4), 267–285. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>

46. Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J. M., van Son, M. J., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*(7), 1138–1151. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.006>

47. Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(6), 977–988. <https://doi.org/10.1002/jts.20276>

48. Mallory A. B. (2022). Dimensions of couples' sexual communication, relationship satisfaction, and sexual satisfaction: A meta-analysis. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *36*(3), 358–371. <https://doi.org/10.1037/fam0000946>
49. Mallory, A. B. (2022). Dimensions of couples' sexual communication, relationship satisfaction, and sexual satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, *36*(3), 358–371. <https://doi.org/10.1037/fam0000946>
50. Merians, A. N., Spiller, T., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., & Pietrzak, R. H. (2023). Post-traumatic stress disorder. *Medical Clinics*, *107*(1), 85-99. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/>
51. Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *The Lancet Public Health*, *6*(8), e608–e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2)
52. Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaard, U., & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(5), 421–431. <https://doi.org/10.1111/acps.13161>
53. Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., & Schnurr, P. P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: a randomized controlled trial. *JAMA*, *308*(7), 700–709. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.9307>
54. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
55. Péloquin, K., Byers, E. S., Beaulieu, N., Bergeron, S., & Brassard, A. (2024). Sexual exchanges explain the association between attachment insecurities and sexual satisfaction in long-term couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, *41*(1), 23–45. <https://doi.org/10.1177/02654075231209242>

56. Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2017). Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current Opinion in Psychology, 13*, 96–106. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.010>
57. Santoro, G., Lenzo, V., Musetti, A., Caneglias, C., Crimi, L. R., Sideli, L., & Schimmenti, A. (2024). The mediating role of posttraumatic stress symptoms in the relationship between adult attachment and quality of life. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 14*(10), 2735–2753. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14100180>
58. Seabrook, R. C., Ward, L. M., Reed, L., Manago, A., Giaccardi, S., & Lippman, J. R. (2016). Our scripted sexuality: The development and validation of a measure of the heterosexual script and its relation to television consumption. *Emerging Adulthood, 4*(5), 338–355. <https://doi.org/10.1177/2167696815623686>
59. Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*(2), 87–102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
60. Smedley, D. K., & Nelson Goff, B. S. (2025). An update of the Couple Adaptation to Traumatic Stress Model: Systematic research synthesis of the association between secondary trauma survivor functioning and couple functioning. *Journal of Marital and Family Therapy, 51*(1), Article e12737. <https://doi.org/10.1111/jmft.12737>
61. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
62. Steil, R., Weiss, J., Bornefeld-Ettmann, P., Priebe, K., Kleindienst, N., & Müller-Engelmann, M. (2024). A preliminary study on the effect of trauma-focused therapies on sexual dysfunctions in women with PTSD after childhood abuse. *Journal of Psychiatric Research, 170*, 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.01.013>
63. Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., Maercker, A., Petukhova, M., Shahly, V., van Ommeren, M.,

Alonso, J., Borges, G., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Florescu, S., Karam, E. G., Kawakami, N., Matschinger, H., ... Kessler, R. C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: Investigating "narrow" and "broad" approaches. *Depression and Anxiety, 31*(6), 494–505. <https://doi.org/10.1002/da.22279>

64. Stockman, D., Uzieblo, K., Fomenko, E., Littleton, H., Keygnaert, I., Lemmens, G., & Verhofstadt, L. (2024). Psychological distress and relational intimacy following sexual violence: A longitudinal study. *Psychologica Belgica, 64*(1), 185–200. <https://doi.org/10.5334/pb.1240>

65. Taccini, F., Rossi, A. A., & Mannarini, S. (2024). Unveiling the role of emotion regulation in the relationship between intimate partner violence increases and post-traumatic stress disorder: A mediation analysis. *Behavioral Sciences, 14*(9), Article 799. <https://doi.org/10.3390/bs14090799>

66. Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(1), 22–33. <https://doi.org/10.1037/a0022196>

67. van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Tunissen, B., van Beek, V. H. F., Rozendaal, L., Van Minnen, A., & De Jongh, A. (2023). The impact of intensive trauma-focused treatment on sexual functioning in individuals with PTSD. *Frontiers in psychology, 14*, 1191916. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1191916>

68. Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 85*, Article 101998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>

69. Weber, E., Hopwood, C. J., Denissen, J. J., & Bleidorn, W. (2024). Self-esteem and sexual experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin. https://doi.org/10.1177/01461672241257355*

70. Woertman, L., & van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *Journal of Sex Research, 49*(2–3), 184–211. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>
71. World Health Organization. (2013). *Summary: responding to intimate partner violence and sexual violence against women: clinical and policy recommendations* (No. WHO/RHR/13.10). World Health Organization.
72. World Health Organization. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: An operational approach*.
73. World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>
74. Wright, B. K., Kelsall, H. L., Sim, M. R., Clarke, D. M., & Creamer, M. C. (2013). Support mechanisms and vulnerabilities in relation to PTSD in veterans of the Gulf War, Iraq War, and Afghanistan deployments: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress, 26*(3), 310–318. <https://doi.org/10.1002/jts.21809>
75. Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 1*, Article 15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
76. Аліджи, О., & Ставицька, С. (2024). Зв'язок тривожності та сексуального благополуччя жінок. *Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ»*, (April 26, 2024; Bologna, Italy), 357–362. <https://doi.org/10.36074/logos-26.04.2024.075>
77. Брух, І. (2023). *Особливості романтичних стосунків в контексті стресу, який переживають партнери під час війни* [Магістерська робота, Український католицький університет]. Кафедра психології та психотерапії.
78. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології, 2*(25), 16-27. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>

79. Гасюк, М., & Федик, О. (2022). Внутрішня картина сексуального здоров'я людини. *Психологія особистості*, 12(1), 11–17. <https://doi.org/10.15330/ps.12.1.11-17>
80. Горбунова, В. (2015). Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій* (збірник статей), 26–35.
81. Дурневич, К., & Понзель, Н. (2025). Порушення сексуального здоров'я в умовах тривалого стресу та війни. *Матеріали конференцій МНЛ*, (25 квітня 2025 р., м. Тернопіль), 296–299.
82. Єрмакова, А. (2021). Емоційні складові сексуального благополуччя особистості. *The V International Science Conference «Theoretical and scientific bases of development of scientific thought»*, 545–547.
83. Журавльова, Н. Ю., & Гурлева, Т. С. (2023). Додаткові прояви ПТСР як мішені впливу у контексті психологічної допомоги постраждалому від війни. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 34(73)(1), 190–196.
84. Костюк, Ю. Ф. (2024). Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*, 17, 21–27.
85. Лисенко, Л. М. (2018). Психологічні чинники задоволеності стосунками в подружніх парах. *Теорія і практика сучасної психології*, 5, 7–77.
86. Меліка, Д. О., & Федоренко, Р. П. (2024). Психологічний аналіз задоволеності сексуальними взаєминами на різних стадіях функціонування сім'ї. *The 1st International scientific and practical conference «Scientific achievements of contemporary society»*, 290–295.
87. Нагорняк, Ю. (2025). Емпіричне дослідження чинників сексуального благополуччя в ситуації війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2(78), 568–577. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-78-568-577>

88. Письменний, С. О. (2024). Вплив війни на сексуальне життя подружніх пар. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 35(74)(5), 88–94. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.5/14>
89. Прокоф'єва, Л. (2022). Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету*, 57, 110–120.
90. Разумовська, Т. В. (2024а). Психологічні особливості проявів та корекції сексуальних розладів у військовослужбовців в умовах воєнного стресу. *Наукові записки. Серія: Психологія*, 3, 61–67. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-3-9>
91. Разумовська, Т. В. (2024b). Соціально-психологічні особливості наслідків сексуальних відхилень в особистостей, які постраждали на воєнний стрес. *Теперішнє та майбутнє української психології: надбання та втрати (Збірник тез доповідей Всеукраїнського наукового круглого столу)*, 43–45.
92. Тімченко, К. Х. (2023). Специфіка суб'єктивного сексуального благополуччя подружжя. *Психологічні читання: збірник матеріалів ІХ науково-практичної конференції молодих вчених*, 1, 203–205.
93. Федорець, С. (2023). Вплив посттравматичного стресового розладу на сексуальне функціонування військових та ветеранів. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2(70), 180–186. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-70-180-186>
94. Федорець, С. (2024). Прогностичні чинники сексуальних дисфункцій у військових та ветеранів. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2(74), 345–352. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2024-74-345-352>
95. Франкова, І., Чабан, О., Бурлака, О., Лагутіна, С., & Федотова, З. (2019). Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 4(3), Article e0403–04214. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v4i3-4.214>

