

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА ДИПЛОМНА РОБОТА МАГІСТРА**

**СИМПТОМАТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ  
У ДРУЖИН УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З РІЗНИМ СІМЕЙНИМ  
СТАЖЕМ**

Студентки 2 курсу магістратури  
спеціальності 053 «Психологія»  
денної форми навчання  
**Гришко Анни Олександрівни**

Науковий керівник:  
Кандидат психологічних наук, доцент  
**Васьківська Світлана Василівна**

Допустили до захисту в ЕК  
кафедра клінічної психології  
Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_  
Завідувач кафедри:  
доктор психологічних наук, професор  
Крупельницька Людмила Францівна

---

(підпис)

## ЗМІСТ

### **РОЗДІЛ 1. Аналіз психологічних досліджень стресових розладів**

1.1. Аналіз підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу...7	7
1.2. Симптоматика посттравматичного стресового розладу військового часу.....16	16
1.3. Психологічна підтримка жінок, чії чоловіки беруть участь у бойових діях.....20	20
Висновок до 1 розділу.....27	27

### **РОЗДІЛ 2. Методичний інструментарій дослідження розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу жінок, чії чоловіки беруть участь у бойових діях**

2.1. Обґрунтування дизайну та вибірки дослідження .....28	28
2.3. Методи дослідження симптомів постстресового розладу .....36	36
Висновок до 2 розділу.....40	40

### **РОЗДІЛ 3. Емпіричне дослідження симптомів посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій із різним сімейним стжем**

3.1. Опис отриманих результатів.....41	41
3.1.1. Симптоматика посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій.....41	41
3.1.2. Психологічне благополуччя жінок за наявності або відсутності досвіду материнства в умовах мобілізації чоловіка.....50	50
3.2. Математико-статистична обробка .....53	53
3.3. Розробка типів психологічної підтримки .....64	64

Висновок до 3 розділу.....	66
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>68</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>71</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>78</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження:** кризові події минулих років, повномасштабне вторгнення, економічна та політична нестабільність є суттєвими провокаторами психоемоційного напруження серед суспільства. На даний момент кожен українець тією чи іншою мірою зазнав психологічної травми, яка є викликаною бойовими діями та зовнішньою агресією. Однак, деякі верстви населення є більш уразливими та потребують особливого підходу.

Бійці захищають країну на передовій і в тилу, але їхні родини також несуть посилене емоційне навантаження. Мобілізація, очікування чоловіків із зони бойових дій, відсутність достовірної інформації... Усе це лягає емоційним тягарем на плечі родин військових. Дружини ветеранів війни посідають окрему категорію серед професійної психологічної допомоги, адже вони часто беруть на себе відповідальність забезпечити життєдіяльність цілої родини під час бойових дій.

Один із ведучих неврологів Німеччини свого часу Герман Оппенгейм акцентував особливу увагу на психологічну та емоційну складову саме бойової травми. Він ввів нове поняття «травматичний невроз», описуючи велику кількість прикладів колишніх військовослужбовців [64].

Згідно з результатами дослідження 2022 року, яке було оприлюднено Міністерством охорони здоров'я, понад 90% респондентів мають певний симптом посттравматичного стресового розладу, а 57% респондентів перебувають у прямій зоні ризику розвитку даного розладу. Варто зазначити, що вибірка становила 50 тисяч осіб віком від 18 до 55 років [15].

Виражене емоційне і фізичне напруження відчувають дружини колишніх бійців, як найближчі люди, що вимушені повсякденно спостерігати наслідки бойового травмування та турбуватися за відновлення демобілізованих. Тому, зважаючи на можливі ускладнення життя в сім'ях ветеранів, зокрема проблеми

їхніх дружин, фахівці розглядають цю категорію жінок як окрему групу, що потребує професійної психологічної допомоги.

Крім того, варто пам'ятати про високу ймовірність формування симптомів вторинної травматизації у дружин військових, які після повернення чоловіка з війни повсякденно спостерігають наслідки його бойового травмування та турбуються за відновлення.

Участь близької людини у військових діях є потужним стресом, що може спровокувати виникнення функціональних порушень організму, розвинути соматичні захворювання та патологічні реакції. Звичайно, далеко не кожен потребуватиме спеціалізованої психологічної допомоги. Пережита травмуюча подія ще не свідчить, що людина стовідсотково буде мати проблеми з психічним здоров'ям. Але ми не можемо мінімізувати ризик, забуваючи про можливі наслідки. Надзвичайно важливо також пам'ятати про те, що проблеми у сфері психічного здоров'я не мусять виникати одразу після пережитої психотравмуючої події. У частини людей негативні ознаки з'являються лише за деякий час. Зловживання психоактивними речовинами, порушення контролю, безпідставні спалахи злості, тривожні розлади, депресія... Усе це є тривожними сигналами, які ми не маємо права ігнорувати.

**Мета дослідження:** з'ясувати симптоматику посттравматичного стресового розладу у дружин учасників бойових дій та обґрунтувати рекомендації для подолання.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз симптоматики посттравматичного стресового розладу, який активізується під час воєнного стану.
2. З'ясувати фактори, що впливають на інтенсивність симптоматики посттравматичного стресового розладу у дружин учасників бойових дій.
3. Емпірично вивчити симптоматику посттравматичного стресового розладу в дружин військових.

4. Проаналізувати зв'язки психоемоційного стану жінок із симптоматикою посттравматичного стресового розладу.

5. Розробити форми психологічної підтримки дружин військових.

**Об'єкт дослідження** – афективна сфера особистості

**Предмет дослідження** – симптоматика посттравматичного стресового розладу у дружин учасників бойових дій.

**Гіпотеза дослідження** – материнство та почуття відповідальності за дитину посилює симптоматику посттравматичного стресового розладу; існує взаємозв'язок між сімейним стажем жінки та симптоматикою посттравматичного стресового розладу.

#### **Методи дослідження:**

- теоретичні методи: аналіз та узагальнення наукової літератури з проблеми психології стресу та посттравматичного стресового розладу ;
- емпіричні методи: первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР), опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова, шкала психологічного благополуччя Керол Ріфф, збір особистої інформації за допомогою анкетування.
- статистичні методи: описові статистики, U-критерій Манна-Уїтні, кореляційний аналіз, факторний аналіз.

## **РОЗДІЛ 1. Аналіз психологічних досліджень стресових розладів**

### **1.1. Аналіз підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу**

Для початку варто зрозуміти, що таке посттравматичний стресовий розлад? Особливу увагу його вивченню почали надавати відносно нещодавно: в середині 20 століття. У ряді досліджень психологічних наслідків участі у військових діях було виявлено, що велика кількість постраждалих мають подібну симптоматику, яка характеризується повторювальними нічними кошмарами, гіперзбудливістю, намаганнями уникнути власних спогадів і т.п.

1974 М. Horowitz запропонував виокремити комплекс симптомів в окремий синдром під назвою «посттравматичний стресовий розлад» [47]. Згодом у 1980 року його було описано Американською психіатричною асоціацією (APA) та додано як окремий діагноз до діагностичного та статистичного посібнику з психічних розладів (DSM) [35].

Це значною мірою підвищило зацікавленість багатьох вчених і дослідників у вивченні даного питання. Почали активно проводити різноманітні дослідження. Науковці прагнули зрозуміти механізми виникнення та розвитку ПТСР, а також розробити методи допомоги. Звичайно, зараз існують ефективні методи лікування (наприклад, когнітивно-поведінкова психотерапія). Цьому передувала ціла низка дискусійних питань і намагання вчених прийти до спільного рішення, але навіть тепер ми не можемо свідчити про повне розуміння даного розладу й довгий шлях чекає попереду, відкриваючи собою простір для нових досліджень.

1867 року британський хірург John Eric Erichsen опублікував свою працю під назвою «Залізнична та інші травми нервової системи», де вперше описав і систематизував симптоми, які виникають як наслідок на тяжкі психічні травми та надзвичайно схожі на сучасне визначення посттравматичного стану. Серед них автор виокремлював: розлади уваги, розлади пам'яті, нічні кошмари з картинками пережитого травматичного досвіду, внутрішній дискомфорт [41].

Трохи згодом 1889 року один із ведучих неврологів Німеччини свого часу Герман Оппенгейм акцентував особливу увагу на психологічну та емоційну складову саме бойової травми. Він ввів нове поняття «травматичний невроз», описуючи велику кількість прикладів колишніх військовослужбовців [64].

Стан солдатів, які наче не мали жодних видимих травм, але все одно не мали можливості продовжувати не лише воювати, але й повернутися до спокійного мирного життя, зацікавив дослідників. 1916 року британський лікар і психолог Чарльз Майерс опублікував свою статтю, де розкрив новий термін "shell shock" ("контузія"). Дійсно, протягом тривалого періоду вважалося, що саме довга участь у активних бойових діях стає вирішальною у формуванні посттравматичного стресового розладу [61].

Що стосується сучасності, то рамки даного питання значно розширилися. Зараз не можна сказати, що стресовий розлад виникає лише у військових через досвід у бойових діях. Ми розглядаємо травматичний розлад як реакцію на інтенсивну зовнішню подію. Однак, це стає гарним підґрунтям для розвитку дискусійних тем, адже інтенсивність носить суб'єктивний характер. Часто постає питання стосовно того, чи дійсно людина заслуговує на турботу та повагу, або ж вона просто є слабкою та не впоралася з труднощами, на відміну від інших? Чи дійсно людина страждає або це лише симуляція та спосіб привернути увагу?

За оцінками вчених, 40 відсотків серед жертв у Британській армії мали психічні зриви. Цю інформацію намагалися приховувати, адже вона негативно впливала на громадськість. Солдати критикувалися за лінощі та боягузтво. Однак, прогресивні медики заперечували це та наголошували на тому, що психічні розлади можуть виникати в людей із надзвичайно високими моральними якостями [71].

Якщо взяти до уваги кількість загиблих людей під час воєн у минулому та події сучасності, то складно заперечувати той факт, що воєнна травма стала звичним явищем світового досвіду. Після початку російсько-української війни 2014 року ми зіткнулися з цим особисто, а з початком повномасштабного вторгнення психологічна травма стала складовою буденного життя багатьох людей.

У «Загальному підручнику з психіатрії» описується спільний знаменник психологічної травми, який полягає у відчутті «інтенсивного страху, безпорадності, втрати контролю та загрози знищення» [63, стр. 918]. Таким чином, невід'ємною складовою є виникнення почуття безпорадності та жаху.

Абрам Кардінер дуже вдало описав бойові неврози: «Увесь апарат узгодженої та цілеспрямованої діяльності розлітається на друзки. Сприйняття стає неточним та просякнутим жахом; відмовляють узгоджені функції суджень та розпізнавання... органи чуттів можуть взагалі припинити працювати... Агресивні імпульси стають дезорганізованими та втрачають зв'язок з поточною реальністю... Функції автономної нервової системи також можуть ставати дисоційованими від решти організму» [34, стр. 186]. Із цих слів ми можемо зробити висновок, що нервова система людини після пережитого сильного стресового потрясіння може бути наче відокремленою від теперішнього моменту.

Симптоматику посттравматичного стресового розладу можна поділити на три окремі категорії: гіперзбудження (очікування повторення небезпеки), інтрузія (відбиток, який залишився після пережитої травми) та констрикція (реакція заціпеніння). Розглянемо більш детально кожен із них.

Гіперзбудження. Цей стан є першим серед симптоматики посттравматичного стресового розладу. Його основними ознаками є те, що людина після пережитої травми легко лякається (прикладом може бути яскрава

реакція на гучні та різкі звуки), дратується через незначні речі, які раніше не викликали жодної реакції, а також погано спить і має порушений режим.

Кардінер вважав, що «ядро травматичного неврозу – фізіоневроз» [34, стр. 186]. Дійсно, ми не можемо відкидати той факт, що залишивши стресове середовище та знаходячись у безпеці, тривога залишається. Фізіологічні феномени більше не сприяють безпечному життю. Люди з посттравматичним стресовим розладом мають підвищений рівень збудливості. Вони довше засинають, чутливі до сторонніх шумів і мають численні розлади сну, адже травма починає перебудовувати нервову систему згідно своїм правилам [57].

Інтрюзія. Переживши травматичний досвід, практично неможливо бути впевненим у тому, що більше не буде його повторення. Навіть коли стресова ситуація минула, постраждалі схильні повторно проживати це так, наче усе повторюється. Травма наче закодовується у пам'яті, а потім неочікувано пробивається до свідомості під час сну чи бадьорості. Це складно назвати спогадами, адже дані образи скоріше передають не об'єктивне минуле, а суб'єктивні яскраві відчуття кожної окремої людини, які вона переживала в той момент.

Ряд досліджень на тваринах показав, що підвищення рівня адреналіну та інших гормонів стресу в крові спонукають глибокому запам'ятовуванню образів [70]. Зігмунд Фройд вважав, що повторювальне переживання травматичного досвіду є одним із способів впоратися з цією подією. На основі цього він ввів новий термін «повторна компульсія» (або «настирливе повторення») [43]. Однак, таке пояснення не набуло широкого розповсюдження й до кінця не задовольняло самого автора. Тому пізніше вихід із посттравматичних подій почали знаходити в створенні нової психічної «схеми». Тобто людина мала переоцінити те, що сталося [60].

Констрикція. Людина, відчуваючи власну безпорадність перед зовнішніми подіями, може намагатися змінити становище, змінюючи стан

власної свідомості. Як це проявляється? Часом такий стан можна порівняти із гіпнотичним трансом. Може виникати відчуття, наче все навкруги відбувається не в реальному житті, а на екрані у вигляді кінофільму, чи якомусь дивному сні, який невдовзі закінчиться.

Констрикція характеризується тим, що очікувані жах, лють і біль змінюються відстороненим спокоєм. Людина, переживши травмуючу подію, може відмовлятися від довільних дій, стати безініціативною та нездатною до критичного мислення, схильною до спотворення реальності та змін відчуття часу [40].

Уникаючи нагадування про травму, помтраждалий лишається можливості її успішного подолання. Як наслідок, звужується емоційний фон і збіднюється якість життя загалом.

Ще однією характерною рисою посттравматичного стресового розладу є чергування інтрузії та констрикції [34]. Як це виглядає? Людина постійно переходить від однієї крайнощі до іншої: амнезія та ігнорування пережитої стресової ситуації змінюються на її повторне переживання; інтенсивні почуття, що переповнюють особистість, переходять у стан внутрішнього спустошення; дратівливість та імпульсивність перетворюються у повне пригнічення будь-якої активної діяльності. Така нестабільність несе загрозу ще більшому загостренню травмованого відчуття, що характеризується непередбачуваністю та безпорадністю [50].

Говорячи про посттравматичний стресовий розлад, ми акцентуємо увагу на тому, що він є відстроченою та затяжною реакцією організму. Стресова подія здатна викликати психічне порушення навіть у стійких і загартованих індивідів [73]. Цікаво, що одні з перших намагань описати симптоми розладу в учасників бойових дій можна простежити в працях римських та давньогрецьких вчених Геродота та Лукреція [32]. Але сучасні уявлення про

посттравматичний стресовий розлад остаточно склалися приблизно до 1980 року.

Психолог і засновник психологічної служби для воїнів-ветеранів М. Магомед-Емінов спробував пояснити та структурувати специфіку походження посттравматичного стресового розладу. Він виділив три основні моделі: реактивну, диспозиційну та інтеракційну [58]. Розглянемо більш детально кожен з них:

- Реактивна модель – її головною характеристикою є лінійна залежність між такими факторами, як сила травмуючої події та стрімкість виникнення розладу. Дослідження, проведені в межах цієї моделі, дозволяють виявити та проаналізувати ті об'єктивні причини, які були головними стресорами в поєднанні з нейробіологічними особливостями окремої людини.
- Диспозиційна модель – її головною ідеєю є те, що сам собою стресор не викликає психологічних наслідків, а детермінантою виступає, власне, особистість. Тут можна привести в приклад думку, що: «Не можна образити, можна лише образитися». Але не дивно, що таке припущення викликало велику кількість критики. Справа в тому, що дослідники, працюючи в межах диспозиційної моделі, майже ніколи не ставили перед собою завдання аналізу та оцінки об'єктивних факторів, що впливають на виникнення ПТСР.
- Інтеракційна модель – тут відбувається врахування як особистісних, так і ситуаційних змінних, включаючи взаємодії та екстраординарні ознаки оточення.

Також цікавою є думка стосовно того, що ситуація психічної травми характеризується виникненням потужного трансю. Чому це важливо? По-перше, входження до цього стану сприяє підвищенню гнучкості функціонування головного мозку. Це сприяє більш швидкому виявленню інформації, яка є необхідною для біологічного виживання організму в

несприятливих і небезпечних умовах. По-друге, стрімкий потік різноманітної інформації, що надходить у даний момент, формує окрему систему мозку, яка міцно асоціюється саме з пережитим негативним станом. Згодом, вона легко активізується при різноманітних життєвих обставинах.

