

УДК 159.9

DOI: [https://doi.org/10.17721/upj.2025.2\(24\).5](https://doi.org/10.17721/upj.2025.2(24).5)

Козловська О. Є.,

аспірантка 2 року навчання,
ОНП «Психологія»
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка
E-mail: kozlovska0410@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0947-7679>

Покровський Д. Ю.,

аспірант 2 року навчання, ОНП «Психологія»
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка
E-mail: pokrovskyidenys@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8347-9151>

ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СТІЙКОСТІ ДО ПТСР: РОЛЬ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ, КОГНІТИВНОЇ ГНУЧКОСТІ ТА ОСОБИСТІСНИХ РИС

У статті досліджуються складні взаємозв'язки між резильєнтністю, особистісними рисами та психологічною гнучкістю в контексті пост-травматичного стресового розладу (ПТСР). Теоретичною основою аналізу слугували підходи до розуміння резильєнтності як динамічного процесу адаптації до травматичних подій, а також концепція психологічної гнучкості як здатності індивіда ефективно реагувати на внутрішні переживання, не уникаючи їх, а інтегруючи у власний досвід. Особливу увагу приділено особистісним рисам, зокрема, таким як емоційна стабільність, відкритість до нового досвіду, сумлінність і саморефлексія, які можуть виступати чинниками уразливості або захисту. На основі систематичного огляду сучасних емпіричних досліджень запропоновано інтегративну модель, що враховує низку коваріатів, зокрема, вік, стать, наявність бойового досвіду, факт отримання поранень та ступінь їх тяжкості. Результати кореляційного аналізу виявили статистично значущий позитивний

зв'язок між когнітивною гнучкістю та симптомами ПТСР, що може свідчити про важливу роль ментальної адаптивності у процесі подолання травматичного досвіду. Водночас спостерігається зворотний зв'язок між когнітивною ригідністю та резильєнтністю, що свідчить про обмеження у формуванні внутрішніх ресурсів відновлення. Незважаючи на те, що прямий зв'язок між резильєнтністю та симптомами ПТСР виявився незначущим, це не заперечує впливу резильєнтності як посередника або буфера психологічного дистресу. Модель лінійної регресії та факторний аналіз дозволили краще зрозуміти внесок індивідуальних та ситуаційних змінних у формування психічних реакцій на бойову травму, підкреслюючи багатоаспектність механізмів психологічного захисту, копіngu й відновлення.

Ключові слова: *резильєнтність, когнітивна гнучкість, когнітивна ригідність, посттравматичний стресовий розлад, нейротизм, сумлінність, бойовий досвід, бойові поранення, травма, стрес, адаптація.*

Вступ

Актуальність проблеми. У сучасних умовах зростаючої кількості військових конфліктів та ескалації загроз національній безпеці проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) набуває особливої актуальності. ПТСР не лише суттєво знижує якість життя окремих осіб, але й створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, соціальну адаптацію та функціонування військових колективів. Військовослужбовці, які піддаються екстремальним стресовим умовам, часто стикаються з труднощами адаптації після пережитих травм, що вимагає розробки ефективних профілактичних та терапевтичних заходів.

Значну увагу в сучасних дослідженнях приділяють внутрішнім психологічним ресурсам, зокрема резильєнтності та когнітивній гнучкості, які можуть виступати як захисні механізми при адаптації до екстремального стресу. Резильєнтність визначається здатністю до відновлення психічного балансу після травматичних подій, тоді як когнітивна гнучкість характеризує можливість адаптивного регулювання мислення та поведінки у відповідь на змінні вимоги середовища. Комплексний аналіз цих чинників у поєднанні з особистісними ха-

рактистичними, визначеними моделлю «Великої п'ятірки», дозволяє глибше зрозуміти механізми індивідуальної реакції на травматичний вплив.

Отже, дослідження даної проблематики є надзвичайно важливим з наукової та практичної точки зору, оскільки отримані результати сприятимуть розробці нових підходів до профілактики та лікування ПТСР, а також допоможуть вдосконалити програми підтримки психічного здоров'я військовослужбовців.

Метою цієї статті є аналіз пілотного дослідження, спрямованого на визначення впливу особистісних характеристик, резильєнтності та когнітивної гнучкості на вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців.

Теоретичний аналіз

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) належить до розладів тривожного спектра, що виникають після гострої чи хронічної дії травматичного стресора (American Psychiatric Association, 2013). У сучасних підходах ПТСР розглядається як складний психічний феномен із широким діапазоном симптомів – від нав'язливих спогадів про травму до уникнення будь-яких асоціацій із нею та підвищеного емоційного збудження (Ehlers, & Clark, 2000). Водночас не всі люди, які зазнали травматичного впливу, розвивають тяжкі та стійкі психічні порушення: чимало осіб демонструють відносно високу психологічну стійкість або швидке відновлення (Bonanno, 2004).

На формування та перебіг ПТСР впливають як безпосередня інтенсивність травматичної події, так і соціальні, особистісні й когнітивні чинники. Зокрема, відсутність підтримки з боку оточення може збільшувати ризик хронізації симптомів (Brewin et al., 2000), а стать та попередній травматичний досвід теж істотно коригують тяжкість клінічних проявів (Kessler et al., 1995).

Традиційно ПТСР описують через три ключові групи симптомів: повторне переживання травми, уникнення нагадувань про неї та підвищене фізіологічне збудження (American Psychiatric Association, 2013). Когнітивно-поведінкові підходи наголошують, що важливу роль у підтриманні ПТСР відіграють дисфункціональні когнітивні схеми, які призводять до надмірної фіксації на травматичних спогадах чи, навпаки, посиленого уникнення (Ehlers, & Clark, 2000).

Наявність чи відсутність соціальної підтримки розглядається одним із найважливіших чинників, що передбачають імовірність хронічного перебігу ПТСТР (Brewin et al., 2000). Дослідження демонструють також, що в жінок ПТСТР фіксується частіше, проте цей розрив у показниках може зменшуватися за умов адекватної терапії й достатнього зовнішнього ресурсу (Kessler et al., 1995).