96. Хаустова, О. О., Бушинська, О. В., Прохорова, О. В., & Сахно, С. Г. (2014). Опитувальник Patient Health Questionnaire (PHQ) як стандартизована методика виявлення психопатологічних порушень у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги. Архів психіатрії, (20, № 2), 22-26. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2014\\_20\\_2\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2014_20_2_8)

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Соціально-демографічна анкета

|  |   |
|--|---|
| <b>1. Вік</b>  |   |
| <b>2. Стать</b>  | жінка   |
|  | чоловік   |
|  | інша / небінарна ідентичність   |
|  | не бажаю відповідати  |
| <b>3. Сімейний статус</b>  | наявний(а) постійний(а) партнер(ка)<br>(одруження/заміжжя/без офіційного оформлення стосунків тощо) |
|  | відсутній(я) постійний(а) партнер(ка)   |
| <b>4. Наявність стабільних інтимних стосунків на момент дослідження</b>      | так, постійний партнер  |
|  | періодичні стосунки   |
|  | наразі без партнера   |
|  | свідомо утримуюсь від інтимних стосунків  |
| <b>5. Час, що минув від найбільш значущої травматичної події</b>             | до 6 місяців  |
|  | 6-12 місяців  |
|  | 1-3 роки  |
|  | більше 3 років  |
| <b>6. Тип травматичного досвіду, який мав найбільший вплив</b>               | воєнні події / бойові дії   |
|  | міжособистісне насильство (фізичне/психологічне)  |
|  | раптова втрата близької людини / тяжка хвороба  |
|  | інша подія (без уточнення)  |
| <b>7. Чи пов'язана травматична подія з тілесною або сексуальною загрозою</b> | так, безпосередньо  |
|  | так, опосередковано   |
|  | ні  |
|  | важко відповісти  |
| <b>8. Досвід звернення по психологічну допомогу після травматичної події</b> | регулярно отримую допомогу (психотерапія/консультування)  |
|  | звертався/лася епізодично   |
|  | не звертався/лася   |
| <b>9. Зміни в інтимному/сексуальному житті після травматичної події</b>      | значно погіршилось  |
|  | частково змінилось  |
|  | суттєво не змінилось  |
|  | важко оцінити   |

## Додаток Б

Нормальність розподілу змінних (за критерієм Колмогорова-Смірнова)

| <b>Змінна</b>  | <b>D</b> | <b>p</b> |
|--|----------|----------|
| Сексуальна комунікація                               | 0.0956   | .434     |
| Сексуальна потреба                                   | 0.2078   | .002     |
| Кількісна потреба                                    | 0.1895   | .005     |
| Стосунки як цінність                                 | 0.1083   | .284     |
| Задоволеність<br>сексуальним життям та<br>стосунками | 0.1487   | .051     |
| Загальний показник СБ                                | 0.0885   | .534     |
| Повторне переживання                                 | 0.1820   | .008     |
| Уникнення  | 0.1765   | .011     |
| Почуття загрози                                      | 0.1460   | .058     |
| ПТСР   | 0.1591   | .030     |
| Емоційна дисрегуляція                                | 0.1748   | .013     |
| Негативна Я-концепція                                | 0.2664   | <.001    |
| Порушення у стосунках                                | 0.2376   | <.001    |
| Функціональні<br>порушення, пов'язані з<br>ПТСР      | 0.1581   | .032     |
| Порушення<br>самоорганізації                         | 0.1574   | .033     |
| Сприйнятий стрес                                     | 0.0974   | .410     |
| Тривога  | 0.1055   | .314     |
| Депресія   | 0.1643   | .023     |