С. Гіллеген головну особливість психотравми вбачав у тому, що будь-яка наступна непередбачувана стресова подія може похитнути природний транс, який передбачає психічне та фізичне розслаблення та до якого так прагне наша психіка [44].

Виділяють наступні умови, які сприяють виникненню посттравматичного стресового розладу:

- фактори, що пов'язані власне з травмуючою подією (тяжкість травми, рівень передбачуваності та можливості контролю);
- фактори захисту (наявність чи відсутність соціальною підтримки та реакція оточення загалом, механізми проживання події, здатність до переоцінки минулого);
- фактори ризику (вік людини на момент травматизації, наявність інших психічних розладів, минулий досвід, соціальний та економічний статус) [55].

Психологічною травмою, яка призводить до посттравматичного стресового розладу, можна вважати ту подію, через яку людина втратила можливість вільно взаємодіяти з оточуючим світом і підтримувати соціальну взаємодію. Їх поділяють та три групи:

- фізичного типу (провокуються ситуаціями, які зачіпають тіло людини та власне фізичний простір);
- нарцисичного типу (провокуються ситуаціями, які зачіпають сферу взаємодії з іншими та формування Его людини);
- соціального типу (провокуються ситуаціями, які зачіпають сферу порушення усталених стосунків).

Варто зазначити, що травми фізичного типу є найбільш детально дослідженими та зрозумілими. Вони порушують цілісність фізичного простору та несуть пряму загрозу життю: пожежа, стихійне лихо, автокатастрофа й т.п. Нарцисичні травми є менш дослідженими. Вони зачіпають ідентичність людини та, як правило, проживаються у віці від трьох до семи років. Через неправильно підібрану модель виховання та несприятливе оточення дитині транлюється установка стосовно того, що вона не є цінною як окрема особистість, а її люблять лише за виконання певних функцій. Останній вид є найбільш поширеним у клінічній практиці, адже передбачає порушення соціальної картини світу постраждалого [66].

Описані типи психологічної травми об'єднуються спільною ознакою: усі вони руйнують картину світу потерпілого через отриманий досвід власної беззахисності. Повертаючись до теми війни, ми можемо зазначити, що якщо власне на фронті частіше трапляється травмування за фізичним типом, то серед цивільного населення є більш поширеним стресовий досвід саме за соціальним типом.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, до клінічної симптоматики посттравматичного стресового розладу належать:

- неконтрольоване повторення переживань травматичного досвіду, яке наче вривається у вигляді сновидінь, раптових спогадів, несподіваного страху, дисоціативних епізодів (флешбеків), ілюзій і галюцинацій;
- уникаюча поведінка, яка характеризується спробами позбутися від думок та асоціацій, а також часткова амнезія, коли людина не може пригадати важливі моменти травматичної події, зниження зацікавленості до життя, відчуження від близьких і рідних, відчуття вкороченого майбутнього (коли плани будуються лише на кілька годин чи днів);

- постійне фізіологічне гіперзбудження, що виявляється в порушенні сну, складністю концентрації уваги, постійною настороженістю, дратівливістю перебільшеною реакцією на дрібні подразники.

Г. Каплан и Б. Седок назвали ці групи симптомів наступним чином: повторного переживання, уникнення та підвищеної збудливості [56]. Якщо ж розглянути результати досліджень, то можна помітити подібні результати стосовно того, що посттравматичний стресовий розлад активно корелює з деякими психічними порушеннями. Ці порушення можуть виникнути як наслідок пережитої травмуючої події або бути присутніми від самого початку, але в більш легкій формі. До них належать: тривожні неврози, депресивні стани, суїцидальні думки, різні види залежності (медикаментозна, алкогольна, наркотична), психосоматичні розлади, захворювання серцево-судинної системи [65].

Отже, ми можемо зробити висновок, що посттравматичний стресовий розлад – це окремий синдром, від якого страждає велика кількість людей. Вивчення даного питання почала цікавити вчених ще за часів давньоримських і давньогрецьких вчених. Але в період сучасності тема лишається актуальною та має великий простір для здійснення нових досліджень.

## 1.2. Симптоматика посттравматичного стресового розладу

### військового часу

Люди із посттравматичним стресовим розладом часто скаржаться на те, що вони ніби не живуть власне життя, а спостерігають за ним із далекої відстані. Втрата зв'язку з реальністю є небезпечною через те, що порушує близькі стосунки з родиною, друзями, близькими людьми та суспільством загалом.

Стресове потрясіння, яке було отримане від травми, руйнує фундамент, на якому вибудовувалося уявлення про безпеку цього світу, наявність сенсового порядку, а також позитивної самооцінки [68]. «На війні ти втрачаєш відчуття визначеності, а відтак своє відчуття правди; і тому можна сказати, що у правдивій історії про війну ніщо і ніколи не є абсолютною правдою» [75, стр. 88].

На плечі багатьох українців ліг важкий тягар через усвідомлення того, що вони врятувалися, а інших спіткала значно гірша доля. У рамках даної праці ми приділяємо увагу саме жінкам, чії чоловіки були мобілізовані чи пішли на війну добровольцями. На фоні усіх страшних подій люди схильні недооцінювати, на скільки сильні стресові потрясіння вони зазнали й до яких наслідків це може призвести, якщо вчасно не звернутися по підтримку та необхідну допомогу.

Дослідження війни виявили, що із підвищенням інтенсивності залучення та інформування населення стосовно трагічних подій зростає кількість людей, що має симптоми посттравматичного стресового розладу [52]. Варто звернути увагу також на те, що одна й та сама подія може викликати кардинально різну реакцію в різних людей. Незважаючи на набір сталих рис, якими характеризується травматичний синдром, він не може мати однаковий прояв. Наприклад, люди з високими моральними вимогами до себе та інших частіше

мають депресивну симптоматику, а ті, хто був схильний до антисоціальної поведінки, проявлятиме гнів і дратівливість [46].

Варто наголосити на тому, що від психічного стану жінки залежить не лише її самопочуття, але й загалом емоційні стосунки в родині. Особливо після повернення чоловіка з війни, коли він також потребуватиме підтримки від найближчого оточення для найбільш ефективного подолання стресових неврозів. Чи існує шлях до профілактики ймовірності виникнення посттравматичних стресових розладів? Дослідження різних соціальних груп дозволили виявити наступне: «Стійкі до стресу індивіди – це ті, хто багато спілкуються, використовують вдумливі та активні стратегії подолання та мають сильне переконання у здатності керувати своєю долею» [58, стр. 489].

Отже, при роботі з жінками, що мають посттравматичний стресовий розлад на фоні початку війни, необхідно сформувавши здатність використовувати навіть невеличкі можливості, де вони зможуть проявити свою цілеспрямованість у спільних діях. Збереження соціальних зв'язків, активність, товариськість, зосередженість і збереження спокою, розсудливість, застосування активних стратегій для подолання страху, моральні цінності та формування відчуття сенсу – це важливі складові, які захищають від розвитку посттравматичних стресових розладів і зменшують ймовірність погіршення його симптоматики в майбутньому [53].

Будь-яка травматична життєва подія негативно впливає та порушує стосунки постраждалого з оточенням. Руйнується відчуття самотності, а задля відновлення необхідно пройти той самий шлях, яким воно відбувалося раніше: у стосунках із суспільством [67].

Першим кроком для успішного подолання симптомів посттравматичного стресового розладу є повернення втраченої довіри до оточення. Емоційна підтримка проявляється в тому, що людина відчуває присутність іншого в своєму житті. Когось, хто може поспівчувати та не залишить наодинці зі

своїми думками та переживаннями. Психіатр Г. Шпігель описав стратегію збереження прив'язаності та відчуття базової безпеки наступними словами: «Якщо середовище заохочує та підтримує людину, найгіршого можна уникнути» [48, Інтерв'ю, 14 травня, 1990].

Після відновлення почуття безпеки варто пройти етап відновлення позитивного уявлення стосовно самого себе. Постраждалій особі необхідно не лише прийняти той факт, що травматична подія дійсно відбулася, але й зрозуміти, що певний спектр негативних реакцій є цілком нормальним. Це не свідчить про слабкість чи нездатність протистояти труднощам. А є лише певним етапом життя, який варто прийняти та пропрацювати. Питання такої оцінки є шляхом до відновлення відчуття зв'язку між ветераном війни та його близькими.

Після кожної війни солдати виражають обурення загальною необізнаністю, нестачею зацікавлення та уваги в суспільстві загалом. Вони бояться, що їхні жертви швидко забудуться [45]. Однак, жінки, чиї чоловіки пішли на фронт, переживають схожі відчуття. Для них також є надзвичайно важливою можливість поділитися власним травматичним досвідом й отримати визнання громади. Загалом, визнання та відшкодування – це дві важливі реакції, які необхідні для успішного відновлення відчуття порядку та справедливості.

Аналізуючи перебіг подій від початку повномасштабного вторгнення, ми можемо простежити, що жінка відновлюється більш успішно в тому випадку, коли їй вдається винести пережите за межі особистої трагедії. Наприклад, такого результату можна досягти під час прийняття участі в громадській діяльності, адже допоки людина здатна підтримувати будь-які соціальні теплі зв'язки, то влада самої травми над нею є обмеженою.

Насправді, під час будь-якої війни одним із головних завдань провокатора є прагнення цілковитого контролю. На цьому й будується

тоталітарна форма правління влади. Велика кількість розповідей політичних в'язнів наповнена історіями про те, що їх повністю обмежували від зовнішнього світу та запобігали минулим контактам. Це робилося для того, щоб було легше переконати людину, що її найближче оточення та союзники є зрадниками, але вона також має можливість перейти на інший бік. Схожі речі відбуваються й серед цивільного населення, але люди часто прагнуть не звертати на це увагу.

Коли великий відсоток громадян перебуває в прогресуючій формі посттравматичного стресового розладу, то це роз'їдає та руйнує особистість із середини. Психіатр Елейн Гілберман так описав даний стан у жінок, які пережили сильну травмуючу подію: «Події, навіть віддалено пов'язані з насильством: сирени, грім, трахання дверима - викликали сильний страх. Була хронічна боязнь неминучої загибелі, чогось поганого, що от-от станеться. Будь-який символічний чи реальний знак потенційної небезпеки призводив до збільшення активності, хвилювання, непосидючості, крику та плачу. Жінки залишалися пильними, нездатними розслабитися чи заснути. Нічні жахіття були універсальними, з неприкритим насильством та небезпекою» [39, стр. 349].

Затяжна депресія – це найпоширеніше спостереження практично в усіх клінічних дослідженнях хронічно травмованих людей [76].

Отже, ми наголосили на тому, що стресове потрясіння, яке було отримане від травми, руйнує фундамент, на якому вибудовувалося уявлення про безпеку цього світу, наявність сенсового порядку, а також позитивної самооцінки. Говорячи про період воєнних дій, ймовірність потрапити до такої ситуації значно зростає й велика кількість людей відчуває на собі симптоматику посттравматичного стресового розладу.

### **1.3. Психологічна підтримка жінок, чії чоловіки беруть участь у бойових діях**

Що ж необхідно робити для відновлення психологічного стану постраждалої людини? Загалом, до основних переживань після психологічної травми відносять втрату влади над своїм життям і відгородженість від інших. Виходячи з цього ми можемо свідчити, що видужання не може відбуватися в ізоляції. Воно можливе лише з відновленням наступних функцій: довіра до оточення, автономія, ініціативність, самоідентифікація й т.п. [38].

Відчуваючи владу над власним життям, людина починає самостійно писати правила, за якими вона живе, не лишаючи травми простору. Жінка, яка звикла відчувати силу та підтримку чоловіка поруч із собою, після початку повномасштабного вторгнення отримала надзвичайно важкий тягар відповідальності. Але саме вона має бути провідником до власного відновлення. Крім того, від її психологічного стану залежить також ефективність відновлення чоловіка після повернення додому, а також настроїв дітей (якщо вони є).

Активісти Еван Старк та Енн Фліткрафт переконані, що під час роботи з травмованими жінками важливо відновити автономію «відчуття особистості, гнучкості та самовладання, достатнє для визначення особистих інтересів людини... і для здатності до важливого вибору» та силу «поєднання взаємної підтримки з особистою автономією» [42, стр. 140-141].

Небезпекою для психічного здоров'я українців серед цивільного населення також є те, що травматизація є «заразною». Що ми маємо на увазі, вживаючи даний термін? Справа в тому, що навіть будучи свідком прояву жорстокості, несправедливості чи насилля по відношенню до інших, ми переповнюємося емоціями. Розглядаючи модель жінки, чоловік якої приймає участь у бойових діях, вона так саме бере на себе значний відсоток його

переживань: жаху, відчаю, люті, ненависті й т.п.. Психологи називають це явище «травматичне перенесення» або «непряма травматизація» [49].

Зараз наш інформаційний простір переповнений великою кількістю негативної інформації. Звичайно, що важливо залишатися в курсі останніх новин і продовжувати слідкувати за політичною, економічною та соціальною сферою розвитку країни та життя загалом. Однак, існує ризик того, що постійний перегляд новин буде поглинати людину, не лишаючи простору для розвитку позитивних емоцій. Крім того, постійно прослуховуючи негативний досвід інших людей, відбувається програвання та повторне переживання власної психологічної травми.

Також не можемо не згадати ризик формування «провини свідка» чи «провини того, хто вижив». Не варто недооцінювати ці стани, адже з початком повномасштабного вторгнення це стало надзвичайно розповсюдженим явищем. Люди, яким вдалося вижити чи оминати нещастя часто відчують великі труднощі з отриманням задоволення від життя. Вони наче карають самі себе, не даючи собі можливості отримати позитивні емоції від простих речей. Відкладаючи щастя на потім через думки: «Зараз не час», «Потрібно зачекати», «Я цього не заслуговую», - йде рух по колу, з якого все складніше й складніше вийти.

Постає логічне питання: як розірвати цей ланцюг і хоча б частково повернути повноту життя? Американський журнал психіатрії опублікував інтерв'ю з одним із працівників служби допомоги при стихійних лихах і непередбачуваних ситуацій, де рятувальник сказав наступне: «Чесно кажучи, для мене і моїх друзів єдиним способом не з'їхати з глузду були постійні жарти і сміх. Що грубіший жарт, то краще» [37, стр. 305]. Така модель надихає, адже демонструє прояв щоденної рішучості та мужності.

Загалом, відновлення від посттравматичного стресового розладу відбувається в три основні стадії: встановлення безпеки, пам'ять і оплакування

та відновлення повсякденного життя. Звичайно ми не можемо говорити про чіткі межі, якими окреслюється кожна з цих стадій. Це лише умовна систематизація складного та тривалого процесу. Але однією з головних умов до швидкого відновлення є знання. Знання – це надзвичайна сила, з якої людина черпає додатковий ресурс. Навіть можливість довідатися про назву свого стану та його особливості вже може надати значне полегшення. Усвідомивши, що нас оточують люди з подібною симптоматикою та що наші внутрішні переживання є нормальною реакцією на пережиті події, настає перше полегшення.

Жінки та чоловіки з посттравматичним стресовим розладом можуть скаржитися як на фізичну симптоматику (безсоння, тривога), так і на емоційну (депресія, проблеми в стосунках із іншими). Але ефективність профілактичної освіти полягає в тому, що вони більше не є в'язнями німоти травматичної події.

Можливість поділитися та бути почутими дає відчуття того, що ми не самотні. Крім того, з'являється надія стосовно того, що страждання не будуть тривати вічність і невдовзі має настати полегшення. Але звернутися по допомогу наважуються не всі. Існує думка, що таким чином ми наче визнаємо моральну перемогу кривдника. Жінка схильна відчувати сором за власний стан і намагатися приховати його, погіршуючи ситуацію. Тому одне з важливих завдань спеціалістів є необхідність донести до суспільства, що початок шляху відновлення після пережитого травматичного досвіду зовсім не означає перемогу кривдника, а навпаки дає силу постраждалому. Отже, повернемося до стадій відновлення та розглянемо більш детально кожна з них.

Встановлення безпеки. Травма призводить до посттравматичного стресового розладу саме через те, що забирає в людини відчуття сили та контролю над подіями, які відбуваються навколо. Отже, в першу чергу ми працюємо саме над відновленням цих важливих елементів. Як правило, робиться це за допомогою соціальних методів. Суспільне відчуження та руйнування прив'язаності виправляється поступовою побудовою довірливих

стосунків. Наприклад, коли чоловік, будучи найближчою людиною для жінки, йде на війну, їй важливо змінити фокус на інших задля мобілізації природних систем підтримки. Це може бути або найближче оточення (родина, друзі), або формальні заклади (соціальні служби).