Водночас одним із ключових внутрішніх ресурсів, який допомагає протистояти травматичному досвіду й посилює ефективність зовнішньої підтримки, виступає резильєнтність. Вона дозволяє людині зберігати або відновлювати психічну рівновагу, навіть за умов недостатнього впливу соціального оточення, тож розгляньмо це поняття докладніше. Резильєнтність визначають як динамічну здатність до позитивної адаптації за умов значного стресу чи травми (Masten, 2001; Fletcher, & Sarkar, 2013). Згідно з працями G. Bonanno (Bonanno, 2004), навіть у разі серйозних травматичних впливів певна частина людей не демонструє тривалих патологічних реакцій, що свідчить про захисну роль резильєнтності. При цьому резильєнтність не можна вважати вродженою незмінною характеристикою: дослідження K. Connor & J. Davidson, підкреслюють, що вона формується протягом життя та складається з особистісних, соціальних і навіть біологічних компонентів (Connor, & Davidson, 2003).

Додатково деякі автори вказують, що резильєнтність виступає буфером між травматичною подією та розвитком ПТСТР, «пом'якшуючи» вплив стресора (Rutter, 2012). Результати попередніх досліджень свідчать, що вищі показники за шкалою CD-RISC можуть бути пов'язані з ефективнішими стратегіями подолання стресу та психологічним відновленням після травматичних подій (Connor, & Davidson, 2003).

Одним із провідних підходів до вивчення індивідуально-психологічних відмінностей є модель «Великої п'ятірки» (Costa, & McCrae, 1992), яка виокремлює п'ять основних вимірів особистості: екстраверсію, доброзичливість, сумлінність, нейротизм і відкритість досвіду. У контексті ПТСТР найбільше уваги привертає нейротизм, адже низка досліджень підтверджує його негативну кореляцію з психічним здоров'ям загалом та високу асоціацію з тривожними розладами (Kotov et al., 2010; Campbell-Sills et al., 2006).

Водночас екстраверсія, доброзичливість і сумлінність виявляють позитивний зв'язок із психічним благополуччям: такі люди, зазвичай, краще регулюють емоції, активніше шукають підтримку та швидше на-

лагоджують контакти для вирішення проблем (Penley, & Tomaka, 2002). Відкритість досвіду може відігравати подвійну роль: за умов адекватного середовища вона сприяє креативним формам копіngu, а в умовах відсутності підтримки здатна загострювати емоційне реагування на негативні події (Ozer, & Benet-Martínez, 2006).

Окрім того, поряд із особистісними характеристиками, важливу роль у подоланні наслідків травматичних переживань відіграє й інший чинник – психологічна гнучкість. Вона дає змогу людині не зупинятися на негативних емоціях і спогадах, а діяти з урахуванням власних цінностей і пріоритетів, що є особливо актуальним у розрізі ПТСР. Поняття психологічної гнучкості поширилося завдяки концепції Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes et al., 2012). Йдеться про здатність людини адаптивно змінювати свої когнітивні стратегії, знаходити альтернативні шляхи вирішення проблем та швидко перемикатися між різними способами мислення залежно від контексту. У розрізі ПТСР це означає відмову від тотального уникнення травматичних спогадів і більш адаптивні стратегії подолання, які допомагають людині рухатися вперед (Kashdan, & Rottenberg, 2010).

Низька психологічна гнучкість корелює із сильнішим уникненням травматичних тригерів та загостренням симптоматики (Boulanger et al., 2010). Натомість підвищення гнучкості (через техніки усвідомленості, тренінги прийняття) демонструє позитивний вплив на перебіг ПТСР і зменшує ризик рецидивів (Marx, & Sloan, 2005).

Окрім персональних особливостей, у дослідженнях ПТСР враховують різні коваріати, що можуть змінювати взаємозв'язок між рисами особистості, рівнем резильєнтності та вираженістю симптомів ПТСР (Brewin et al., 2000). До ключових належать:

– Стать: за даними у жінок ПТСР фіксують дещо частіше, проте статеві відмінності зменшуються за умов достатньої соціальної підтримки (Kessler et al., 1995).

– Вік: як свідчать деякі результати, у молоді недостатній досвід подолання кризових подій, тоді як у людей похилого віку менше зовнішніх ресурсів (грошей, здоров'я) для протидії травмі (Hatch, & Dohrenwend, 2007).

– Культурно-економічний контекст: проживання у зоні конфлікту, відсутність доступу до якісної психологічної допомоги та низький дохід можуть суттєво ускладнювати або гальмувати процес відновлення (Miller, & Rasmussen, 2010).

Мета та завдання дослідження. Мета дослідження: проведення пілотажного вивчення психологічних характеристик військовослужбовців за допомогою онлайн-опитування.

Відповідно до цього сформульовано наступні задачі:

– оцінити надійність інструментів вимірювання (шкали для оцінки резильєнтності, когнітивної гнучкості, симптомів ПТСР, рис особистості), використовуючи коефіцієнт альфа Кронбаха для кожної шкали.

– визначити особливості взаємозв'язку між рівнем резильєнтності, когнітивною гнучкістю, ступенем вираженості симптомів ПТСР і рисами особистості за великою п'ятіркою.

– виявити латентні фактори, які могли б додатково пояснити варіативність відповідей досліджуваних (які знаходяться у структурі даних опитувальників).

– дослідити вплив когнітивної гнучкості, резильєнтності та симптомів ПТСР на риси особистості за великою п'ятіркою. Оцінити, наскільки рівень когнітивної гнучкості, резильєнтності та вираженість окремої риси або кількох рис одночасно є предикторами рівня вираженості симптомів ПТСР.

Відповідно до мети та завдань дослідження сформульовано наступні гіпотези:

– *Гіпотеза 1.* Припускається, що вищий рівень резильєнтності (за даними шкали CD-RISC) зумовлює нижчу вираженість симптомів ПТСР у військовослужбовців. Іншими словами, особи з високим показником резильєнтності виявляють кращу адаптивну здатність до відновлення психічної рівноваги після травматичних подій, що знижує ризик інтенсивних посттравматичних реакцій.

– *Гіпотеза 2.* Передбачається, що низький рівень когнітивної ригідності (тобто високі показники психологічної гнучкості за шкалою AAQ-II) асоційований зі зменшенням інтенсивності ПТСР у військовослужбовців. Тобто здатність до адаптивної перебудови мислення та емоційної регуляції може слугувати профілактичним чинником розвитку важких посттравматичних симптомів.

– *Гіпотеза 3.* Очікується, що буде виявлено взаємозв'язок між показниками рис особистості та ступенем вираженості симптомів ПТСР. Може бути виявлено взаємозв'язок, як окремих рис так і їх сукупність. З цього випливає, що певні особистісні особливості можуть виступати своєрідним модератором або буфером у процесі адаптації після бойового стресу.