Почуття безпеки починається відновленням контролю спочатку над власним тілом. Сюди відносимо базові потреби нашого організму: здоров'я та тілесні функції. Наприклад, знаходячись у стані посттравматичного стресового розладу, жінка може не звертати увагу на почуття голоду чи втоми. Відновлення режиму сну, прийому їжі, приділення часу фізичній активності та уникнення самодеструктивної поведінки, яка може мати велику кількість різних проявів, є першими кроками до подолання наслідків пережитого травматичного досвіду.

Лише після того, як було досягнуто контроль над власним тілом, можна починати говорити про становлення контролю над середовищем. Наприклад, вимушені переселенці часто стикаються з ситуацією, що навіть фізично перебуваючи в цілковитій безпеці, не можуть приступити до звичної в минулому діяльності (водити автомобіль, купувати продукти та готувати їжу, працювати й т.п.). Лише з плином часу стосунки постраждалої людини з оточенням відновлюються.

Часом може виникнути бажання перестрибнути через етап відбудови безпеки та одразу перейти до наступних. Але це буде великою помилкою, яка може знизити ефективність очікуваного результату. Справа в тому, що саме на першій стадії травмована особистість знову вчиться розраховувати на себе та довіряти іншим. Завдяки цьому поступово зникає відчуття вразливості та ізольованості від світу. Важливо навчитися контролювати власні негативні симптоми. Бути впевненими в можливість отримати необхідну допомогу не лише зі сторони оточуючих, але й мати змогу самотійно подбати про себе.

Пам'ять та оплакування. Жане порівнював людську пам'ять із розповіддю. Нормальну пам'ять від травматичної відрізняє те, що друга є безслівною та статичною. Травмована особистість підсвідомо прагне забути пережитий досвід. Але саме ґрунтовна, послідовна й деталізована розповідь є другим етапом на шляху до зцілення та відновлення. Однак, це має відбуватися лише після того, як було врівноважено здатність довіряти та відчувати безпеку, адже надто швидке повернення до травматичних спогадів буде носити шкідливий характер. Для цього мають бути підготовлені певні умови.

Загалом, таке розкриття не обов'язково має проходити саме зі спеціалістом. Для когось буде достатньо обмежитися звичайними суспільними контактами: людьми, які зможуть уважно вислухати та продемонструвати «толерантність до стану» жінки. Це допомагає знову відчувати плин життя та його неперервність із власне травматичною подією.

Така розповідь обов'язково має бути наповнена описом суб'єктивних реакцій на об'єктивні події. Тобто, не сухий виклад фактів, а також емоційні стани. Джессіка Вулф так описує свій підхід до розповідей про травму з ветеранами війни: «Ми спонукаємо їх перемотувати усе в найменших деталях, так, ніби вони дивляться фільм, із залученням усіх органів чуттів. Ми запитуємо їх, що вони бачать, що чують, що відчувають і що думають» [54, Інтерв'ю, січень 1991].

«Процес розповіді історії» дійсно є дієвим способом зменшення симптомів і зниження гіперзбудливості при посттравматичному стресовому розладі. Але часом люди не хочуть повністю позбутися болісних переживань. Поет війни Вілфред Оуен писав: «Я визнаю, що викликаю ті нечисленні сні про війну, які сняться мені тепер, вповні через добровільне роздумування про війну увечері. У мене є обов'язок, який маю виконати щодо Війни» [77, стр. 184].

Тим не менш, тривале повторювання розповіді про пережиті події з часом перестають викликати такі інтенсивні почуття, як було на початку. Травма здатна трансформуватися в частину досвіду й стати спогадом минулого, втрачаючи всю гостроту. Говорити про успішне завершення другої стадії ми можемо саме тоді, коли відбулося повернення минулого, з'являється енергія жити в теперішньому та бажання будувати цілі на майбутнє. Час знову набуває звичного перебігу.

Відновлення зв'язків. Головною метою третьої стадії є повернення собі свого власного світу. Для цього необхідно знайти нові цінності, переосмисливши минуле. Особливо гостро дане завдання відчувають жінки, які були вимушені змінити місце проживання та набули статусу біженок. Перед ними постає нелегке завдання будувати нове життя в тому оточенні, яке значно відрізняється від зруйнованого. Часто можна почути слова, що вони наче намагаються віднайти новий світ у середині себе, щоб пристосуватися до нових реалій.

Позитивне проживання першого етапу актуалізується на останньому, але зараз постраждала людина забезпечує стан не лише базової безпеки, а ще й активно взаємодіє з оточенням. Важливо зрозуміти, що ми не можемо позбутися пережитого негативного досвіду чи забути його раз і назавжди. Але необхідно навчитися жити далі й використовувати травматичну подію, як джерело переусвідомлення.

«Я знаю, що в мене є я» - ця проста фраза найкраще ілюструє суть третьої стадії відновлення. Лише тоді можна говорити про ефективне подолання симптоматики посттравматичного стресового розладу, коли виникає чітке розуміння того, якими ми були раніше, що саме змінилося після емоційного потрясіння та якими ми прагнемо бути в майбутньому. Думки наповнюються не згадками про минуле, а мріями та бажаннями стосовно майбутнього. Насправді, це не є надто легким завданням, адже такі думки

викликають страх болю та розчарування. Але саме в цьому й полягає вихід зі стану жертви.

Отже, коли травма припиняє посідати головне місце в житті, тоді з'являється простір для налагодження стосунків із чоловіком, з'являється можливість відновити родинний клімат і уникнути повторного травмування після повернення партнера додому. «Більше ніколи!» - є загальним бажанням усіх постраждалих. Адже страх повторення жахливих подій минулого може переслідувати й надалі. Подолати цей страх допомагає активна взаємодія зі світом. Чудовим прикладом цьому є громадська активність, волонтерська робота, будь-яка сфера самореалізації. Загалом, усе те, де людина може проявити власні навички та відчувати свою користь. Здавалося б, що такий вид діяльності приносить більше користі іншим, але насправді це допомагає постраждалим відчувати любов, вдячність і визнання, що значно пришвидшує одужання.

Ірвін Ялом називає цей процес «адаптивною спіраллю», в якій групове прийняття піднімає самооцінку кожного учасника, а кожен учасник, своєю чергою, стає більш відкритим до інших [78].

Однак, повне подолання негативних симптомів практично неможливе, а вплив травматичної події залишається та відчувається протягом всього подальшого життя.

## Висновок до 1 розділу

У першому розділі нам вдалося простежити історичну ретроспективу вивчення посттравматичного стресового розладу. Ми розглянули історію розвитку даного розладу, починаючи від стародавнього Риму та Греції, закінчуючи сьогоденням. Кожен із авторів спирається на власне бачення цього явища, але всі вони описують подібну симптоматику: гіперзбудження (очікування повторення небезпеки), інтрузія (відбиток, який залишився після пережитої травми) та констрикція (реакція заціпеніння). Окрім загальної симптоматики ми розглянули специфіку походження посттравматичного стресового розладу. Було виокремлено три основні моделі, до яких будемо звертатися при подальшому дослідженні:

- реактивна – лінійна залежність між такими факторами, як сила травмуючої події та стрімкість виникнення розладу;
- диспозиційна – сам собою стресор не викликає психологічних наслідків, а детермінантою виступає, власне, особистість;
- інтеракційна – врахування як особистісних, так і ситуаційних змінних, включаючи взаємодії та екстраординарні ознаки оточення.

Також велику увагу було приділено розгляду питання сьогодення українців. Від початку війни на плечі багатьох людей ліг важкий тягар, але в рамках даної праці ми приділяємо увагу саме жінкам, чиї чоловіки були мобілізовані чи пішли на війну добровольцями. Метою цього є наголосити на тому, які сильні стресові потрясіння вони зазнали й до яких наслідків це може призвести, якщо вчасно не звернутися по підтримку та необхідну допомогу.

Крім цього, проаналізувавши наукові роботи та різноманітні дослідження, ми детально описали ті кроки, які є необхідними для успішного подолання симптомів посттравматичного стресового розладу та повернення втраченої довіри до оточення: встановлення безпеки, пам'ять і оплакування та відновлення повсякденного життя.

## **РОЗДІЛ 2.**

### **МЕТОДИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ЖІНОК, ЧИЇ ЧОЛОВІКИ БЕРУТЬ УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ**

#### **2.1. Обґрунтування дизайну та вибірки дослідження**

Велика кількість науковців виділяють дружин військових в окрему категорію людей, які потребують особливої уваги та підтримки зі сторони психологів. Сучасні українські дослідники: Петро Волошин (професор національної академії медичних наук), Олег Друзь (завідувач клініки психіатрії головного військово-медичного центру), Олег Чабан (професор національного медичного університету імені Богомольця) підтримують думку стосовно того, що варто збільшити увагу необхідності надання специфічної психологічної допомоги при роботі з жінками, чиї чоловіки пішли на фронт [23].

У рамках даного дослідження ми будемо спиратися на три основні моделі посттравматичного стресового розладу, які були запропоновані М. Магомедом-Еміновим [58]. Реактивну модель, головною характеристикою якої є лінійна залежність між такими факторами, як сила травмуючої події та стрімкість виникнення розладу. Диспозиційну модель, головною ідеєю якої є те, що сам собою стресор не викликає психологічних наслідків, а детермінантою виступає, власне, особистість. Інтераційну модель, де відбувається врахування як особистісних, так і ситуаційних змінних, включаючи взаємодії та екстраординарні ознаки оточення.

Крім того, для нас важливо дослідити симптоматику посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій із різним сімейним статусом. Важливо розуміти, на якому етапі перебуває подружжя: чи це молода нова сімейна пара, яка лише нещодавно уклала шлюб, чи довготривалі сімейні стосунки із дітьми. Усі ці показники також буде враховано під час обробки даних.

Збір необхідної інформації здійснювався за допомогою спеціального опитувальника у вигляді Гугл-форми. Переваги даного способу отримання особистих даних полягає в наступному:

- конфіденційність – в умовах війни дружини військових остерігаються надавати будь-яку особисту інформацію, а гугл-форма дозволяє зберегти анонімність, що значно підвищує рівень довіри та заохочує респондентів до щирих відповідей;
- зручність – респондентки мали можливість надати свої відповіді в будь-який зручний для них час і в будь-якому комфортному місці;
- легкість обробки – зі сторони дослідника є важливим, щоб інформація надавалася в зручному для подальшої обробки вигляді.

У дослідженні прийняли участь 21 респондентка віком від 18 до 45 років (таблиця 2.1.). Віковий діапазон визначався згідно зі статтею 23 Сімейного кодексу України, в якому зазначається, що: «Право на шлюб мають особи, які досягли шлюбного віку. Досягнення шлюбного віку є юридичним фактом, який породжує в особи право на шлюб і встановлюється у вісімнадцять років» [22]. У всіх досліджуваних було зібрано анкетні дані, з метою формування більш чіткого уявлення стосовно зібраної вибірки (Додаток 1).

Ми можемо побачити, що за віковими показниками вибірка має наступний розподіл: 7 респонденток віком 18-24 років (33%), 8 респонденток віком 25-34 років (38%), 6 респонденток віком 35-45 років (29%). Розподіл є рівномірним, адже всі категорії мають приблизно однакову кількість відповідей і ми не маємо значної переваги однієї над іншими.

Варто звернути увагу на те, що дослідження проводилося в умовах війни, що ускладнює пошук респондентів і обмежує можливість додатково мотивувати їх у проходженні психологічних методик. Жінки неохоче та з обережністю йдуть на контакт, коли розмова заходить про надання особистої інформації. Хочемо зазначити, що початково вибірка налічувала більшу кількість респонденток. Однак, ми були змушені вилучити деякі відповіді

через недотримання правил заповнення спеціальної Гугл-форми. Жінкам більш старшого віку (46-60 років) буває складно заповнювати анкети в онлайн форматі, що є прямою необхідністю для прийняття участі в дослідженні. Сподіваємось, що в майбутньому ситуація буде більш сприятливою й ми зможемо розширити вивчення цієї вікової категорії.

**Таблиця 2.1.**

**Розподіл вибірки за віком**

Вік	Кількість респондентів	% відношення	Накопичувальний %
18 - 24 років	7	33 %	5 %
25 - 34 років	8	38 %	71 %
35 - 45 років	6	29 %	100 %
Загалом	21	100 %	

Розподіл за місцем перебування не є рівномірним. Тут простежується суттєве переважання жінок, які перебувають вдома ніж тих, хто був вимушений змінити місце проживання від початку повномасштабного вторгнення (таблиця 2.2.). Загалом у склад вибірки увійшло 16 жінок (76%), які лишилися на постійному місці проживання, та 5 жінок (24%), які переїхали на інше місце.

**Таблиця 2.2.**

**Розподіл вибірки за місцем перебування**

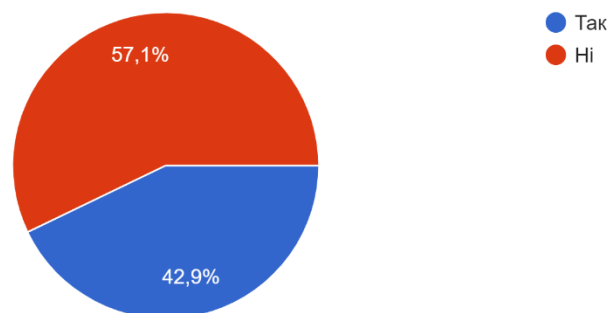
Проживання	Кількість респондентів	% відношення	Накопичувальний %
Вдома	16	76 %	76 %
Змінили місце проживання	5	24 %	100 %
Загалом	21	100 %	

Дослідження передбачало збір особистої інформації про респонденток, щоб можна було краще зрозуміти загальний вигляд вибірки. Жінок було опитано стосовно їхньої родинної моделі, а також зібрано короткі біографічні відомості. Це допоможе нам не лише мати біль широкое уявлення стосовно вибірки, а також створить додаткове підґрунтя для дослідження.

Аналізуючи показники за шкалою родинної моделі, ми сфокусували увагу на наявності чи відсутності дітей, адже це є додатковим фактором, що провокує стрес і почуття відповідальності не лише за себе, але й за інших. Можемо простежити наступну тенденцію: 12 респонденток (57%) уже стали мамами, 9 респонденток (43%) ще не мають дітей (Рис. 2.1.).

Чи маєте Ви дітей?

21 ответ



*Рис. 2.1. Відсотковий розподіл вибірки за наявністю дітей у родині*

Також нами було здійснено первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (додаток 2). Хочемо зазначити, що, спираючись на наді відповіді, ми не можемо стверджувати чи спростовувати наявність ПТСР у досліджуваних. Однак, вони дають можливість виокремити ознаки даного розладу та необхідність у подальшій діагностиці й співпраці з фахівцем задля відновлення психологічного благополуччя жінки.

За результатами первинного скринінгового опитування (таблиця 2.3) ми отримали наступні результати: 9 жінок (43%) мають яскраво виражені ознаки посттравматичного стресового розладу, 3 жінки (14%) мають

виражені ознаки посттравматичного стресового розладу, 7 жінок (33%) мають слабо виражені ознаки посттравматичного стресового розладу й лише 2 жінки (10%) не мали жодних ознак вираженого посттравматичного стресового розладу.

Результати дають нам можливість первинно проаналізувати вибірку та зрозуміти, що 90 % усіх респонденток мають сильніший чи слабший прояв ознак посттравматичного стресового розладу. У подальшому ми будемо робити більш детальний аналіз із метою встановлення причин і взаємозв'язку цього з іншими параметрами.

**Таблиця 2.3.**

**Скринінг ознак ПТСР**

Ознаки	Кількість респондентів	% відношення	Накопичувальний %
Яскраво виражені	9	43 %	43 %
Виражені	3	14 %	57 %
Слабо виражені	7	33 %	90 %
Не виражені	2	10 %	100 %
Загалом	21	100 %	

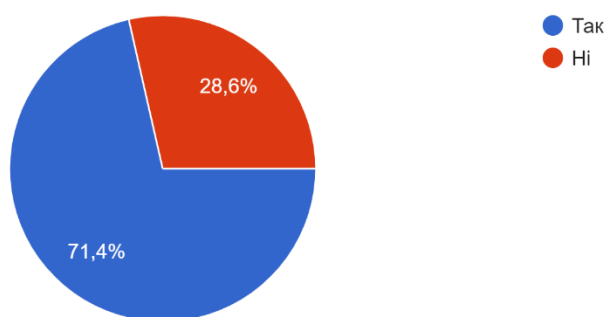
Дослідження впливу посттравматичного стресового розладу на якість сну людини встановили, що проблеми зі сном та погіршення його якості негативно впливають на роботу мозку, не даючи йому можливості ефективно обробляти пережиті події та емоції, що значно сповільнює процес відновлення після травмуючої події [30].