– *Гіпотеза 4.* Припускається, що триваліший (понад 1–2 роки) бойовий досвід та/або серйозні бойові поранення підвищують ймовірність формування симптомів ПТСР, навіть за умови високого рівня резильєнтності. Це зумовлюється впливом тривалих та інтенсивних стресових чинників, які можуть перевищувати адаптивний потенціал військовослужбовців.

Методологія дослідження

Дослідження було реалізоване у форматі онлайн-опитування, створеного за допомогою електронної форми. До участі залучено невелику вибірку військовослужбовців, які добровільно погодились відповісти на запитання анкети. Вибірка є цілеспрямованою та обмеженою у розмірі, що відповідає критеріям пілотажного дослідження.

У даному дослідженні використовувалося чотири опитувальники для оцінки різних аспектів психологічного стану та особистісних характеристик військовослужбовців. Вибірку склали 40 військовослужбовців, від 18 до 55 років, з яких 5 жіночої та 35 чоловічої статі. Значну частину вибірки склали досліджувані, що відносились до категорії 26-30 років, а саме 19 з 40 осіб. Окрім того, у вибірці були: 1 особа віком 18-20 років та 6 осіб віком 20-25 років, інші ж досліджувані належали до групи віком від 30 до 55 років. 29 з 40 осіб перебували на службі на момент опитування. Лише 8 осіб не мали бойового досвіду. Більше половини учасників мали бойовий досвід від 1 до 2-х років та більше 2-х років: 10 та 11 осіб відповідно. 6 осіб не бажали вказувати, чи мають бойовий досвід. 14 з 40 осіб отримали травми чи поранення під час бойових дій.

Методичний інструментами дослідження:

- 1) Шкала резильєнтності (CD-RISC-10), яка оцінює рівень психологічної стійкості та здатності до адаптації у стресових ситуаціях;
- 2) Шкала когнітивної гнучкості (AAQ-II) - вимірює рівень когнітивної гнучкості, тобто здатність до адаптації мислення у відповідь на обставини, що змінюються;
- 3) Шкала прояву симптомів ПТСР (PCL-M) - для оцінки наявності та ступеня вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
- 4) Шкала великої п'ятірки (BFI-10) - оцінює п'ять основних особистісних рис: екстраверсія, відкритість до досвіду, невротизм, привітність та сумлінність.

Досліджувані також відповідали про наступні соціально-демографічні характеристики: стать; вік; сімейний стан; освітній рівень; службовий статус; військове звання; рід військ; наявність бойового досвіду; отримані бойові травми чи поранення під час участі у бойових діях, якщо так, то ступінь важкості травми чи поранення.

При обробці та аналізі даних були використані наступні *математико-статистичні методи*: розподіли і описові статистики по окремих пунктах і по шкалах; андійність-узгодженість: коефіцієнт альфа Кронбаха; кореляційний аналіз; множинний регресійний аналіз; факторний аналіз шкал: виявлення латентних факторів, які пояснюють структуру даних.

Обґрунтування вибору методів. Пілотажний характер дослідження вимагав використання компактного набору валідних і надійних психометричних інструментів, а також статистичних методів, що дозволяють оцінити їхню структурну валідність та прогностичну спроможність. Вибірковий метод збору даних забезпечив можливість попередньої оцінки відповідності шкал цільовій вибірці та виявлення можливих проблем у майбутніх розширених дослідженнях.

Результати і дискусія

Описові статистики. У дослідженні використано п'ять вказаних вище основних опитувальників. Нижче наведено узагальнення описової статистики для кожної зі шкал ($N=40$, відсутність пропущених значень по всіх методиках).

На початку наведемо результати за опитувальником CD-RISC (резильєнтність) (табл. 1).

З таблиці 1 видно, що середній показник виявився на рівні 25.3 балів, тоді як медіана становила 27.0. Стандартне відхилення склало 10.2, а дисперсія – 103. Отримані оцінки коливалися від 0 до 40 балів. Перевірка нормальності розподілу за критерієм Шапіро–Уїлка дала значення $W=0.944$, $p=0.049$. Таким чином, при рівні значущості 5% розподіл показників CD-RISC статистично відрізняється від нормального (табл.1)

Таблиця 1

**Описові статистики та результати тесту Шапіро–Уїлка
для основних змінних**

Показник	CD-RISK	AAQ-II	PCL-M
N	40	40	40
Пропущені	0	0	0
Середнє	25,3	19,2	40,6
Медіана	27,0	15,5	35,5
Стандартне відхилення	10,2	9,50	15,3
Дисперсія	103	90,3	235
Мінімум	0	7	17
Максимум	40	42	73
Шапіро–Уїлк W	0,944	0,888	0,953
Шапіро–Уїлк р-значення	0,049	<0,001	0,096

AAQ-II (психологічна гнучкість / уникнення досвіду). Середнє значення за AAQ-II склало 19,2, тоді як медіана – 15,5. Стандартне відхилення дорівнювало 9,50, дисперсія – 90,3. Діапазон зміни показників становив від 7 до 42 балів. За Шапіро–Уїлком: $W=0.888$, $p<0.001$, що свідчить про суттєве відхилення від нормального розподілу (табл.1)

PCL-M (рівень посттравматичних симптомів). При середньому 40.6 медіана була дещо нижчою (35.5), а стандартне відхилення становило 15.3 (дисперсія – 235). Найнижчий зафіксований показник дорівнював 17, а найвищий – 73. За підсумками Шапіро–Уїлка ($W=0.953$, $p=0.096$), розподіл PCL-M можна вважати близьким до нормального: статистично значущих відхилень від нормальності не виявлено (табл.1)

Big Five Inventory (BFI). Кожна з п'яти субшкал також має по 40 показників (табл. 2).

Таблиця 2

**Описові статистики та результати тесту Шапіро–Уїлка
для шкал BFI**

Показник	BFI-Ex	BFI-Ag	BFI-Co	BFI-Ne	BFI-Op
Середнє	6,30	6,33	6,83	6,38	6,65
Медіана	6,00	7,00	7,00	6,50	7,00
Стандартне відхилення	1,49	1,73	1,66	1,62	2,27
Дисперсія	2,23	2,99	2,76	2,64	5,16
Мінімум	1	1	1	1	1
Максимум	10	10	10	10	10
Шапіро–Уїлк W	0,931	0,944	0,897	0,920	0,950
Шапіро–Уїлк р-значення	0,018	0,048	0,002	0,008	0,075

– Екстраверсія (BFI-Ex): середнє 6.03, медіана 6.00, стандартне відхилення 1.49; результати варіювалися від 2 до 10. Тест Шапіро–Уїлка дав $p=0.018$, що свідчить про відхилення від нормального розподілу.

– Доброзичливість (BFI-Ag): середнє 6.33, медіана 6.00, стандартне відхилення 1.73; мінімально 2, максимально 10, $W=0.944$, $p=0.048$. Так само виявлено відхилення від нормального розподілу.

– Сумлінність (BFI-Co): середнє 6.83, медіана 7.00, стандартне відхилення 1.66; оцінки лежали між 2 та 10, $W=0.897$, $p=0.002$. Розподіл не є нормальним.

– Нейротизм (BFI-Ne): середнє 6.38, медіана 6.50, стандартне відхилення 1.50; мінімум 2, максимум 9, $W=0.920$, $p=0.008$. Розподіл також відрізняється від нормального.

– Відкритість до досвіду (BFI-Op): середнє 6.65, медіана 7.00, стандартне відхилення 2.27; від 2 до 10 балів, $W=0.950$, $p=0.075$. Тут відхилення від нормальності не підтверджується статистично.

Загалом можна відзначити, що більшість досліджуваних змінних (CD-RISC, AAQ-II, BFI-Ex, BFI-Ag, BFI-Co, BFI-Ne) не відповідають критеріям нормального розподілу ($p < 0.05$). Водночас для PCL-M і субшкали відкритості (BFI-Op) розподіли є наближеними до нормальних ($p > 0.05$). Усе це враховувалося під час вибору та використання в подальшому методів статистичного аналізу.

Аналіз надійності (табл. 3).

Таблиця 3

**Коефіцієнти надійності (α Кронбаха)
для використаних психометричних шкал**

Шкала	α Кронбаха
CD-RISC-10 (психологічна стійкість)	0,958
AAQ-II (когнітивна негнучкість)	0,911
PCL-M (симптоми ПТСР)	0,949
BFI – Екстраверсія	0,505
BFI – Відкритість досвіду	0,696
BFI – Нейротизм	0,280
BFI – Привітність	0,0068
BFI – Сумлінність	0,182

Альфа Кронбаха для шкали резильєнтності (CD-RISC-10): 0.958, шкали когнітивної гнучкості (AAQ-II): 0.911, шкали прояву симптомів ПТСР (PCL-M): 0.949, а також для п'яти факторів шкали великої п'ятірки (BFI-10): екстраверсія (0.505), відкритість досвіду (0.696), невротизм (0.280), привітність (0.0068), сумлінність (0.182).

Діаграми розсіювання. Діаграма розсіювання для шкал резильєнтності (вісь X) та прояву симптомів ПТСР (вісь Y) побудована з урахуванням статі досліджуваних. Бачимо, що проведена крізь точки лінія своїм нахилом демонструє зворотну залежність сили проявів симптомів ПТСР від рівня резильєнтності. Проте дану залежність ми спостерігаємо у випадку з досліджуваними чоловічої статі. Стосовно досліджуваних жіночої статі, нахил лінії демонструє пряму залежність, що можна пояснити занадто малою їх кількістю (рис. 1).

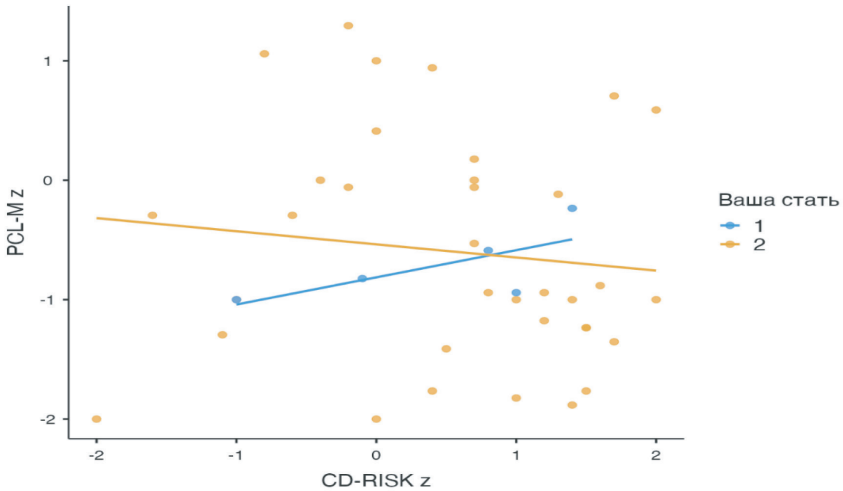


Рис. 1. Залежність між психологічною стійкістю (CD-RISK z) та симптомами ПТСР (PCL-M z) залежно від статі

При аналізі кривої лінії для чоловіків можна побачити, що лінія спадає вниз в області середніх значень за шкалою резильєнтності в міру її зростання, але з лівого краю різко падає вниз, що свідчить про наявність у вибірці осіб з низьким рівнем резильєнтності та відсутніми симптомами ПТСР. Також з правого краю спостерігаємо підйом лінії, що свідчить про сильну вираженість симптомів ПТСР у чоловіків з високим рівнем резильєнтності, що можна пояснити тим, що високий рівень резильєнтності не є запорукою абсолютної захищеності від психотравмуючого досвіду, що призводить до виникнення ПТСР. Крім того, це пояснюється тим, що пережитий травмуючий досвід міг бути нещодавнім: навіть людям з високим рівнем резильєнтності потрібен час для відновлення психологічного гомеостазу (рис. 1).

На діаграмі залежності шкали резильєнтності та прояву симптомів ПТСР з урахуванням наявності бойового досвіду (рис. 2). Лінії, що відповідають пунктам 1, 2, 4, 6 демонструють зворотну залежність, водночас як ті, що відповідають пунктам 5, 3 – пряму.