Дане питання є дуже актуальним, адже його вирішення значно полегшує відновлення при посттравматичному стресовому розладі. Дослідникам вдалося довести, що деякі певні ділянки нашого мозку є причетними до посттравматичного стресу, а також до проблем зі сном. До них належать: гіпокамп, мигдалики та передня звивина. Саме вони відповідають за те, що

людина відіграє травмуючі події знову та знову, підкріплюючи це гіперзбудженням.

Результати нашого дослідження показали, що 71 % респонденток мають проблеми зі сном через нав'язливі думки про травматичному подію (Рис. 2.2.). Їм складно вчасно засинати вночі й сон перебивається через кошмари, що заважає якісному відновленню організму. Й лише 29 % не скаржаться на подібну симптоматику.

1. Вам снилися кошмари або Ви постійно проти своєї волі думали про цю подію?  
21 ответ



*Рис. 2.2. Відсотковий розподіл вибірки за наявністю нічних кошмарів*

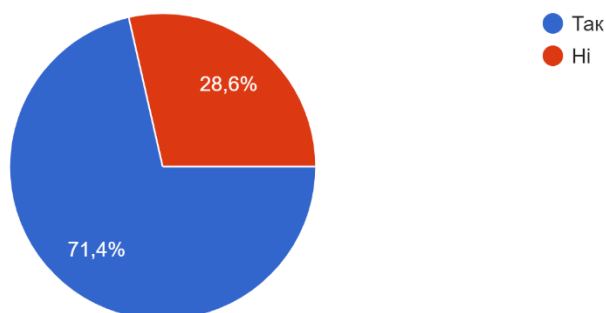
Результати за наступним питанням були прямо пропорційні попереднім: 71 % респонденток докладають зусилля для того, щоб відволіктися та не думати про пережиту травмуючу подію. Крім того, вони намагаються всіляко уникати ситуацій, які б могли повернути думки до неприємних спогадів (Рис. 2.3.). Це є логічним, адже кожен із нас буде прагнути відійти від того, що приносить внутрішній дискомфорт.

Також було виявлено, що 62% респонденток мають надмірну збудливість нервової системи, що заважає їм розслабитися та відчувати внутрішній спокій (Рис. 2.4.). Вони постійно насторожені. Це спричинено відсутністю довіри до зовнішнього світу та необхідності бути напоготові, щоб

дати відсіч можливному повторенню стресової ситуації. Здригання з кожного приводу свідчить про те, що світ оцінюється як небезпечний.

2. Ви докладали зусиль до того, щоб не думати про неї або спеціально уникали ситуацій, які нагадували Вам про цю подію?

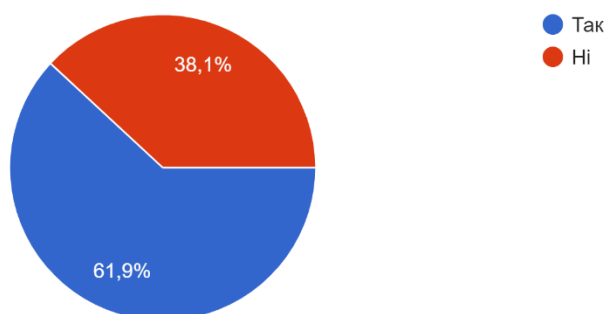
21 ответ



*Рис. 2.3. Відсотковий розподіл вибірки за схильністю до уникнення*

3. Ви були постійно насторожі і здригалися з кожного приводу?

21 ответ

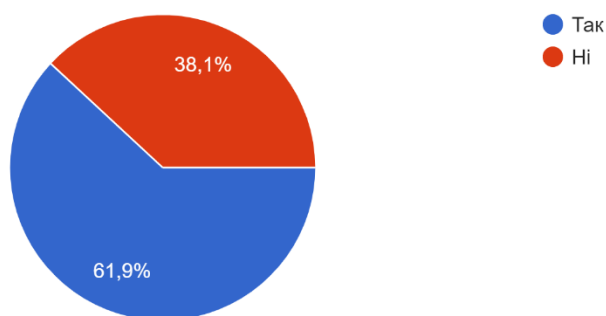


*Рис. 2.4. Відсотковий розподіл вибірки за збудливістю нервової системи*

Такий самий результат відповідей ми отримали, досліджуючи взаємодію із зовнішнім світом (Рис. 2.5.). 62% жінок відчують себе внутрішньо спустошеними та не прагнуть до активної життєвої позиції. Їм складно відновити активність, а почуття спустошення та відрізаності від соціальних контактів може лише погіршувати цей стан.

4. Відчували себе спустошеною або відрізаною від інших людей, занять або зовнішнього світу?

21 ответ



*Рис. 2.4. Відсотковий розподіл вибірки за взаємодією із зовнішнім світом*

Отже, для проведення нашого дослідження було сформовано спеціальний опитувальник у вигляді Гугл-форми, переваги якого полягають у конфіденційності, зручності та легкості обробки.

Загалом у дослідженні прийняла участь 21 респондентка віком від 18 до 45 років. 90 % від усієї вибірки має прояв симптоматичних ознак посттравматичного стресового розладу. 71 % респонденток мають проблеми зі сном через нав'язливі думки про травматичному подію. 71 % респонденток схильні до уникнення. Вони прагнуть відволіктися та не думати про пережиту подію. 62% респонденток мають надмірну збудливість нервової системи, що заважає їм розслабитися та відчувати внутрішній спокій. 62% жінок відчують себе внутрішньо спустошеними та не прагнуть до активної життєвої позиції.

## 2.2. Методи дослідження симптомів постстресового розладу

Для вивчення симптоматики посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій ми застосували опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова (додаток 3). Дана методика була розроблена 1995 року. Апробацію, валідизацію та стандартизацію було здійснено на вибірці, до якої належали працівники органів внутрішніх справ, які мали досвід участі в екстремальних завданнях [25].

Під час розробки тесту було використано досвід роботи з іншими відомими методиками: ЗМІЛ (Л.Н. Собчик), опитувальник дисоціативності DIS-Q (J. Vanderlinden, 1993). Варто зазначити, що під час розробки тесту по можливості виключалися ті пункти та твердження, які носили психопатологічний характер. Адже автор відштовхувався від концепції, що посттравматичний стрес є нормальною реакцією організму на травматичну подію.

Опитувальник містить інструкцію, яка надається респондентам перед початком дослідження, а також 110 пунктів із твердженнями. Респонденту необхідно оцінити кожне з перерахованих тверджень за 5-бальною шкалою Лайкерта («абсолютно вірно», «скоріше вірно», «частково вірно», «скоріше невірно» або «абсолютно невірно»). Оцінювання відбувається в залежності від власного стану досліджуваного.

Структура опитувальника має наступний вигляд:

- 56 пунктів оцінюють ступінь виразності симптомів посттравматичних стресових порушень;
- 15 пунктів формують додаткову шкалу депресії;
- 9 пунктів вимірюють рівень доброчесності, виокремлюючи шкали «брехні», «агравачії» та «дисимуляції»;
- маскуючі твердження, які не дають досліджуваному зрозуміти кінцеву спрямованість тесту.

Середній час проходження тестування складає 15-20 хвилин.

Після підрахунку отриманих даних ми маємо змогу виокремити контрольні та основні шкали. До контрольних шкал належать: L (брехня), Ag (агравачія), Di (дисимуляція). Основні ж шкали поділяються на дві окремі групи. Розглянемо більш детально кожну з них.

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад):

- A(1) – травмуюча подія (наявність потенційної психотравмуючої події);
- B – вторгнення (повторне переживання травми);
- C – уникнення;
- D – гіперактивація (симптоми фізіологічної гіперактивації);
- F – дистрес і дезадаптація.

ГСР (гострий стресовий розлад):

- A(2) – травмуюча подія (наявність потенційної психотравмуючої події);
- b – (дисоціація) дисоціативні симптоми;
- c – вторгнення (повторне переживання травми);
- d – уникнення;
- e – гіперактивація (симптоми фізіологічної гіперактивації);
- F – дистрес і дезадаптація.

Враховуючи те, що на момент проведення дослідження з моменту травмуючої події минуло більше ніж 3 місяці, ми будемо спиратися на показники лише першої групи шкал.

Надійність (узгодженість) показників оцінювалася за альфа-коефіцієнтом Кронбаха, який перевищив 0,8.

Наступною методикою, яку нами було обрано в межах проведення даного дослідження, є Шкала психологічного благополуччя (The scales of psychological well-being), розроблена Керол Ріфф (Додаток 4). Для кращого розуміння зазначимо, що під «психологічним благополуччям» тут розуміється суб'єктивне відчуття цілісності та усвідомлення індивідом

власного буття, що можна віднести до категорії екзистенційно-гуманістичної психології.

Було розроблено кілька варіантів цієї методики, в залежності від кількості пунктів: зі 120, 84, 54 та 18 пунктів. Нами було обрано версію саме на 84 пункти, адже вона є найбільш поширеною через велику кількість інформації при відносній стислості, а також пройшла стандартизацію, валідизацію та адаптацію.

Дана версія містить 6 шкал, на кожен з яких припадає по 14 тверджень. Структура опитувальника містить прямі та зворотні твердження, кожному з яких приписується кількість балів від 1 до 6. Респонденту необхідно оцінити кожне з перерахованих тверджень за 6-бальною шкалою («абсолютно не згоден», «не згоден», «скоріше не згоден», «скоріше згоден», «згоден» або «абсолютно згоден»).

Спираючись на дослідження в рамках евдемоністичного підходу, Керол Ріфф розробила власну багатовимірну модель психологічного благополуччя, яка й лягла в основу виокремлення шкал даного опитувальника, серед яких виокремлено:

- шкала позитивних стосунків із іншими;
- шкала автономії;
- шкала управління оточенням;
- шкала особистісного зростання;
- шкала мети в житті;
- шкала самоприйняття;
- шкала загального психологічного благополуччя.

Середній час проходження тестування складає 10-15 хвилин.

Додатково до основних методик, ми застосували скринінгову шкалу для виявлення посттравматичних стресових розладів (Додаток 2). Дану шкалу широко застосовують в умовах первинної медичної допомоги за DSM-

5 «Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders» (Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів).

Варто зазначити, що даний опитувальник є виключно скринінговим інструментом. Його не можна використовувати задля встановлення діагнозу, самодіагностики чи самолікування. Однак, відповіді на питання допоможуть нам отримати більш глибоку інформацію стосовно вибірки дослідження.

Структура тесту містить 5 коротких питань із модливими відповідями «Так» чи «Ні». Приблизний час проходження 2-3 хвилини. Окрім цього, у всіх досліджуваних було зібрано анкетні дані, з метою формування більш чіткого уявлення стосовно зібраної вибірки (Додаток 1).

Здійснюючи підбір метод для нашого дослідження ми звертали увагу на те, щоб усі методики були надійними, валідними та пройшли стандартизацію. Окрім інформаційного наповнення також було важливо, щоб загалом на їхнє проходження респонденти не мали витратити надто багато часу. Необхідно було поєднати інформативність і стислість задля збереження мотивації в досліджуваних пройти анкетування від початку та до кінця.

## Висновок до 2 розділу

Отже, вибірка дослідження складається з 21 респондентки віком від 18 до 45 років. За віковими показниками вибірка має рівномірний розподіл: 7 респонденток віком 18-24 років (33%), 8 респонденток віком 25-34 років (38%), 6 респонденток віком 35-45 років (29%).

Також було сформовано більш широке уявлення стосовно вибірки за допомогою збору анкетних даних. Що стосується розподілу за місцем перебування, то розподіл не є рівномірним: 16 жінок (76%), які лишилися на постійному місці проживання, та 5 жінок (24%), які переїхали на інше місце.

Розподіл між самотніми респондентами та тими, що мають постійного партнера є рівномірним, а відсоток одружених і тих, хто надає перевагу непостійним сексуальним зв'язкам значно менший. Аналізуючи показники за шкалою родинної моделі, ми сфокусували увагу на наявності чи відсутності дітей і простежуємо наступну тенденцію: 12 респонденток (57%) уже стали мамами, 9 респонденток (43%) ще не мають дітей.

Здійснили обґрунтування вибору опитувальника І.О. Котеньова для вивчення симптоматики посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій. За допомогою цієї методики ми змогли оцінити ступінь виразності симптомів посттравматичних стресових порушень: наявність потенційної психотравмуючої події, вторгнення, уникнення, гіперактивація, дистрес і дезадаптація. Крім того, багато надзвичайно важливої інформації здобуто за допомогою допоміжної шкали депресії.

Для вивчення психологічного благополуччя застосували тест-опитувальник Керол Ріфф. Нами було обрано версію саме на 84 пункти, адже вона є найбільш поширеною через велику кількість інформації при відносній стислості, а також пройшла стандартизацію, валідизацію та адаптацію. Додатково до основних методик, ми застосували скринінгову шкалу для виявлення посттравматичних стресових розладів і збір особистої інформації за методом анкетування.

## РОЗДІЛ 3.

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В ДРУЖИН УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ РІЗНИМ СІМЕЙНИМ СТАЖЕМ

#### 3.1. Опис отриманих результатів

##### 3.1.1. Симптоматика посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій

Перед початком аналізу емпіричних даних ми проведемо описову статистику. Це дозволить швидко сформуванати загальне уявлення стосовно показників вибірки, отримавши при цьому змістовну інформацію. На нашу думку, саме за допомогою описової статистики можна сформуванати первинне уявлення та розробити найбільш вдалий план подальшої статистичної обробки.

Спираючись на середні показники отриманих результатів (таблиця 3.1.1.) ми можемо зробити висновок, що в дружин учасників бойових дій яскраво простежується загальна симптоматика посттравматичного стресового розладу за шкалою Посттравматичний стресовий розлад (128,9). Подальше дослідження буде спрямоване на більш глибоке та детальне вивчення особливостей та яскравості прояву симптоматики. Ми також звернули увагу на показники моди (101) та мінімального значення (77) за даною шкалою. Показник моди (найбільш частій відповіді серед респондентів) знаходиться в межах загальної норми, але є наближеним до завищеного. Мінімальне ж значення, в свою чергу, відповідає низькому рівню, що свідчить про відсутність симптоматики посттравматичного стресового розладу.

Аналізуючи результати відповідей на окремі питання під час збору інформації від респонденток ми помітили, що майже 86 % загальної вибірки зазначили, що відчувають сильну втому: 19 % абсолютно вірно; 38,1 % скоріше вірно; 28,6 % частково вірно (Рис. 3.1.1.).

Таблиця 3.1.1.

**Загальні значенні показників симптоматики посттравматичного  
стресового розладу в дружин учасників бойових дій (N = 21)**

	Середні значення	Мода	Медіана	Мінімум	Максимум
Травмуюча подія	8,9048	7,00	8,0000	5,00	14,00
Вторгнення	26,4286	19,00	26,0000	15,00	38,00
Уникнення	33,3810	32,00	32,0000	20,00	52,00
Гіперактивація	42,7619	42,00	42,0000	23,00	65,00
Дистрес і дезадаптація	17,4762	17,00	18,0000	8,00	29,00
Депресія	37,7143	21,00	36,0000	19,00	71,00
Загальна симптоматика ПТСР	128,9524	101,00	129,0000	77,00	193,00

Також нас зацікавили результати опитування стосовно фізичних проявів симптоматики посттравматичного стресового розладу. 67 % жінок (23,8 % абсолютно вірно; 14,3 % скоріше вірно; 28,6 % частково вірно) скаржаться на раптове серцебиття без можливості виокремити конкретну причину (Рис. 3.1.2.).

Незважаючи на високий результат за загальною симптоматикою посттравматичного стресового розладу, сама наявність травмуючої події має середнє значення (8,9). Це пояснюється тим, що дослідження та збір даних проводилися в березні 2023 року. На цей час від початку повномасштабного

вторгнення минуло більше року й первинна гостра реакція на травмуючу подію минула.