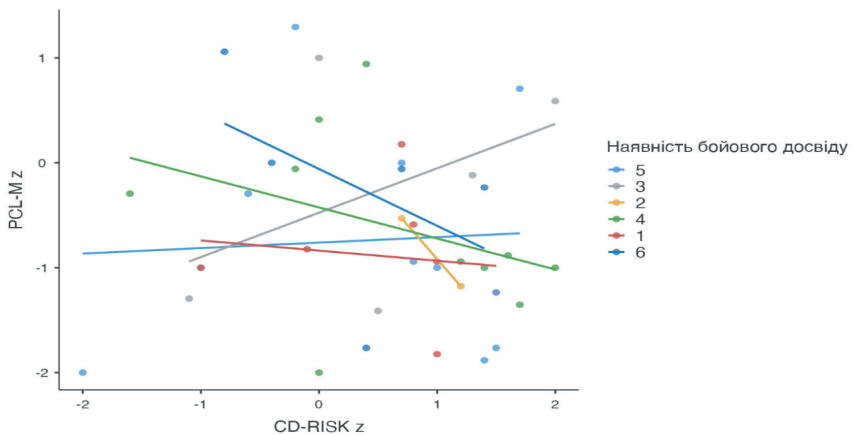


Рис. 2. Психологічна стійкість (CD-RISK z) та симптоми ПТСП (PCL-M z) з урахуванням наявності бойового досвіду

Примітки: 1 – Не маю бойового досвіду, 2 – Маю бойовий досвід до 6-и місяців, 3 – Маю бойовий досвід до 1-го року, 4 – Маю бойовий досвід до 2-х років, 5 – Маю бойовий досвід більше 2-х років, 6 – Не бажаю вказувати

У випадку пункту 3 пряму залежність можна пояснити тим, що 6-12 місяців – це якраз той період, протягом якого настає виснаження адаптивного ресурсу психіки без адекватної психологічної підтримки (Афузова et al., 2023). У випадку пункту 5 пряму залежність можна пояснити тим, що навіть наявність відносно високого рівня резильєнтності не забезпечує від наслідків довготривалого впливу стресу на психіку, які можуть бути посилені відсутністю належного відпочинку (військовим не завжди забезпечують ротацію належним чином та у належні терміни, що, ймовірно, і могло вплинути на осіб з бойовим досвідом більше 2-х років).

Кореляційний аналіз. На кореляційній матриці можемо бачити зворотній зв'язок шкал когнітивної гнучкості та резильєнтності ($r=-0.233$). Зв'язок є зворотним, оскільки шкала когнітивної гнучкості є цілком зворотною, тобто чим нижчий її показник – тим вища гнучкість.

Виявлено високий показник прямої кореляції шкали гнучкості зі шкалою проявів симптомів ПТСП ($r=0.710$). Статистично значущого зв'язку шкали резильєнтності з симптомами ПТСП виявлено не

було. Це можна пояснити тим, що резильєнтність не унеможлиблює виникнення таких симптомів, а допомагає ефективніше відновитись після переживання травмуючого досвіду. Крім того, таке відновлення потребує часу, сприятливого середовища та навіть кваліфікованої допомоги, особливо у міру зростання ступеня прояву симптомів ПТСР. Відповідно, оскільки у певної кількості досліджуваних при високому рівні резильєнтності наявні також і високі ступені прояву симптомів ПТСР (через недостатність часу для відновлення, перебування у несприятливому середовищі та неможливість отримати кваліфіковану допомогу), ми спостерігаємо слабший зв'язок, ніж міг би бути. Також у вибірці були досліджувані з низьким рівнем резильєнтності та низьким або взагалі нульовим рівнем прояву симптомів ПТСР, що також може занижувати показник кореляції.

Таблиця 4

Кореляційна матриця Пірсона між стандартизованими показниками (z)

	CD-RISK	AAQ-II	PCL-M	BFI-Co
CD-RISK	—	-0,233 (0,149)	-0,086 (0,596)	0,495** (0,001)
AAQ-II		—	0,710*** (<0,001)	0,116 (0,475)
PCL-M			—	0,022 (0,891)
BFI-Co				—

Важливо також зазначити, що показник r є завишеним у випадку кореляцій шкали резильєнтності зі шкалами когнітивної гнучкості ($p=0.149$) та ПТСР ($p=0.596$), що свідчить про статистичну незначущість отриманого результату. Пояснюємо це малою вибіркою. Проте у випадку кореляції шкали когнітивної гнучкості зі шкалою ПТСР маємо $p<0.001$ що свідчить про статистичну значущість отриманого результату (табл. 4).

При додаванні до кореляційної матриці фактора сумлінності за шкалою великої п'ятірки, бачимо один статистично значущий резуль-

тат, а саме її сильний прямий зв'язок ($r=0.495$) зі шкалою резильєнтності ($p<0.001$).

Лінійна регресія. Згідно з метою перевірки висунутих гіпотез, залежною змінною у процесі побудови моделі за допомогою методу лінійної регресії обрано ступінь вираженості симптомів ПТСР. У якості коваріат було обрано рівень резильєнтності особистості, рівень когнітивної гнучкості, та вираженість таких рис особистості як: відкритість досвіду, сумлінність, екстраверсія, привітність, нейротизм. Крім них, у якості предикторів до моделі додавалися соціально-демографічні характеристики, а також особливості діяльності військовослужбовців і гіпотетично могли б впливати на ступінь вираженості симптомів ПТСР: звання, рід військ, наявність поранень, ступінь тяжкості поранення, тривалість бойового досвіду.

При додаванні до моделі рівень резильєнтності особистості, хоча і мав помірний вплив на рівень прояву симптомів ПТСР ($\beta=0,109$), пояснював лише 0,7% дисперсії та демонстрував рівень значущості $p>0,05$ ($p=0,344$). Це означає, що немає достатніх доказів того, що рівень резильєнтності справді впливає на симптоми ПТСР, і отриманий коефіцієнт може бути випадковим. Дані результати можна пояснити замалою вибіркою, а також наявністю даних лише за одним зрізом. У подальших дослідженнях статистично значущого рівня $p>0,05$ гіпотетично можливо досягти шляхом збільшення вибірки, а аналіз даних кількох зрізів міг би дати змогу побачити більш точно ступінь впливу рівня резильєнтності на динаміку ступеня прояву ПТСР.

Рівень когнітивної гнучкості пояснив 50% дисперсії при рівні значущості ($p<0.001$), також демонструючи значний вплив на ступінь ПТСР ($\beta=0,471$). Модель органічно доповнив рівень вираженості такої риси особистості як нейротизм, збільшивши частку поясненої дисперсії до 61% при ($p<0,05$), а також рівень сумлінності, що сприяв її зростанню до 66% при ($p<0.05$) (табл. 5).

Доданий предиктор ступеня тяжкості поранення було відфільтровано після додавання до моделі з метою збільшення показника статистичної значущості. З п'яти варіантів відповіді (1- Легка (швидко відновлення, не потребувала госпіталізації); 2 - Середня (потребувала медичної допомоги, але не госпіталізації); 3 - Важка (потребувала госпіталізації та тривалого відновлення); 4 - Дуже важка (потребувала операційного втручання та тривалого відновлення); 5 - Не отримував

травм) лише один досліджуваний дав відповідь по першому варіанту, тому його відповідь було вилучено.

Таблиця 5

Коефіцієнти множинної регресійної моделі

Предиктор	Оцінка	Ст. помилка (SE)	T	p
Константа (перехоплення)	0,552	0,2459	2,243	0,032
CD-RISK z	0,109	0,1135	0,962	0,344
AAQ-II z	0,489	0,0672	7,280	<0,001
BFI – Co z	-0,300	0,1280	-2,344	0,026
BFI – Ne z	0,415	0,1318	3,150	0,004
Якщо так, вкажіть ступінь поранення: 2 – 3	-0,509	0,3175	-1,603	0,119
Якщо так, вкажіть ступінь поранення: 4 – 3	-0,758	0,3657	-2,074	0,047
Якщо так, вкажіть ступінь поранення: 5 – 3	-0,713	0,2309	-3,087	0,004

Фокальним предиктором обрано варіант 3, оскільки спостерігалося, що цей варіант впливає на рівень прояву симптомів ПТСР порівняно з іншими ($p < 0,05$). При цьому у випадках з варіантами 2, 4 та 5, рівень прояву симптомів був значно нижчим, ніж у досліджуваних, які обрали варіант 3.

Такий результат можна пояснити тим, що у досліджуваних із важкими пораненнями симптоми ПТСР проявлялися значно сильніше. Водночас у тих, хто зазнав дуже тяжких травм, рівень симптоматики міг бути нижчим завдяки інтенсивній реабілітації та поступовій адаптації до нової реальності. Крім того, усвідомлення неможливості повернення на фронт могло знижувати рівень стресу. Включення цього фактора до моделі значно підвищило відсоток поясненої дисперсії до 75%, що свідчить про його суттєвий вплив на рівень прояву симптомів ПТСР. Загалом, множинний коефіцієнт кореляції досяг значення $R = 0,865$, а значення поясненої дисперсії сягнуло 74,9% при $p < 0,001$ для загального модельного тесту (F-test). Усі інші предиктори (відкритість досвіду, екстраверсія, привітність, службовий статус, військове звання, рід військ, тривалість бойового досвіду, вік, сімейний стан та стать)

були прибрані з моделі, адже не демонстрували достатнього рівня статистичної значущості, а також суттєво не збільшували кількість поясненої дисперсії.

Факторний аналіз. Використання методу пошукового факторного аналізу з ротацією «Облімін» на даних за опитувальником AAQ-II дозволило виокремити один значущий фактор із навантаженням на такі твердження:

- 3. Мене турбує, що я не можу контролювати свої переживання та почуття (0.794);
- 4. Мої болючі спогади перешкоджають мені мати повноцінне життя (0.814);
- 5. Емоції спричиняють проблеми у моєму житті (0.503);
- 6. Виглядає, що більшість людей справляються зі своїм життям краще, ніж я (0.386) (табл. 6).

Таблиця 6

Дослідницький факторний аналіз шкали AAQ-II

Питання	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Унікальність
AAQ-II (1)				0.962	0.00410
AAQ-II (2)				0.840	0.00477
AAQ-II (3)	0.794				0.04985
AAQ-II (4)	0.814				0.21155
AAQ-II (5)	0.503	0.377			0.51724
AAQ-II (6)	0.386		0.332		0.31364
AAQ-II (7)				0.973	0.00218

Аналіз показав, що цей фактор має власне значення 2.11 і пояснює 30.1% дисперсії за даним опитувальником. Факторне навантаження твердження 6 (0.386) є дещо нижчим за традиційно прийнятий поріг 0.40, що може свідчити про слабший зв'язок цього пункту у цьому факторі. За змістом тверджень цей фактор можна інтерпретувати як «Фактор емоційного виснаження», оскільки він об'єднує аспекти втрати контролю над переживаннями, болісних спогадів, труднощів з емоціями та порівняння себе з іншими (табл. 7).

Таблиця 7

Факторні статистики (власні значення та дисперсія)

Фактор	Сума квадрат. навантажень (SS)	% від дисперсії	Накопичений %
1	2.11	30.1	30.1
2	1.41	20.1	50.2
3	1.36	19.5	69.7
4	1.02	14.5	84.2

Застосування даного методу до даних, отриманих за допомогою опитувальника CD-RISC-10, дозволило виокремити один значущий фактор, що характеризується наступними факторними навантаженнями:

- 3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають (0.871);
- 6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди (0.38);
- 9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя (0.604);
- 10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів (0.878) (табл. 8).

Таблиця 8

Дослідницький факторний аналіз шкали CD-RISC-10

Питання	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Унікальність
CD-RISC (1)	0.987					0.00323
CD-RISC (2)		0.364				0.28848
CD-RISC (3)	0.871					0.14468
CD-RISC (4)			0.968			-0.00063
CD-RISC (5)				0.930		0.00327
CD-RISC (6)	0.380	0.394				0.08984
CD-RISC (7)				0.605		0.18626
CD-RISC (8)		0.371		0.551		0.12358

CD-RISC (9)	0.604				0.08323
CD-RISC (10)	0.878				0.14164

Фактор пояснює 28.3% загальної дисперсії та має власне значення 2.83. Факторне навантаження твердження 6 (0.38) є нижчим за традиційно прийнятий поріг 0.40, що може вказувати на слабший зв'язок цього пункту з виявленим фактором. За змістовим наповненням тверджень даний фактор можна інтерпретувати як «Фактор оптимістичної стійкості», оскільки він поєднує здатність знаходити гумористичний підхід до труднощів, віру в здатність долати перешкоди, самосприймання як сильної особистості та емоційну стійкість у складних ситуаціях. Така конфігурація відображає важливу роль адаптивних емоційних і когнітивних стратегій у процесі подолання життєвих викликів (табл. 9).

Таблиця 9

Факторні статистики (власні значення та дисперсія)

Фактор	Сума квадрат. навантажень (SS)	% від дисперсії	Накопичений %
1	2.83	28.3	28.3
2	1.74	17.4	45.7
3	1.71	17.1	62.8
4	1.51	15.1	77.9
5	1.14	11.4	89.4

Результати факторного аналізу даних за опитувальником PCL-M демонструють 3 статистично значущих фактори (табл.10). Перший фактор має навантаження по твердженням:

- 9. Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення? (1.01)
- 10. Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей? (0.514)
- 11. Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей? (0.627)
- 12. Відчуття, що ваше майбутнє обрізане? (0.415)

Цей фактор пояснює 15.96% дисперсії за даними опитувальника та має власне значення 2.71. Даний фактор можна інтерпретувати як

«Фактор апатії», оскільки він поєднує втрату інтересу та емоцій, байдужість до майбутнього, відстороненість (табл. 11).