### 3. Я відчуваю втому

21 ответ

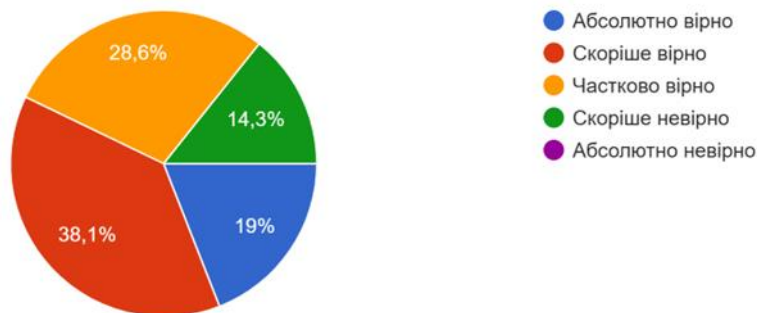


Рис. 3.1.1. Відсотковий розподіл вибірки за рівнем втоми

### 5. Раптово у мене буває сильне серцебиття

21 ответ

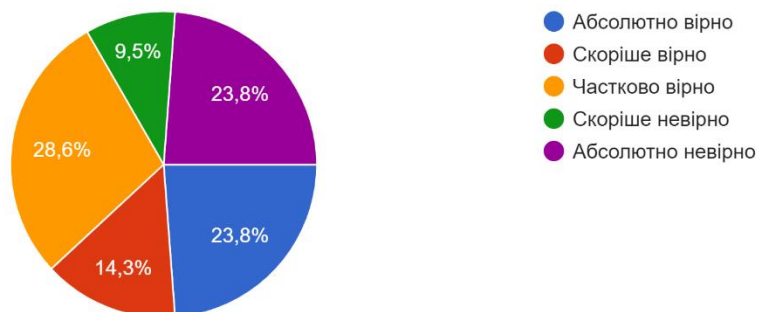


Рис. 3.1.2. Відсотковий розподіл вибірки за силою серцебиття

Так само результати, наближені до низьких, було отримано за шкалою Вторгнення (26,4). Переважна більшість жінок не схильні повертатися думками до травмуючої події. Згадки про неї вже не викликають настільки яскравої емоційної реакції, як було раніше. Такий результат є досить очікуваний, спираючись на попередні показники.

Однак, високі результати було отримано за шкалами Уникнення та Гіперактивації. Жінки прагнуть уникати будь-яких нагадувань про травмуючу подію. Це може відбуватися як свідомо, так і несвідомо. Спонування до розмови, питання, поради... Усе це можна віднести до факторів, які викликатимуть негативні реакції. Зазначимо, що при плануванні дослідження ми остерігалися такої реакції, а тому дуже обережно підходили до завдання заохочення жінки прийняти участь у дослідженні.

Загалом, для того щоб запобігти реакції уникнення в жінки, необхідно створити такі умови, щоб вона могла відчувати, що ініціатива відходить саме від неї. Це є важливим і під час психологічної допомоги. Адже надто активні дії зі сторони дослідника чи консультанта лише провокуватимуть симптом гіперактивації, що супроводжується підвищеною дратівливістю, зростанням рівня агресії та внутрішнього напруження.

Також високі середні значення отримано за шкалою Дистресу та дезадаптації (17,4). Симптоматика полягає в тому, що жінка відчуває в'ялість протягом тривалого часу. Можуть бути порушення якості сну, проблеми із засинанням, а також часткова чи повна відсутність апетиту до їжі. Знижується рівень загального самопочуття.

Хочемо наголосити на тому, що отримані дані за додатковою шкалою Депресії (37,7) є надзвичайно втішними. Середній показник свідчить про те, що переважна більшість дружин військових продовжує знаходити радість у повсякденному житті та не втрачає інтерес до оточення. Вони не поринають цілком у проблему, а продовжують жити, знаходячи для себе приводи для радості.

Загалом, аналізуючи первинні загальні результати за вибіркою, отримані на базі опитувальника травматичного стресу І.О. Котеньова, ми можемо зробити висновок, що в дружин українських військових яскраво простежується симптоматика посттравматичного стресового розладу у

вигляді уникнення, гіперактивації, дистресу та дезадаптації. Вплив самої травмуючої події, вторгнення та схильність до депресії навпаки мають значення, що знаходяться в межах загальної норми. Але варто пам'ятати, що, не зважаючи на показники середніх значень, ми також бачимо, що показники мінімальних і максимальних значень показують на крайні прояви певних ознак у деяких респонденток нашої вибірки. Ми спробуємо проаналізувати, що саме може цьому посприяти.

Для того, щоб мати більш повне представлення стосовно вибірки, ми також зібрали інформацію про особливості психологічного стану дружин учасників бойових дій за допомогою Шкали психологічного благополуччя, розробленою Керол Ріфф.

Спираючись на середні показники отриманих результатів (таблиця 3.1.2.) ми можемо зробити висновок, що в дружин учасників бойових дій яскраво простежуються високі показники за шкалою Автономії (63,4). Високий бал вказує на самостійність і незалежність жінок, а також на їхню спроможність протистояти думці інших людей, зберігаючи вірність власній позиції. Їх не легко змусити діяти певним чином. Вони спроможні регулювати свою поведінку та самостійно оцінюють себе, відповідно до власних критеріїв, а не думки оточення. Це можна пояснити тим, що після мобілізації чоловіка, жінка переймає на себе нову відповідальність та нові обов'язки.

Середні значення за іншими шкалами знаходяться в межах загальної норми, але ми проаналізуємо більш детально кожен з них. Середній показник за шкалою Позитивних відносин (59,3) наближений до низького результату. Це свідчить про те, що респондентки мають довірливі стосунки з оточуючими, але кількість таких контактів дуже обмежена. Їм може бути складно відкриватися при спілкуванні. Також простежується схильність до ізоляції та фрустрації. Це пояснюється також небажанням повідомляти зайву інформацію через небезпечну діяльність чоловіка. Адже ніколи не можна бути впевненим, що потім це не буде використано проти них.

Хочемо наголосити, що під час проведення дослідження нам вдалося особисто відчувати це під час встановлення контакту з жінками. Було важливо переконати їх у анонімності та використанні отриманих даних виключно в навчальних цілях.

**Таблиця 3.1.2.**

**Загальні значення показників психологічного благополуччя дружин  
учасників бойових дій (N = 21)**

	Середні значення	Мода	Медіана	Мінімум	Максимум
Позитивні відносини	59,3810	59,00	61,0000	36,00	79,00
Автономія	63,4762	60,00	63,0000	34,00	77,00
Управління середовищем	58,2857	50,00	61,0000	25,00	76,00
Особистісний ріст	65,2857	52,00	67,0000	42,00	78,00
Цілі в житті	63,6190	60,00	65,0000	32,00	81,00
Самоприйняття	61,7619	63,00	63,0000	15,00	81,00
Психологічне благополуччя	366,5238	286,00	378,0000	196,00	457,00

Також звернемо увагу на шкали Управління середовищем, Особистісного росту та Цілей у житті. Незважаючи на те, що середні показники в усіх випадках знаходяться на рівні загальної норми, але показники моди (найбільш часто вживаної відповіді) є заниженими:

- управління середовищем – 50,00 (мінімальний показник за вибіркою = 25,00 та максимальний показник за вибіркою = 76,00 при можливому максимальному значенні 84);
- особистісний ріст – 52,00 (мінімальний показник за вибіркою = 42,00 та максимальний показник за вибіркою = 78,00 при можливому максимальному значенні 84).

Такий результат свідчить про те, що респондентки відчують складність ефективного використання тих можливостей, яке приносить життя. Вони схильні несвідомо ігнорувати ті умови та обставини, в яких було б можливим задовольнити свої внутрішні особисті потреби, отримавши при цьому задоволення. Респондентки схильні дотримуватися позиції: «тихіше їдеш – далі будеш». Що можна пояснити відсутністю почуття власної безпеки та захищеності.

Крім того, більшість жінок на даний момент відчуває відсутність власного розвитку. Вони не сприймають себе як «зростаючу» особистість. Через відсутність самореалізації виникає стан нудьги, втрачається інтерес до життя. А замість нової інформації думки наповнюються страхами та переживаннями.

Аналіз окремих питань із опитування респонденток показав, що 48% жінок (9,5 % абсолютно згодні та 38,1 % згодні) вважають, що їхнє повсякденне життя є банальним, а справи, якими вони займаються на постійній основі, є незначними (Рис. 3.1.3.). Думка стосовно того, що вони не роблять корисні для суспільства речі перетворюється у важкий тягар, який викликає додаткові переживання.

29. Мої повсякденні справи часто здаються мені банальними та незначними.

21 ответ

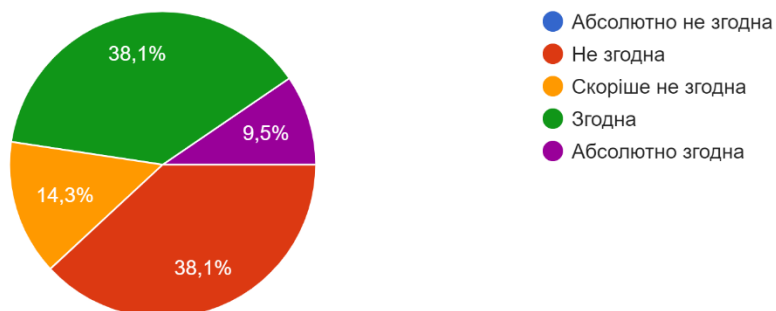


Рис. 3.1.3. Відсотковий розподіл вибірки за ставленням до побуту

Крім того, 52% респонденток зазначають, що не мають у своєму оточенні великої кількості близьких людей, яким би вони могли довіряти (Рис. 3.1.4.). Можливість виговоритися близькій людині без страху бути осудженим є важливою складовою для ефективного проживання негативної посттравматичної симптоматики, яка цілком за вибіркою знаходиться на високому рівні. Це пояснюється також і відсутністю поруч чоловіка.

31. У мене не так багато знайомих, готових вислухати мене, коли мені потрібно виговоритися.

21 ответ

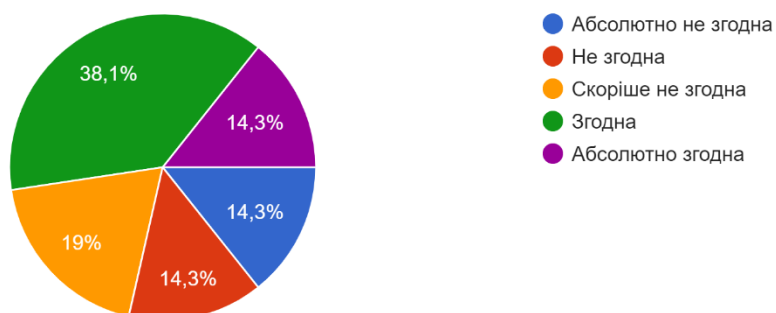


Рис. 3.1.4. Відсотковий розподіл вибірки за близьким оточенням

Отже, аналізуючи симптоматику посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій, ми можемо зробити висновок, що

сама травмуюча подія не відіграє вирішальну роль. Із плином часу первинна гостра реакція на травмуючу подію минає. Однак, було виявлено підвищений рівень Уникнення, Гіперактивності, Дистресу та Дезадаптації.

Це пояснюється тим, що жінки втратили можливість бути поруч зі своїм чоловіком, який складав найближче оточення та на якого можна було покладатися при вирішенні щоденних буденних питань. Натомість ми бачимо високий показник за шкалою Автономії.

Зробивши загальний аналіз, ми можемо перевірити, чи простежуються істотні відмінності у проявах симптоматики посттравматичного стресового розладу за різним сімейним стажем.

### 3.1.2. Психологічне благополуччя жінок за наявності або відсутності досвіду материнства в умовах мобілізації чоловіка

Зважаючи на те, що жінки та чоловіки можуть розпочати подружні стосунки в різному віці, нами було прийнято рішення зробити розподіл вибірки не просто за віковою диференціацією, а за кількістю часу, проведеного в шлюбі, а також за наявністю або відсутністю дітей у родині.

За результатами аналізу за критерієм Колмогорова-Смирнова виявлено, що розподіл результатів опитування за всіма діагностованими показниками відрізняється від нормального, тому для аналізу відмінностей в залежності від сімейної моделі було обрано U-критерій Манна-Уїтні.

Нижче наводимо результати відмінностей симптоматики посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій із різною сімейною моделлю, а саме: сім'я з дітьми чи подружжя без дітей (таблиця 3.2.1.).

**Таблиця 3.2.1.**

#### Відмінності прояву симптоматики посттравматичного стресу в жінок за досвідом материнства

Шкали симптоматики посттравматичного стресу	Є діти (n=9)	Без дітей (n=12)	U-критерій Манна-Уїтні	Критерій Уїлкоксона	Асимптотична значимість (двостор.)
Травмуюча подія	12,50	9,88	40,500	118,500	0,332
Вторгнення	13,11	9,42	35,000	113,000	0,175
Уникнення	10,50	11,38	49,500	94,500	0,747
Гіперактивація	10,33	11,50	48,000	93,000	0,669
Дистрес і дезадаптація	11,89	10,33	46,000	124,000	0,568
Депресія	10,89	11,08	53,000	98,000	0,943

Загальна симптоматика ПТСР	11,56	10,58	49,000	127,000	0,722
----------------------------------	-------	-------	--------	---------	-------

Отже, спираючись на результати порівняльного аналізу, ми можемо простежити відсутність статистично значущих відмінностей в залежності від наявності або відсутності дітей у родині ( $p \geq 0,001$ ). Таким чином бачимо, що досвід материнства не впливає на силу прояву симптоматики посттравматичного стресового розладу.

Крім цього, U-критерій Манна-Уїтні використали також для аналізу відмінностей особистісних якостей дружин учасників бойових дій із різною сімейною моделлю, а саме: сім'я з дітьми чи подружжя без дітей. Нижче наводимо результати відмінностей (таблиця 3.2.2.).

Таблиця 3.2.2.

**Відмінності психологічного благополуччя в жінок за досвідом  
материнства**

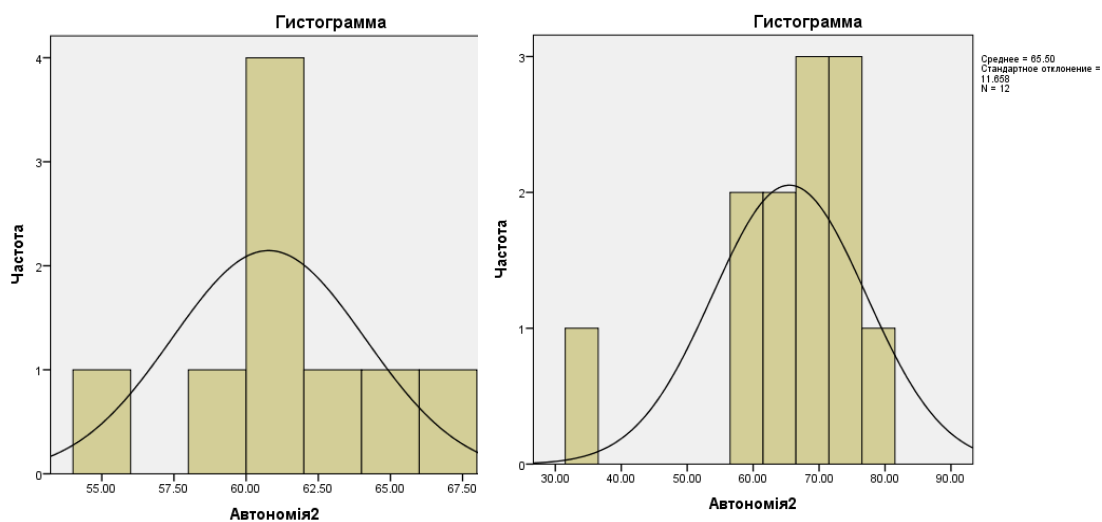
Шкали психологічного благополуччя	Є діти (n=9)	Без дітей (n=12)	U- критерій Манна- Уїтні	Критерій Уїлкоксона	Асимптотична значимість (двостор.)
Позитивні відносини	12,83	9,63	37,500	115,500	0,240
Автономія	<b>7,72</b>	<b>13,46</b>	<b>24,500</b>	<b>69,500</b>	<b>0,004</b>
Управління середовищем	11,83	10,38	46,500	124,500	0,594
Особистісний ріст	8,50	12,88	31,500	76,500	0,109
Цілі в житті	11,50	10,63	49,500	127,500	0,749
Самоприйняття	10,61	11,29	50,500	95,500	0,803

Психологічне благополуччя	10,67	11,25	51,500	96,000	0,831
---------------------------	-------	-------	--------	--------	-------

Отже, спираючись на результати порівняльного аналізу, ми можемо простежити наявність статистично значущих відмінностей між жінками, які вже стали матерями, та тими, хто ще не має дітей за шкалою Автономії ( $p \leq 0,001$ ). Таким чином бачимо, що жінки без дітей є більш самостійними. Їм легше відчувати незалежність і вони більш ефективно протидіють тиску зі сторони.

На представлених гістограмах ми можемо наглядно побачити різницю за шкалою Автономії між цими двома групами (Рис. 3.2.1.).

Даний результат є швидше очікуваним, зважаючи на тягар відповідальності, який привносить батьківство в життя подружжя. Жінки ж із дітьми виявилися більш залежними від думки зі сторони оточення та їхньої оцінки.



*Рис. 3.2.1. Різниця за рівнем Автономії  
(з дітьми – ліворуч; без дітей – праворуч)*

Отже, аналізуючи отриману інформацію, ми можемо зробити висновок, що наша гіпотеза була спростована, адже значущих відмінностей між двома групами жінок у залежності від досвіду материнства виявлено не було.

### 3.2. Математико-статистична обробка

Ми переконалися, що існують лише незначні відмінності рівня автономії в залежності від наявності чи відсутності дітей у родині, але значущої різниці в загальній симптоматиці виявлено не було. Однак, нам також важливо перевірити взаємозв'язки симптоматики посттравматичного стресового розладу та особистісних якостей дружин учасників бойових дій в залежності від їхнього сімейного стажу.

Загалом, існує багато різних класифікацій сімей, відштовхуючись від досвіду та часу проведеного разом. Наприклад, Гедімінас Навайтіс виокремив шість послідовних етапів, за якими відбувається розвиток сім'ї: період спілкування, укладання шлюбу, медовий місяць, етап молоді сім'ї, етап зрілої родини, сім'я людей похилого віку [29].

Інші вчені А.І. Антонов та В.М. Медков 1996 виокремлюють чотири основні стадії життєвого циклу [28], до яких відносяться:

- стадія добатьківства – період, який триває від укладання шлюбу до народження першої дитини;
- стадія репродуктивного батьківства – період, який триває від народження першої до народження останньої дитини;
- стадія соціалізації батьківства (стадія виховання) – період, який триває до виокремлення від батьків останньої дитини;
- стадія прабатьків – період, який триває від народження першого онука і до смерті одного з подружжя.

Але в рамках нашого дослідження ми звертаємося до класифікації В.А. Сисенка. Він виділив чотири стадії подружнього життя. Головним критерієм для їхнього розмежування є кількість років, які було прожито сумісно в шлюбі [31]. Розглянемо кожну зі стадій:

- дуже молоді шлюби - від 0 до 4 років спільного життя;

- молоді шлюби – від 5 до 9 років;
- середні шлюби – від 10 до 19 років;
- літні шлюби – понад 20 років спільного життя.

Отже, кожна сім'я розвивається, проходячи ряд стадій, які й складають життєвий цикл сім'ї. Нам важливо звернути на це увагу, кожна з них дає можливість особистісного зростання кожному з членів сім'ї.

Ми припускаємо, що існує взаємозв'язок між сімейним стажем і ступенем яскравості прояву симптоматики посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій. Вибірку було розподілено на 3 основні групи:

- перша група – до 5 років у шлюбі;
- друга група – від 5 до 10 років у шлюбі;
- третя група – більше 10 років у шлюбі.

За основу було взято класифікацію українського психолога та автора численних праць із питань психології сім'ї Володимира Анаталійовича Сисенка [31]. Варто зазначити, що в дослідженні не було виокремлено літні шлюби, як окрему групу через брак інформації. Як правило, літні шлюби мають люди старшого віку. В умовах сьогодення ми маємо дві причини, пов'язані з тим, чому вони не приймали участь у дослідженні. Перша причина полягає в тому, що чоловіків літнього віку рідше мобілізують і допускають до виконання бойових завдань за власним бажанням. Друга причина полягає в тому, що літні шлюби передбачають досить поважний вік подружжя. А зі старшим поколінням складно встановити довірливі відносини, працюючи дистанційно. Гугл форми та інші новітні технології сприймаються як щось небезпечне та загрозове.

Проаналізувавши особливості симптоматики посттравматичного стресового розладу дружин військових за наявності дітей, ми б хотіли

дослідити це питання через призму психологічно-соціального аспекту. Звичайно, зробити це можна різними шляхами, але ми вирішили надати перевагу кореляційному аналізу. З його допомогою ми зможемо отримати найбільш повну та змістовну інформацію. Крім того, кореляційний аналіз є найбільш зручним для інтерпретації та порівняння отриманих даних.

Для початку проаналізуємо загальні результати за всією вибіркою, а потім окремо за кожною з вище описаних груп (таблиця 3.2.1.).

Таблиця 3.2.1.

## Взаємозв'язки (загальні)

	Вторгнення	Уникнення	Дистрес і дезадаптація	Позитивні відносини	Управління середовищем	Особистісний ріст	Цілі на життя
Вторгнення	1	<b>0,504</b> *	<b>0,699</b> **	- 0,061	- 0,161	- 0,095	- 0,275
Уникнення	<b>0,504</b> *	1	<b>0,710</b> **	- 0,251	0,174	0,344	0,075
Дистрес і дезадаптац.	<b>0,699</b> **	<b>0,710</b> **	1	- 0,100	0,018	0,207	- 0,138
Позитивні відносини	- 0,061	- 0,251	- 0,100	1	<b>0,599</b> **	0,216	<b>0,459</b> *
Управління середовищ.	- 0,161	0,174	0,018	<b>0,599</b> **	1	<b>0,533</b> *	<b>0,722</b> **
Особистісний ріст	- 0,095	0,344	0,207	0,216	<b>0,533</b> *	1	<b>0,670</b> **
Цілі на життя	- 0,275	0,075	- 0,138	<b>0,459</b> *	<b>0,722</b> **	<b>0,670</b> **	1

\*\* - Кореляція значуща на рівні 0.01 (2-сторон.).

\* - Кореляція значуща на рівні 0.05 (2-сторон.).

Вторгнення. Дана шкала сильно корелює з рівнем Дистресу та Дезадаптації. Такий результат є очікуваним і підтверджує минулі показники. Нав'язливі спогади про травмуючу подію викликають негативні емоції та почуття. Це призводить до погіршення загального самопочуття, замкнутості. У респонденток із високими показниками за шкалою Вторгнення виявлено

скарги на млявість протягом дня, порушення апетиту та проблеми зі сном (або неможливість швидко заснути через неприємні думки та переживання, або пробудження посеред ночі).

Також кореляція середнього рівня простежується за шкалою Уникнення. Із цього ми можемо зробити висновок, що досліджуванні добре розуміють деструктивний характер власних негативних переживань і намагаються від них якщо не позбутися повністю, то хоча б зменшити їхню інтенсивність.

Уникнення. Окрім кореляції за шкалою Вторгнення, уникнення також взаємопов'язано з рівнем Дистресу та дезадаптації. Не дивлячись на те, що ці шкали вимірюють різні конструкти, кореляція між ними дає нам можливість стверджувати, що жінки, схильні до уникнення небезпечних або стресових ситуацій, можуть мати більш високий рівень дистресу. Це пояснюється тим, що уникнення може призводити до соціальної ізоляції та обмеження можливостей.

Позитивні відносини. Шкала позитивних відносин має сильні кореляційні зв'язки зі шкалою Управління середовищем. Із цього ми можемо зрозуміти, що підтримання довірливих стосунків із оточуючими сприяють формуванню в жінки відчуття контролю та впевненості. Жінкам, які мають достатню кількість соціальних зв'язків значно легше впоратися з тим, що чоловік пішов на війну. Вони мають більше доступу до ресурсів та підтримки, які допомагають їм досягти своїх цілей та керувати своїм життям більш ефективно. Середній рівень кореляції було виявлено між шкалою Позитивних відносин і Цілями на життя. Близькі стосунки з іншими людьми забезпечують почуття приналежності та соціальну підтримку, що, у свою чергу, допомагає покращити впевненість у собі та повагу до себе, без чого неможливе планування майбутнього життя.

2019 року було Джулія Роуз та Майкл Гроссер, опублікували дослідження в журналі "Journal of Social and Personal Relationships", де були схожі результати [69]. У цьому дослідженні автори виявили, що більш якісні

та підтримуючі стосунки з іншими людьми пов'язані з вищим рівнем добробуту, меншим рівнем тривоги та депресії, а також вищим рівнем задоволеності життям.

Управління середовищем. Високий рівень кореляції зі шкалою Цілей на життя має шкала Управління середовищем. Респондентки, які мають вищий рівень планування цілей на життя, також мають і високий рівень переживання контролю за своїм життям. Вони розуміють, що саме залежить від них, а на що навпаки не можуть повпливати.

Особистісний ріст. Шкала Особистісного росту має сильну кореляцію з Цілями на життя. Цілі є потужним мотиватором для особистого зростання, оскільки вони допомагають розставити пріоритети та розгледіти напрямок, у якому рухатися. Коли ми чітко бачимо, куди ми йдемо, це допомагає нам сфокусуватися на наших діях та приймати рішення, які відповідають нашим цілям. І, у свою чергу, наші досягнення в напрямку цих цілей зміцнюють наше почуття самоефективності, що сприяє подальшому особистому зростанню.

Отже, ми проаналізували результати кореляцій за загальною вибіркою. Але для нашого дослідження нам варто порівняти відмінності між трьома групами жінок, які було виокремлено в залежності від сімейного стажу. До першої групи ми віднесли респонденток, які перебувають у шлюбі зі своїм чоловіком менше 5 років (таблиця 3.2.2).

**Таблиця 3.2.2.**  
**Взаємозв'язки (1 група, до 5 років у шлюбі)**

	Вторгнення	Уникнення	Дистрес	Позитивні відносини	Управління середовищем	Особистісний ріст	Цілі на життя
Вторгнення	1	<b>0,714</b> *	<b>0,869</b> **	- 0,601	- 0,426	- 0,380	- 0,526
Уникнення	<b>0,714</b> *	1	<b>0,759</b> *	- 0,545	0,220	0,321	0,062

Дистрес	<b>0,869</b> **	<b>0,759</b> *	1	- 0,554	- 0,398	- 0,090	- 0,289
Позитивні відносини	- 0,601	- 0,545	- 0,554	1	0,328	0,188	0,259
Управління середовищ.	- 0,426	0,220	- 0,398	0,328	1	<b>0,817</b> *	<b>0,718</b> *
Особистісний ріст	- 0,380	0,321	0,188	0,188	<b>0,817</b> *	1	<b>0,893</b> **
Цілі на життя	- 0,526	0,062	0,259	0,718	<b>0,718</b> *	<b>0,893</b> **	1

\*\* - Кореляція значуща на рівні 0.01 (2-сторон.).

\* - Кореляція значуща на рівні 0.05 (2-сторон.).

За шкалами Вторгнення, Уникнення та Дистресу результати подібні до загальної вибірки. Однак, нашу увагу привернула шкала Позитивних відносин. Цікаво, що серед респонденток, які перебувають у шлюбі зі своїм чоловіком менше 5 років не виявлено жодних кореляцій за даною шкалою.

Друга група респонденток, які перебувають у шлюбі від 5 до 10 років, мають відмінні результати (таблиця 3.2.3.). Тут повертається кореляція між шкалами Позитивних відносин та Управління середовищем. Із цього ми можемо зробити висновок, що в жінок із більшим сімейним стажем зростає й прагнення до контролю оточення. Вони звикли до більш стабільного та передбачуваного стилю життя, де все відбувається за встановленими ними правилами. Крім того, триваліші подружні стосунки сприяють більш позитивним відносинам зі сторони оточення. Така людина сприймається як надійніша від чого й формується вищий рівень підтримки та допомоги з боку інших людей, що, в свою чергу, підвищує почуття контролю над оточенням.

Що стосується шкали Особистісного росту, то тут не було виявлено жодних кореляцій. Цьому може сприяти те, що увага фокусується на мобілізованого чоловіка, який стає домінуючою фігурою. Як наслідок, жінка перестає прагнути особистого зростання та розвитку своїх інтересів.

**Таблиця 3.2.3.**

**Взаємозв'язки (2 група, від 5 до 10 років у шлюбі)**

	Вторгнення	Уникнення	Дистрес	Позитивні відносини	Управління середовищем	Особистісний ріст	Цілі на життя
Вторгнення	1	0,511	0,764	-0,606	-0,735	-0,086	-0,675
Уникнення	0,511	1	0,549	-0,515	-0,247	0,286	0,108
Дистрес	0,764	0,549	1	-0,200	-0,155	0,461	-0,225
Позитивні відносини	-0,606	-0,515	-0,200	1	<b>0,857*</b>	0,642	0,675
Управління середовищем	-0,735	-0,247	-0,155	<b>0,857*</b>	1	0,709	<b>0,870*</b>
Особистісний ріст	-0,086	0,286	0,461	0,642	0,709	1	0,717
Цілі на життя	-0,675	0,108	-0,225	0,675	<b>0,870*</b>	0,717	1

\*\* - Кореляція значуща на рівні 0.01 (2-сторон.).

\* - Кореляція значуща на рівні 0.05 (2-сторон.).

Аналізуючи показники третьої групи респонденток, сімейний стаж яких перевищує 10 років, було виявлено зворотню кореляцію між шкалами Вторгнення та Цілями на життя (таблиця 3.2.4.). При цьому шкала Вторгнення відображає високий рівень тривожності через спогади про травмуючу подію, що заважає формуванню життєвих цілей. Таким чином, високий рівень за шкалою вторгнення зменшує інтенсивність життєвих цілей, пов'язаних з особистісним зростанням та розвитком відносин з іншими людьми.

Зворотній кореляційний зв'язок Дистресу зі шкалами Позитивних відносин і Управлінням середовища був очікуваний. Але нас зацікавив той факт, що яскраво вираженою дана кореляція є лише в останній вибірці.

**Таблиця 3.2.4.**

**Взаємозв'язки (3 група, більше 10 років у шлюбі)**

	Вторгнення	Уникнення	Дистрес	Позитивні відносини	Управління середовищем	Особистісний ріст	Цілі на життя
Вторгнення	1	0,469	0,561	- 0,754	- 0,165	- 0,471	- <b>0,792</b> *
Уникнення	0,469	1	0,730	- 0,662	- 0,520	0,437	0,348
Дистрес	0,561	0,730	1	- <b>0,786</b> *	- <b>0,795</b> *	0,677	0,670
Позитивні відносини	- 0,754	- 0,662	- <b>0,786</b> *	1	0,531	0,309	0,515
Управління середовищем	- 0,165	- 0,520	- <b>0,795</b> *	0,531	1	0,282	0,378
Особистісний ріст	- 0,471	0,437	0,677	0,309	0,282	1	<b>0,802</b> *
Цілі на життя	- <b>0,792</b> *	0,348	0,670	0,515	0,378	<b>0,802</b> *	1

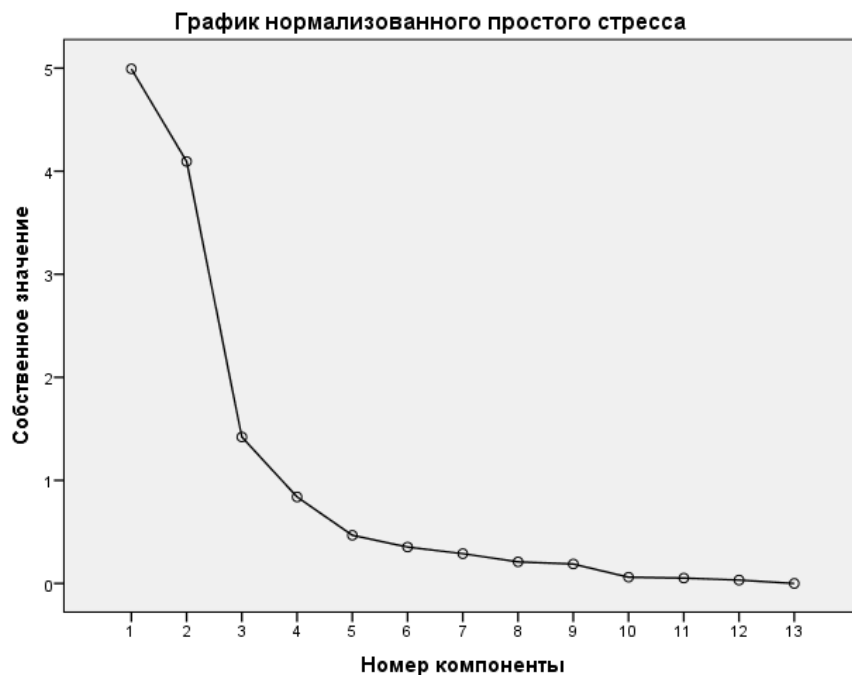
\*\* - Кореляція значуща на рівні 0.01 (2-сторон.).

\* - Кореляція значуща на рівні 0.05 (2-сторон.).

Для того, щоб виявити приховані структури, скоротити число змінних, виявити загальну структуру взаємозв'язків і редукувати дані, ми звернулися до факторного аналізу. Проведене дослідження налічує велику кількість шкал, які вимірюють окремі аспекти. За допомогою факторного аналізу спробуємо подивитися, чи вдасться їх об'єднати в невелику кількість окремих факторів, щоб отримати більш загальне уявлення.