Другий фактор містить навантаження за твердженнями:

– 1. Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого? (0.624)

– 2. Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого? (0.79)

– 3. Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)? (0.887)

– 4. Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого? (0.309)

Даний фактор пояснює 15.74% дисперсії за даними опитувальника та має власне значення 2.68. Факторне навантаження твердження 4 (0.309) є нижчим за традиційно прийнятий поріг 0.40, що може свідчити про слабкий зв'язок цього пункту з даним фактором. Фактор можна інтерпретувати як «Фактор рекурентності», оскільки він включає в себе повторювані сни, думки та спогади, повторне переживання травмуючої ситуації, пригніченість через нагадування про неї (табл. 11).

Таблиця 10

Дослідницький факторний аналіз шкали PCL-M

Питання	1	2	3	4	5	6	7	Унікальність
PCL-M (1)	0.624							0.34167
PCL-M (2)	0.790							0.14082
PCL-M (3)	0.887							0.12411
PCL-M (4)	0.309				0.509			0.18136
PCL-M (5)		0.453					0.337	0.19419
PCL-M (6)						0.999		0.00352
PCL-M (7)			0.727					0.38643
PCL-M (8)		0.915						0.07752
PCL-M (9)	1.010							-0.00355
PCL-M (10)								0.20384

PCL-M (11)	0.627						0.21648
PCL-M (12)	0.415						0.24135
PCL-M (13)			0.960				0.07725
PCL-M (14)			0.408				0.18798
PCL-M (15)				0.323	0.304		0.20130
PCL-M (16)							0.25819
PCL-M (17)						0.528	0.09559

Третій фактор включає в себе навантаження за наступними твердженнями:

– 13. Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон? (0.96)

– 14. Відчуття роздратування або вибухи гніву? (0.408)

– 16. Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку? (0.588)

Даний фактор пояснює 14.85% дисперсії за даними опитувальника та має власне значення 2.52. Інтерпретації цього фактора відповідає формулювання «Фактор напруги», адже в ньому поєднуються постійне очікування небезпеки, відчуття роздратування, труднощі зі сном та засинанням (табл. 11).

Таблиця 11

Факторні статистики (власні значення та дисперсія)

Фактор	Сума квадрат. навантажень (SS)	% від дисперсії	Накопичений %
1	2.71	15.96	16.0
2	2.68	15.74	31.7
3	2.52	14.85	46.6
4	1.81	10.64	57.2
5	1.58	9.26	66.5
6	1.45	8.55	75.0
7	1.32	7.77	82.8

Отже, факторний аналіз даних за опитувальниками AAQ-II, CD-RISC-10 та PCL-M дозволив виокремити кілька значущих факторів, що характеризують різні аспекти психологічного стану досліджуваних.

1. *Фактор емоційного виснаження* (AAQ-II) відображає труднощі з контролем емоцій, наявність болючих спогадів та схильність до порівняння себе з іншими. Його вагомість підтверджується високим факторним навантаженням на відповідні твердження.
2. *Фактор оптимістичної стійкості* (CD-RISC-10) вказує на здатність долати труднощі за допомогою гумору, впевненості у своїх силах та емоційної регуляції. Це свідчить про значущість позитивних стратегій адаптації.
3. Фактори, виявлені в PCL-M, демонструють різні аспекти переживання травматичного досвіду:
 - *Фактор апатії* характеризується емоційною відстороненістю, втратою інтересу та байдужістю до майбутнього.
 - *Фактор рекуренції* пов'язаний із повторними спогадами, снами та реакціями на травматичний досвід.
 - *Фактор напруги* включає постійне очікування небезпеки, роздратованість та проблеми зі сном.

Загалом, результати аналізу демонструють значущість виокремлених факторів для розуміння емоційної стійкості, адаптації та наслідків травматичного досвіду, що може бути корисним для подальших досліджень та психологічної практики.

Висновки

Результати проведеного пілотажного дослідження дають підстави стверджувати, що формування та перебіг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців є багатофакторним процесом, у якому взаємодіють особистісні, когнітивні та ситуаційні чинники.

По-перше, особливе значення має рівень психологічної (когнітивної) гнучкості. Аналіз отриманих даних продемонстрував, що саме ця змінна найбільш істотно пов'язана з вираженістю симптомів ПТСР. Військовослужбовці з нижчим рівнем гнучкості (тобто з вищою когнітивною ригідністю) виявилися більш вразливими до розвитку та посилення посттравматичних реакцій. Це підтверджує уявлення про те, що здатність оперативно змінювати стратегії мислення і поведінки у відповідь на стресори є одним із ключових чинників ефективного психологічного відновлення після травматичних подій.

По-друге, хоча резильєнтність традиційно розглядається як вагомий «буферний» чинник проти стресу, у межах цієї вибірки військових статистично значуща пряма залежність між високою резильєнтністю та низьким рівнем ПТСР не знайдена. Хоча загальна тенденція до зворотного зв'язку все ж простежується, отримані кореляції залишаються слабкими та статистично незначущими. Такий результат свідчить, що резильєнтність сама по собі не є гарантією відсутності гострих чи тривалих проявів ПТСР.

По-третє, значущим виявився зв'язок між окремими особистісними рисами. Зокрема, високий нейротизм корелював із посиленими посттравматичними симптомами, тоді як сумлінність, навпаки, вказувала на нижчу вразливість до розладу. Це може пояснюватися тим, що особи з вищою емоційною стабільністю та розвинутою самодисципліною краще контролюють тривожні думки, активніше користуються доступними терапевтичними та профілактичними заходами й швидше відновлюють психологічний баланс після пережитих травм.

По-четверте, бойовий досвід та тяжкість поранень також потребують більш глибокого аналізу як потенційні модератори (предиктори). Спостереження за вибіркою військовослужбовців із тривалішим перебуванням у зоні бойових дій або з отриманими травмами свідчить: навіть високий рівень індивідуальної резильєнтності не виключає ймовірності формування ПТСР. Очевидно, існує межа адаптивних можливостей людини, за якою без належної підтримки (психологічної, соціальної, медичної) відбувається виснаження навіть сталих внутрішніх ресурсів.

Практичне значення пілотного дослідження полягає в тому, що воно підтверджує потребу цільових програм, спрямованих на розвиток психологічної (когнітивної) гнучкості та корекцію дисфункційних когнітивних патернів. Такі програми можуть стати складовою більш комплексних реабілітаційних та профілактичних заходів для військовослужбовців і бути корисними у попередженні ПТСР, особливо в умовах тривалого бойового навантаження. До того ж доцільно брати до уваги індивідуальні особливості особистості (нейротизм, сумлінність тощо), що можуть посилювати або, навпаки, послаблювати ризики розвитку розладу.