Після первинного обрахунку та розгляду графіку (Рис. 3.2.1.) ми розраховувати отримати 4 фактори. Однак, подальший обрахунок здійснювався за методом «Найбільшої правдоподібності». А тому четвертий

фактор довелося прибрати з інтерпретації, адже його значущість була значно нижчою за інші. Тому наприкінці залишилося лише три з них.



*Рис. 3.2.1. Графік факторного розподілу*

Отже, аналізуючи отримані дані, ми можемо виокремити 3 фактори (таблиця 3.2.5.):

- 1 фактор: управління середовищем, особистісний ріст і цілі на життя;
- 2 фактор: вторгнення, уникнення, дистрес і дезадаптація;
- 3 фактор: позитивні відносини.

Це дозволяє нам говорити про 3 різні моделі реагування жінок на травматичну подію, за основу чого було взято концепцію Магомеда-Емінова [40]. Перший фактор відповідає диспозиційній моделі, де детермінантою виступає власне особистість жінки. Його головною ознакою є суб'єктивність. Основу фактору складають індивідуально-психологічні особливості, професійні компетенції та соціальні навички жінок. Кожен компонент впливає на ступінь ефективності при боротьбі з симптоматикою посттравматичного стресового розладу.

Другому фактору відповідає реактивна модель. Тут увага акцентується саме на травмуючій ситуації та стресовій події. Такі жінки більше схильні до стресу та негативних реакцій. Їм складніше звільнитися від негативних думок і продовжувати жити, плануючи власне майбутнє. Респондентки відчують значно вищий рівень тривожності та депресії у відповідь на травматичну подію, в порівнянні з першими.

Третій фактор описується інтеракційною моделлю, де відбувається врахування взаємодії з оточенням. Головною відмінністю останнього фактору від попередніх є те, що тут стресори оцінюються через призму комунікації. Тобто встановлення та підтримка теплих стосунків із іншими допомагають жінці впоратися з симптоматикою посттравматичного стресового розладу. Наприклад, соціальна підтримка допомагає зменшити вплив стресорів, тоді як соціальна ізоляція навпаки збільшує його вплив.

Таблиця 3.2.5.

## Факторні навантаження

	Фактор		
	1	2	3
Вторгнення	- 0,218	<b>0,769</b>	0,072
Уникнення	0,317	<b>0,752</b>	- 0,294
Дистрес і дезадаптація	0,042	<b>0,922</b>	- 0,035
Позитивні відносини	0,294	- 0,085	<b>0,951</b>
Управління середовищем	<b>0,743</b>	0,010	0,401
Особистісний ріст	<b>0,779</b>	0,157	0,000
Цілі на життя	<b>0, 868</b>	- 0,173	0,199

Отже, беручи до уваги результати кореляційного та факторного аналізу, ми можемо виокремити особливості кожної групи жінок у залежності від сімейного стажу. У жінок, які перебувають у шлюбі менше 5 років, більше простежуються нав'язливі спогади про травмуючу подію, які викликають негативні емоції та почуття. Це призводить до погіршення загального самопочуття, замкнутості. Досліджувані добре розуміють деструктивний характер власних негативних переживань і намагаються від них якщо не позбутися повністю, то хоча б зменшити їхню інтенсивність.

У жінок, які перебувають у шлюбі від 5 до 10 років, зростає прагнення до контролю оточення. Вони звикли до більш стабільного та передбачуваного стилю життя, де все відбувається за встановленими ними правилами. Однак, саме в них найбільша увага фокусується на мобілізованого чоловіка, який стає домінуючою фігурою. Як наслідок, жінка перестає прагнути особистого зростання та розвитку своїх інтересів, що перешкоджає ефективному подоланню симптоматики посттравматичного стресового розладу.

Остання група жінок, які перебувають у шлюбі більше 10 років найбільше фокусується на підтримку позитивних стосунків із оточенням. Для них важливо відчувати любов, тепло та підтримку. Ми можемо пояснити це й старшим віком респонденток. Молоді люди частіше фокусуються на майбутнє та власну самореалізацію. З часом фокус уваги змінюється на сімейні цінності. Саме тому представниці третьої групи переживають негативну посттравматичну симптоматику саме при відсутності близької людини поруч. Сильний зворотній кореляційний зв'язок Дистресу зі шкалою Позитивних відносин яскраво виражений саме в останній вибірці.

### 3.3. Розробка типів психологічної підтримки

Деякі з загальних форм психологічної підтримки жінок, чиї чоловіки пішли на війну, можуть включати:

- індивідуальні консультації з психологом – тут головна увага акцентується на обговоренні емоцій жінки, її страхів і побоювань стосовно майбутнього, пов'язані з відсутністю чоловіка та можливими наслідками війни;
- групові сесії підтримки – у них приймають участь й інші жінки, які опинилися в подібній ситуації, щоб поділитися своїми почуттями та навчитися новим стратегіям, які допомагають справлятися з негативною симптоматикою посттравматичного стресового розладу;
- різні програми підтримки – як правило, такий вид допомоги організовують волонтери, що може включати допомогу в догляді за дітьми, доставку продуктів, допомогу в управлінні фінансами, юридичну підтримку та інші види допомоги, які можуть допомогти знизити стрес і покращити якість життя;
- інформаційна підтримка – доступ до інформації про здоров'я, медичне обслуговування, доступ до соціальних програм та інші ресурси, які можуть бути корисні під час відсутності чоловіка;
- онлайн-ресурси та програми, які можуть допомогти жінкам впоратися зі стресом, такі як програми для медитації, програми для сну та інші;
- рекреаційні та творчі програми – допомагають жінкам відволіктися від стресу та набути нових навичок та знань, таких як програми з вивчення мов, музичні та художні курси.

Зважаючи на інформацію, отриману під час проведення нашого дослідження, було б доречно розробити окремі рекомендації для кожної групи жінок, враховуючи їхній сімейний стаж та особливості загальної симптоматики посттравматичного стресового розладу за кожною групою.

Жінкам із сімейним стажем до 5 років рекомендується звернути увагу на психологічну допомогу, спрямовану на усвідомлення та прийняття травмуючої ситуації. Важливо навчитися механізмам подолання стресу та відновлення психічної стабільності саме шляхом свідомого поступового переживання травми. Жінкам, які перебувають у шлюбі до 5 років, притаманна реактивна модель реагування на травмуючу подію. Одже, одним із найбільш ефективних шляхів допомоги буде навчити клієнтку правильно відреагувати на цей досвід шляхом обговорення та переживання думок і відчуттів, пов'язаних із травмою. Це допоможе жінці знову відчути свій власний контроль над життям.

Для реактивної моделі рекомендується психологічна підтримка у вигляді вираження співчуття та розуміння. Робота має бути спрямована на розвиток механізмів подолання стресу та відновлення психологічної стабільності.

Жінками, які мають сімейний стаж від 5 до 10 років, легше пережити мобілізацію чоловіка, відвідуючи тренінги розвитку соціально-психологічних компетенцій, таких як управління емоціями, комунікативні навички і т.п. Це допоможе змінити фокус уваги від партнера та згадати про те, що вони мають своє власне життя.

Для диспозиційної моделі рекомендується психологічна праця над формуванням готовності до різних життєвих ситуацій.

Жінкам, які знаходяться в шлюбі понад 10 років, варто розглянути варіанти групової психотерапії, які будуть спрямовані на покращення міжособистісних відносин та розвиток комунікативних навичок. Соціальна підтримка допомагатиме зменшити вплив стресорів, тоді як соціальна ізоляція навпаки посилюватиме його вплив.

### Висновок до 3 розділу

Було з'ясовано, що в дружин учасників бойових дій яскраво простежується загальна симптоматика посттравматичного стресового розладу. Вони складають окрему категорію постраждалих, у зв'язку з переживанням травматичних подій своїх партнерів.

Аналізуючи симптоматику посттравматичного стресового розладу в дружин учасників бойових дій, ми можемо зробити висновок, що сама травмуюча подія не відіграє вирішальну роль. Із плином часу первинна гостра реакція на травмуючу подію минає. Однак, було виявлено підвищений рівень Уникнення, Гіперактивації, Дистресу та Деадаптації.

Це пояснюється тим, що жінки втратили можливість бути поруч зі своїм чоловіком, який складав найближче оточення та на якого можна було покладатися при вирішенні щоденних буденних питань. Натомість ми бачимо високий показник за шкалою Автономії.

Виявлено відсутність статистично значущих відмінностей у залежності від наявності або відсутності дітей у родині. Таким чином бачимо, що досвід материнства не впливає на силу прояву симптоматики посттравматичного стресового розладу, що спростовує нашу першу гіпотезу.

У жінок, які перебувають у шлюбі менше 5 років, більше простежуються нав'язливі спогади про травмуючу подію, які викликають негативні емоції та почуття. Це призводить до погіршення загального самопочуття, замкнутості. Досліджувані добре розуміють деструктивний характер власних негативних переживань і намагаються від них якщо не позбутися повністю, то хоча б зменшити їхню інтенсивність.

У жінок, які перебувають у шлюбі від 5 до 10 років, зростає прагнення до контролю оточення. Вони звикли до більш стабільного та передбачуваного стилю життя, де все відбувається за встановленими ними правилами. Однак,

саме в них найбільша увага фокусується на мобілізованого чоловіка, який стає домінуючою фігурою. Як наслідок, жінка перестає прагнути особистого зростання та розвитку своїх інтересів, що перешкоджає ефективному подоланню симптоматики посттравматичного стресового розладу.

Остання група жінок, які перебувають у шлюбі більше 10 років найбільше фокусується на підтримку позитивних стосунків із оточенням. Для них важливо відчувати любов, тепло та підтримку. Ми можемо пояснити це й старшим віком респонденток. Молоді люди частіше фокусуються на майбутнє та власну самореалізацію. З часом фокус уваги змінюється на сімейні цінності. Саме тому представниці третьої групи переживають негативну посттравматичну симптоматику саме при відсутності близької людини поруч. Сильний зворотній кореляційний зв'язок Дистресу зі шкалою Позитивних відносин яскраво виражений саме в останній вибірці.

Отримані результати є надзвичайно цінними та свідчать про те, що симптоматика посттравматичного стресового розладу в дружин військових залежить від сімейного стажу. Отже, ми підтвердили третю гіпотезу.

## ВИСНОВКИ

1. Отже, в даній роботі було детально розглянуто точки зору видатних психологів стосовно симптоматики посттравматичного стресового розладу. Ми вивчили історію розвитку даного розладу, починаючи від стародавнього Риму та Греції, закінчуючи сьогоднішнім. Кожен із авторів спирається на власне бачення цього явища, але всі вони описують подібну симптоматику: гіперзбудження (очікування повторення небезпеки), інтрузія (відбиток, який залишився після пережитої травми) та констрикція (реакція заціпеніння). Окрім загальної симптоматики ми розглянули специфіку походження посттравматичного стресового розладу. Було виокремлено три основні моделі: реактивна, диспозиційна та інтеракційна.

2. Ми виокремили 3 фактори, що впливають на інтенсивність симптоматики посттравматичного стресового розладу у дружин учасників бойових дій:

- 1 фактор: управління середовищем, особистісний ріст і цілі на життя;
- 2 фактор: вторгнення, уникнення, дистрес і дезадаптація;
- 3 фактор: позитивні відносини.

Це дозволяє нам говорити про 3 різні моделі реагування жінок на травматичну подію, за основу чого було взято концепцію Магомед-Емінова [58]. Перший фактор відповідає диспозиційній моделі, де детермінантою виступає власне особистість жінки. Його головною ознакою є суб'єктивність. Другому фактору відповідає реактивна модель. Тут увага акцентується саме на травмуючій ситуації та стресовій події. Третій фактор описується інтеракційною моделлю, де відбувається врахування взаємодії з оточенням.

3. Аналізуючи результати емпіричне дослідження, ми можемо зробити висновок, що експериментальні гіпотези частково підтвердилися. Обробивши отриману інформацію, ми побачили, що значущих відмінностей між двома групами жінок у залежності від досвіду материнства виявлено не було. Однак, подальший обрахунок даних дозволив виявити відмінності симптоматики

посттравматичного стресового розладу, в залежності від сімейного стажу. Отже, ми підтвердили нашу другу гіпотезу.

4. Провівши емпіричне дослідження та проаналізувавши результати, було виявлено відмінності симптоматики посттравматичного стресового розладу від сімейного стажу. У жінок, які перебувають у шлюбі менше 5 років, більше простежуються нав'язливі спогади про травмуючу подію, які викликають негативні емоції та почуття. Це призводить до погіршення загального самопочуття, замкнутості. Досліджувані добре розуміють деструктивний характер власних негативних переживань і намагаються від них якщо не позбутися повністю, то хоча б зменшити їхню інтенсивність.

У жінок, які перебувають у шлюбі від 5 до 10 років, зростає прагнення до контролю оточення. Вони звикли до більш стабільного та передбачуваного стилю життя, де все відбувається за встановленими ними правилами. Однак, саме в них найбільша увага фокусується на мобілізованого чоловіка, який стає домінуючою фігурою. Як наслідок, жінка перестає прагнути особистого зростання та розвитку своїх інтересів, що перешкоджає ефективному подоланню симптоматики посттравматичного стресового розладу.

Остання група жінок, які перебувають у шлюбі більше 10 років найбільше фокусується на підтримку позитивних стосунків із оточенням. Для них важливо відчувати любов, тепло та підтримку. Ми можемо пояснити це й старшим віком респонденток. Молоді люди частіше фокусуються на майбутнє та власну самореалізацію. З часом фокус уваги змінюється на сімейні цінності. Саме тому представниці третьої групи переживають негативну посттравматичну симптоматику саме при відсутності близької людини поруч. Сильний зворотній кореляційний зв'язок Дистресу зі шкалою Позитивних відносин яскраво виражений саме в останній вибірці.

5. Зважаючи на інформацію, отриману під час проведення нашого дослідження, було також розроблено окремі рекомендації для кожної групи

жінок, враховуючи їхній сімейний стаж та особливості загальної симптоматики посттравматичного стресового розладу за кожною групою.

Важливо розуміти, що невпевненість, почуття безпорадності та тривога при думці стосовно можливої самотності виростають високою стіною на шляху до формування щасливого життя. Це необхідно пам'ятати та враховувати під час психологічної практики та роботи з клієнтами.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
2. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с
3. Ахмедова Х.Б. Мирные жители в условиях военных действий: личностные черты и расстройства адаптации // Психолог. журн. – - 2003. - Т.24. - №3. – С. 37– 44.
4. Блінов О. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ / О. Блінов // Вісн. Нац. ун-ту оборони України. – 2021. – № 6. – С. 5–18.
5. Богомолець О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолець // Національна програма охорони психічного здоров'я. Важливі кроки на шляху перетворення.— К., Нейроньюс, 2017.— С. 105–112.
6. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб. : Питер, 2006. – 520 с.
7. Варлакова Є.О. Роль і місце родин в адаптації та реабілітації учасників АТО / Є.О Варлакова // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – С. 80-83
8. Вахненко С. В. Проблемні питання медичної допомоги в умовах воєнного стану / С. В. Вахненко // Укр. мед. часопис.
9. Военная психология / под ред. А.Г. Маклакова. – СПб., 2004. – 464 с.

10. Герман П. Проблемы со сном у ветеранов с посттравматическим стрессовым расстройством. Департамент США по делам ветеранов: Национальный центр посттравматических стрессов. 2020 г.
11. Гуменюк Л. Й. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм / Л. Й. Гуменюк, О. В. Федчук // Наук. вісн. Львів. держ. ун-ту внутр. справ. Сер. психологічна. – 2016. – № 1. – С. 228–240.
12. Гунько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу / Б. А. Гунько // Вісн. Вінниц. нац. мед. ун-ту. – 2015. – Т. 19, № 1. – С. 216–219.
13. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування / К. Давіденко // Укр. мед. часопис.
14. Данілевська Н. В. Сучасні особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців ЗСУ / Н. В. Данілевська // Мед. психологія. – 2018. – Т. 13, № 3. – С. 64–66.
15. Дослідження проведене БФ «Майнді» та компанією Kantar Україна спільно з Інститутом соціальної та політичної психології НАПН України, 2022, [Електронний ресурс]. – [<https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-prezentovali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-naselennja--> ]
16. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб., 2001. – С. 505-507.
17. Методическое пособие для практических психологов Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие / Редактор составитель Д.Я. Райгородский. – Самара: Бахрам-М, 2001.
18. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
19. Журавльова Н.Ю. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих дружин атовців / Н. Ю. Журавльова // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових 145 праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН

- України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2015. — Вип.11. — С. 76-84
- 20.Кісарчук З.Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок травмівних подій: досвід, узагальнення, висновки / З. Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2015. — Вип.11. — С. 7-20.
- 21.Кляпець О.Я. Вплив наслідків переживання травматичних подій ветеранами на їх сімейні взаємини / О.Я Кляпець // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – С. 161-164.
- 22.Кодекс України, Закон, Кодекс від 10.01.2002 № 2947-III [Електронний ресурс]. – [ <https://vkd.kiev.ua/zakony/simeinyi-kodeks-ukrainy/simeinyi-kodeks-ukrainy-z-komentariamy/> ]
- 23.Колесник М. Посттравматичний стресовий розлад: діагностика, терапія, реабілітація // Укр. медичний часопис: актуальні питання клінічної практики.— 2015.— № 4 (108).— С. 8–10.
- 24.Корнієнко І.О. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям - жертвам військового конфлікту : практ. посіб. / І. О. Корнієнко, І. М. Лісовецька, Ю. А. Луценко, Д. Д. Романовська. – Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. – 152 с.
- 25.Котенєв І.О. Опитувач травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків несення служби працівниками ОВС в екстремальних умовах. - М.,1996.
- 26.Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації / пер. з англ. ; Міжнародний медичний корпус. – Київ : ПУЛЬСАРИ, 2017. – 216 с.

27. Кікінчук В.В., Книженко С.О., Савчук Т.І. Домедична підготовка : навч. посіб. – Харків : ХНУВС, 2021. – 176 с.
28. Медков В. М., Антонов А. И. Семья // Социолог. Энциклопедия. В 2 т. Т. 2. М., 2003. С. 394.
29. Навайтис Г. Семья в психологической консультации. – М.: Московский психолого-социальный институт, 1999. – 224 с.
30. Національний інститут психічного здоров'я. Посттравматичний стресовий розлад. [Електронний ресурс]. – [\[https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml\]](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml)
31. Сисенко В.А. Психологія сімейних відносин, Київ, Видавничий дім "Слово", 2002.
32. Фролова Л. П. Посттравматическое стрессовое расстройство: распространенность, причины, клиника, течение, вопросы лечения и социально-психологической реабилитации // Научно-практический журнал «Инвалиды и общество». –2016. – № 2(20). – С. 66–69.
33. Юрченко В.Д., Крилюк В.О., Гудима А.А. Домедична допомога в умовах бойових дій : метод. посіб. – Київ : Середняк Т.К., 2014. – 80 с.
34. Abram Kardiner and Herbert Spiegel, War Stress and Neurotic Illness, – New York: Hoeber, 1947.
35. American Psychological Association. [Електронний ресурс]. – [\[https://www.apa.org/topics/ptsd\]](https://www.apa.org/topics/ptsd)
36. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, vol. 3 (DSM-III). – Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980. – P. 236.
37. D.R. Jones, Secondary Disaster Victims: The Emotional Effects of Recovering and Identifying Human Remains. – American Journal of Psychiatry, 1985. – P. 303-307.
38. E. Erikson, Childhood and Society. – New York: Norton, 1963.

- 39.E. Hilberman, The Wife-Beater's Wife' Reconsidered. – American Journal of Psychiatry, 1980. – P. 1341.
- 40.E. Hilgard, Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action. – New York, 1977.
- 41.Erichsen F.E. On Railway and Other Injuries of the Nervous System. – London, 1867. – 103 p.
- 42.E. Stark and A. Fliteraft, Personal Power and Institutional Victimization: Treating the Dual Trauma of Woman Battering, in Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence. – New York, 1988. – P. 140-141.
- 43.Freud, Pleasure Principle.
- 44.Gilligan S.G. Eriksonian approaches to clinical hypnosis // Eriksonian approaches to clinical hypnosis and psychotherapy, 1982. – P. 61-67.
- 45.Grinker and Spiegel, Men Under Stress; Figley and Levantman, Strangers At Home, 1945.
- 46.H. Hendin and A.P. Haas, Wounds of War, The Psychological Aftermath of Combat in Vietnam. – New York, 1984.
- 47.Horowitz M. J. Arch. Gen. Psychiatry, 1974. – P. 768-781.
- 48.H. Spiegel, Інтерв'ю, 14 травня, 1990.
- 49.I.L. McCann and L.A. Pearlman, Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. – Journal of Traumatic Stress, 1990. – P. 131-150.
- 50.Inescapable Shock, Neurotransmitters, and Addiction to Trauma: Toward a Psychobiology of Post Traumatic Stress. – Biological Psychiatry, 1985. – P. 314-325.
- 51.International Society for Traumatic Stress Studies. [Електронний ресурс]. – [<https://www.istss.org/public-resources/what-is-ptsd> ]
- 52.J.H. Shore, E.L. Tatum, and W.M. Vollmer, Psychiatric Reactions to Disaster. – American Journal of Psychiatry, 1986. – P. 590-596.
- 53.Judith Herman. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - from Domestic Abuse to Political Terror. – New York : Basic Books, 1997. – 304 p.

54. J. Wolfe and T. Keane, Інтерв'ю, січень 1991.
55. Kalmykova E.S., Misko E.A., Tarabrina N.V. Features of psychotherapy of a post-traumatic stress // Psychological journal, 2001. – P. 70-80.
56. Kaplan G., Sedok B. Clinical psychiatry. M.: Medicine, 1994. – 672 pp.
57. L.C. Kolb and L.R. Multipassi, The Conditioned Emotional Response: A Subclass of Chronic and Delayed Post-Traumatic Stress Disorder, 1982. – P. 979-987.
58. Magomed-Eminov M.Sh. A person and extreme life situation // The Bulletin of the Moscow university, 1996. – P. 47-61.
59. M. Gibbs, Factors in the Victim That Mediate Between Disaster and Psychopathology: A Review. – Journal of Traumatic Stress, 1989. – P. 489-514.
60. M. Horowitz, Stress response Syndromes, 1986. – P. 93-94.
61. Myers C.S. Lancet, 1915. – P. 316-320
62. National Institute of Mental Health. [Електронний ресурс]. – [\[https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd\]](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd)
63. N.C. Andreasen, Posttraumatic Stress Disorder, in Comprehensive Textbook of Psychiatry. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1985. – P. 918-924.
64. Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. – Berlin, 1889. – 176 p.
65. Padun M.A., Tarabrina N.V. Cognitive and personal aspects of a post-traumatic stress experience // Psychological journal, 2004. – P. 7.
66. Petrova E.Y., Samsonova E.V. How to prevent negative consequences of children's stress. M.: Academia, 2010. – P. 11-12
67. R.B. Flannery, Social Support and Psychological Trauma: A Methodological Review. – Journal of Traumatic Stress, 1990. – P. 593-611.
68. R. Janoff-Bulman, The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions, in Trauma and Its Wake. – New York, 1985. – P. 15-35.
69. Rose M. Buckley & Grosser T.J. Cyberstalking and perceptions of social support: The mediating role of perceived stress. Journal of Social and Personal Relationships, 2019, 36(7), 2175-2192.

- 70.R. Pitman, Post-Traumatic Stress Disorder, Hormones and Memory, *Biological Psychiatry*, 1989. – P. 221-223.
- 71.Showalter, *The Female Malady*, 1987. – P. 168-170.
- 72.S.S. Luther and E. Zigler, Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. – *American Journal of Orthopsychiatry*, 1991. – P. 6-22.
- 73.Tarabrina N.V., *Workshop on psychology of a post-traumatic stress*. M., 2001. – 240 pp.
- 74.T.M. Keane, R. T. Zimering, and J.M. Caddell, A Behavioral Formulation of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans, 1985. – P. 9-12.
- 75.T. O'Brien, How to Tell a True War Story, in *The Things They Carried*. – Boston, 1990. – P. 88.
- 76.Walker, *The Battered Woman*, 1980. – P. 288.
- 77.W. Owen, *The Great War and Modern Memory*. – London: Oxford University Press, 1975. – 327.
- 78.Yalom, *Group Psychotherapy*, 45.

## Анкета

1. Вкажіть Ваш вік:

\_\_\_\_\_

2. Вкажіть кількість років у шлюбі:

\_\_\_\_\_

3. Місце перебування:

- Вдома
- Вимушено змінила місце проживання (в межах України)
- Вимушено змінила місце проживання (в іншій країні)
- Інше:

4. Чоловік пішов на війну:

- За власним бажанням
- Вимушена мобілізація
- Інше:

5. Чи маєте Ви дітей?

- Так
- Ні

**ДОДАТОК 2****Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу**

У Вашому житті коли-небудь траплялася подія, настільки страшна, що протягом останніх 30 днів:

1. Вам снилися кошмари або Ви постійно проти своєї волі думали про цю подію?

- ТАК
- НІ

2. Ви докладали зусиль до того, щоб не думати про нього або спеціально уникали ситуацій, які нагадували Вам про цю подію?

- ТАК
- НІ

3. Ви були постійно насторожі і здригалися з кожного приводу?

- ТАК
- НІ

4. Відчували себе спустошеним або відрізаним від інших людей, занять або зовнішнього світу?

- ТАК
- НІ

## ДОДАТОК 3

## Опитувальник травматичного стресу І.О. Котєнєва

1. Вранці я прокидаюся свіжим та відпочилим.
2. Я добре координую свої рухи.
3. Я відчуваю втому.
4. Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.
5. Раптово у мене буває сильне серцебиття.
6. Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.
7. Світ, який мене оточує, здається нереальним.
8. Я здригаюся від раптового шуму.
9. Я настільки живо згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх.
10. Я абсолютно здоровий фізично.
11. Мені приносить задоволення знаходитися серед людей.
12. Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.
13. Мене не можна звинуватити в тому, що я розсіяний.
14. Я часто бачу один і той же страшний сон.
15. Безумовно, я винуватий перед людьми.
16. Дурниці дратують мене.
17. Я намагаюся не дивитися телевизор, якщо показують хроніку драматичних подій.
18. Мені подобається моя робота.
19. Я пережив серйозну втрату.
20. Я добре висипаюся ночами.
21. Я ніколи не бачу страшних снів.
22. Іноді мені хочеться напиться.
23. Мої близькі сильно турбуються через мою роботу.
24. У мене буває відчуття, що час тече ніби уповільнено.
25. Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.
26. Багато речей втратили для мене інтерес.
27. Без жодного приводу я можу вийти із себе.
28. Мені слід було б дотримуватися дієти.
29. Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.
30. Буває, що я забуваю речі.
31. Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.
32. Мені необхідно краще контролювати емоції.
33. Минулі події підчас згадуються більш яскраво, ніж те, що відбувається зараз.
34. Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.

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

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

**ДОДАТОК 4****Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова**

1. Більшість моїх знайомих вважають мене люблячою і відданою людиною.
2. Іноді я змінюю свою поведінку чи спосіб мислення, щоб не виділятися.
3. Як правило, я вважаю себе відповідальним за те, як я живу.
4. Мене не цікавлять заняття, які принесуть результат у віддаленому майбутньому.
5. Мені приємно думати про те, що я зробив у минулому і сподіваюся зробити в майбутньому.
6. Коли я озираюся назад, мені подобається, як склалося моє життя.
7. Підтримка близьких стосунків була пов'язана для мене із труднощами та розчаруваннями.
8. Я не боюся висловлювати свою думку, навіть якщо вона суперечить думці більшості.
9. Вимоги повсякденного життя часто пригнічують мене.
10. В принципі, я вважаю, що з часом дізнаюся про себе дедалі більше.
11. Я живу сьогоднішнім днем і не особливо замислююсь про майбутнє.
12. Загалом я впевнений у собі.
13. Мені часто буває самотньо через те, що у мене мало друзів, з якими я можу поділитися своїми проблемами.
14. На мої рішення зазвичай не впливає те, що роблять інші.
15. Я не дуже добре вписуюся в коло людей, що оточують мене.
16. Я належу до тих людей, яким подобається пробувати все нове.
17. Я намагаюся зосередитися на сьогоднішні, бо майбутнє майже завжди приносить якісь проблеми.
18. Мені здається, що багато моїх знайомих досягли більшого успіху, ніж я.
19. Я люблю задушевні бесіди з рідними чи друзями.
20. Мене турбує те, що думають про мене інші.
21. Я справляюсь зі своїми повсякденними турботами.
22. Я не хочу пробувати нові види діяльності - моє життя і так мене влаштовує.
23. Моє життя має сенс.
24. Якби в мене була така можливість, я багато чого в собі змінив би.
25. Мені здається важливо бути добрим слухачем, коли близькі друзі діляться зі мною своїми проблемами.
26. Для мене важливіше бути у згоді із самим собою, ніж отримувати схвалення оточуючих.
27. Я часто відчуваю, що мої обов'язки пригнічують мене.
28. Мені здається, що новий досвід, здатний змінити мої уявлення про себе та навколишній світ, дуже важливий.

29. Мої повсякденні справи часто здаються мені банальними та незначними.
30. Загалом я собі подобаюсь.
31. У мене не так багато знайомих, готових вислухати мене, коли мені потрібно виговоритися.
32. На мене впливають сильні люди.
33. Якби я був нещасний у житті, я вжив би ефективних заходів, щоб змінити ситуацію.
34. Якщо замислитися, то з роками я не став набагато кращим.
35. Я не дуже добре усвідомлюю, чого хочу досягти у житті.
36. Я робив помилки, але все, що не робиться, — все на краще.
37. Я вважаю, що багато чого отримую від друзів.
38. Людям рідко вдається вмовити мене зробити те, чого я сам не хочу.
1. 39. Я непогано впораюся зі своїми фінансовими справами.
39. На мій погляд, людина здатна рости і розвиватися у будь-якому віці.
40. Колись я ставив перед собою цілі, але тепер це здається мені марнуванням часу.
41. Багато в чому я розчарований своїми досягненнями у житті.
42. Мені здається, що у більшості людей більше друзів, ніж у мене.
43. Для мене важливіше пристосуватися до оточуючих людей, ніж самотужки відстоювати свої принципи.
44. Я засмучуюсь, коли не встигаю зробити все, що намічено на день.
45. Згодом я став краще розумітися на житті, і це зробило мене сильнішим і компетентнішим.
46. Мені приносить задоволення складати плани на майбутнє і втілювати їх у життя.
47. Як правило, я пишаюся собою і тим, який спосіб життя веду.
48. Навколишні вважають мене чуйною людиною, у якої завжди знайдеться час для інших.
49. Я впевнений у своїх судженнях, навіть якщо вони йдуть урозріз із загальноприйнятою думкою.
50. Я вмію розраховувати свій час так, щоб все робити вчасно.
51. У мене є відчуття, що з роками я став кращим.
52. Я активно намагаюся здійснювати плани, які складаю для себе.
53. Я заздрю способу життя багатьох людей.
54. У мене було мало теплих довірливих стосунків з іншими людьми.
55. Мені важко висловлювати свою думку щодо спірних питань.
56. Я зайнята людина, але я отримую задоволення від того, що я справляюся зі справами.
57. Я не люблю опинятися у нових ситуаціях, коли потрібно міняти звичну для мене манеру поведінки.
58. Я не належу до людей, які блукають по життю без жодної мети.
59. Можливо, я ставлюся до себе гірше, ніж більшість людей.
60. Коли справа доходить до дружби, я часто почуваюся стороннім спостерігачем.

61. Я часто змінюю свою точку зору, якщо друзі чи рідні не згодні з нею.
62. Я не люблю будувати плани на день, бо ніколи не встигаю зробити все заплановане.
63. Для мене життя – це безперервний процес пізнання та розвитку.
64. Мені іноді здається, що я вже зробив у житті все, що можна було.
65. Я часто прокидаюся з думкою про те, що жив неправильно.
66. Я знаю, що можу довіряти моїм друзям, а вони знають, що можуть мені довіряти..
67. Я не з тих, хто піддається тиску суспільства в тому, як поводитися і як мислити.
68. Мені вдалося знайти собі підходяще заняття та потрібні мені стосунки.
69. Мені подобається спостерігати, як з роками мої погляди змінилися і стали зрілішими.
70. Цілі, які я ставив перед собою, частіше приносили мені радість, ніж розчарування.
71. У моєму минулому були злети та падіння, але я не хотів би нічого міняти.
72. Мені важко повністю розкритися у спілкуванні з людьми.
73. Мене турбує, як оточуючі оцінюють те, що я вибираю у житті.
74. Мені важко облаштувати своє життя так, як би хотілося.
75. Я вже давно не намагаюся змінити чи покращити своє життя.
76. Мені приємно думати про те, чого я досяг у житті.
77. Коли я порівнюю себе зі своїми друзями та знайомими, то розумію, що я багато в чому краще за них.
78. Ми з моїми друзями ставимося зі співчуттям до проблем один одного.
79. Я суджу про себе виходячи з того, що вважаю важливим, а не з того, що вважають важливим інші.
80. Мені вдалося створити собі таку оселю і такий спосіб життя, які мені дуже подобаються.
81. Старого собаку не навчити новим трюкам.
82. Я не впевнений, що мені варто чогось чекати від життя.
83. Кожен має недоліки, але в мене їх більше, ніж в інших.