Обмеження дослідження. Попри низку отриманих цікавих результатів і статистичних показників, слід зауважити на кількох важливих обмеженнях, які впливають на можливість узагальнення та глибину

інтерпретації. По-перше, у дослідженні брала участь невелика кількість досліджуваних (40 осіб), що обмежує статистичну потужність аналізу та репрезентативність вибірки щодо загальної сукупності. Крім того, структура вибірки (співвідношення чоловіків і жінок, вік, наявність бойового досвіду тощо) могла обумовити викривлення взаємозв'язків, яке може не відповідати їх характеру на більш репрезентативних вибірках, особливо за умов мінімального представлення деяких категорій. У дослідженні також враховували бойовий досвід і ступінь поранень як модератори, однак їхній реальний вплив може бути складнішим, ніж передбачено в моделі: потрібне глибше операціоналізування та, ймовірно, додаткові якісні методи (інтерв'ю, аналіз медичних історій). Загалом, виявлені обмеження не нівелюють цінності проведеного дослідження, проте підкреслюють необхідність подальших робіт із більшою, структурованішою вибіркою, більш складним дизайном і ширшим спектром методів аналізу. Це дозволить краще зрозуміти вплив особистісних та ситуаційних чинників на розвиток і перебіг ПТСР, а також підтвердити або уточнити виявлені закономірності в різних вибірках.

Перспективи подальших досліджень. З огляду на виявлені зв'язки між когнітивною гнучкістю, особистісними характеристиками та симптоматикою ПТСР, подальші дослідження доцільно спрямовувати на перевірку цих взаємозв'язків на більших і більш різномірних вибірках, включаючи як військових, так і цивільних осіб з травматичним досвідом. Доцільно інтегрувати кількісні та якісні методи, щоб краще описати суб'єктивний досвід подолання травми, а також доповнити існуючі моделі багаторівневим аналізом – із включенням нейропсихологічних, біологічних і соціокультурних параметрів.

Декларація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність потенційного конфлікту інтересів стосовно дослідження, авторства та/або публікації цієї статті.

Список використаних джерел

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 257–286.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748–766. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy, 44*(4), 585–599. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources.

Daskalakis, N. P., Yehuda, R., & Ressler, K. J. (2013). Expression genetics paradigms to dissect adaptations in stress- and anxiety-related circuits. *Biological Psychiatry, 73*(2), 120–129.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319–345. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist, 18*(1), 12–23. DOI: <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

Hatch, S. L., & Dohrenwend, B. P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: A review of the research. *American Journal of Community Psychology, 40*(3–4), 313–332. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9134-z>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2012). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865–878. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048–1060. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking «big» personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*(5), 768–821. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0020327>

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 43*(4), 569–583. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004>

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227–238. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine, 70*(1), 7–16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>

Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401–421. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127>

Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1215–1228. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00087-3)

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>

Афузова, Г. В., Найдьонова, Г. О., & Кротенко, В. І. (2023). Резильєнтність як чинник збереження психічного здоров'я в умовах воєнного стану. *Габітус*, 53, 100–104.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 257–286.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources.

Daskalakis, N. P., Yehuda, R., & Ressler, K. J. (2013). Expression genetics paradigms to dissect adaptations in stress- and anxiety-related circuits. *Biological Psychiatry*, 73(2), 120–129.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. DOI: <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

Hatch, S. L., & Dohrenwend, B. P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: A review of the research. *American Journal of Community Psychology*, 40(3–4), 313–332. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9134-z>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2012). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking «big» personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0020327>

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 569–583. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004>

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7–16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>

Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401–421. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127>

Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1215–1228. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00087-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00087-3)

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>

Afuzova, H. V., Naidonova, H. O., & Krotenko, V. I. (2023). Rezyl'yentnist' yak chynnyk zberzhennya psykhychnoho zdorov'ya v umovakh voyennoho stanu [Resilience as a factor in maintaining mental health under martial law]. *Habitus*, 53, 100–104. [in Ukrainian].

Abstract

Kozlovska O. Y.,

PhD Student, 2nd Year of Study,
Faculty of Psychology,
Taras Shevchenko National University of Kyiv
E-mail: kozlovska0410@gmail.com

Pokrovskiy D. Y.,

PhD Student, 2nd Year of Study,
Faculty of Psychology,
Taras Shevchenko National University of Kyiv
E-mail: pokrovskiydenys@gmail.com

THE PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF RESISTANCE TO PTSD: THE ROLE OF PERSONALITY TRAITS, RESILIENCE, AND COGNITIVE FLEXIBILITY

This article explores complex interrelations between resilience, personality traits, and psychological flexibility in the context of post-traumatic stress disorder (PTSD). The theoretical framework is grounded on approaches that conceptualize resilience as a dynamic process of adaptation to traumatic events, as well as on the notion of psychological flexibility as an individual's capacity to respond effectively to internal experiences by accepting and integrating them rather than avoiding them. Particular attention is given to personality traits such as emotional stability, openness to new experiences, conscientiousness, and self-reflection, which may serve as either vulnerability or protective factors. Basing on a systematic review of recent empirical studies, we proposed an integrative model, incorporating several covariates, including age, gender, combat experience, injury occurrence, and severity of physical trauma. The performed correlational analysis revealed a statistically significant positive correlation between cognitive flexibility and PTSD symptoms, suggesting a complex role of mental adaptability in coping with traumatic experience. At the same time, an inverse correlation was observed between cognitive rigidity and resilience, indicating limited potential for recovery in individuals with high rigidity. Although the direct correlation between resilience and PTSD symptoms was

not statistically significant, resilience might still act as a mediator or buffer against psychological distress. Linear regression modeling and factor analysis further clarified the contribution of both individual and situational variables in shaping psychological responses to combat-related trauma, highlighting the multifaceted nature of psychological defense, coping mechanisms, and recovery processes.

Key words: *resilience, cognitive flexibility, cognitive rigidity, post-traumatic stress disorder, personality traits, neuroticism, conscientiousness, military personnel, combat experience, combat injuries, trauma, stress, adaptation.*

Отримано – 01 жовтня 2025

Рецензовано – 08 жовтня 2025

Прийнято – 15 жовтня 2025

Received – October 01, 2025

Revision – October 08, 2025

Accepted – October 15, 2025